

DENISE STEFANONI COMBINATO

**CONCEPÇÃO DE MORTE E ATUAÇÃO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: Implicações Educacionais**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **DENISE STEFANONI COMBINATO**



PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ
Orientador

CAMPINAS

2005

DENISE STEFANONI COMBINATO

**CONCEPÇÃO DE MORTE E ATUAÇÃO DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: Implicações Educacionais**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem,
área de concentração em Enfermagem e Trabalho.*

ORIENTADOR: MARCOS DE SOUZA QUEIROZ

CAMPINAS

2005

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

C733c

Combinato, Denise Stefanoni

Concepção de morte e atuação de profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva: implicações educacionais / Denise Stefanoni Combinato. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador: Marcos de Souza Queiroz

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Morte. 2. Unidade de terapia intensiva. 3. Representação social. 4. Consciência. 5. Relações profissional – paciente. I. Queiroz, Marcos de Souza. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(slp/fcm)

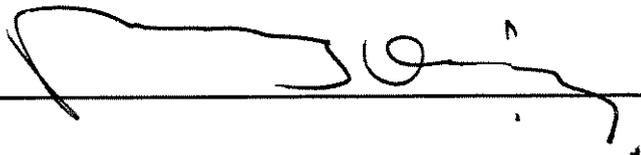
JNIDADE BC
Nº CHAMADA T/UNICAMP
C733c
V _____ EX _____
TOMBO BC/ 64570
PROC 16.P.00086-05
C _____
PREÇO 11,00
DATA 07/07/05
Nº CPD _____
Bib. id 359172

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

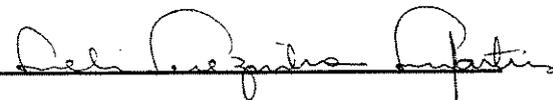
Orientador(a) PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ

Membros:

1. PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ



2. PROFA. DRA. SUELI TEREZINHA FERREIRA MARTINS



3. PROFA. DRA. MARIA INÉS MONTEIRO



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 15 fevereiro de 2005

DEDICATÓRIA

Ao Renato, que me fez entender, através de sua morte, esse grande mistério que é a vida.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas, de uma forma ou de outra, ajudaram-me na conquista de mais esse objetivo: o mestrado.

Agradeço, inicialmente, as minhas irmãs Diliane e Dimaura que são as grandes incentivadoras do meu desenvolvimento intelectual. Agradeço os meus pais Dacir e Dirce por acompanharem e colaborarem com todo esse desenvolvimento.

Agradeço o meu avó paterno Pedro e minha avó materna Abelina pela paciência em contar as lindas estórias de suas vidas, além da sabedoria e da alegria transmitidas em nossas interações.

Agradeço toda minha família e, de maneira especial, o meu primo Roberto pela disponibilidade em traduzir o resumo desta dissertação e minhas primas Ana Paula e Lania pela amizade e cumplicidade.

Agradeço a minha amiga, ex-orientadora e, como gostamos de falar, a irmã que escolhi, pelo grande apoio ao longo da minha graduação e início de vida profissional, além do grande afeto. Obrigada Alessandra!

Agradeço os meus amigos Arnaldo, Clotilde, Donizete, Elaine, Inês, Janaína, Jôse, Giovana, Lilian, Lorenzo, Maura, Maura (Chê), Micheli, Paulo, Raquel, Renata, Rita, Ronaldo, Samira, Solange e Vivian que, perto ou distante, sei que torcem por mim.

Agradeço o Fábio pelo incentivo que sempre prestou, dizendo-se “orgulhoso” das minhas conquistas e, além, claro, pelo empréstimo do notebook.

Agradeço a minha amiga e ajudante de pesquisa Máyra pelo grande auxílio nas transcrições das entrevistas.

Agradeço os participantes do NEPPM (Núcleo de estudos e pesquisa “psicologia social e educação: contribuições do marxismo”) e, em especial, a coordenadora Profª. Dra. Sueli Terezinha pelas grandes contribuições e reflexões, favorecendo a interlocução e o enriquecendo dessa dissertação.

Agradeço as professoras Inês e Cristina (Doutoras do departamento de Enfermagem da FCM/Unicamp) que, mesmo conhecendo-me tão pouco, foram muito acolhedoras num momento em que eu passava por grandes dificuldades. A compreensão e atitude de vocês foram fundamentais para a continuidade e, agora, finalização do meu mestrado.

Agradeço no meu orientador Prof. Dr. Marcos pelas contribuições, elogios e, principalmente, pela flexibilidade na orientação desse trabalho.

Agradeço a minha coordenadora e os meus colegas de trabalho pela compreensão e apoio durante esse período.

Agradeço os coordenadores da UTI e diretores do hospital por permitirem a realização desta pesquisa, abrindo um espaço de desenvolvimento profissional.

Agradeço os participantes dessa pesquisa que se dispuseram a falar sobre suas atividades e sobre as histórias de vida e morte. Agradeço essa disposição principalmente porque envolveu não apenas falar, mas refletir e sentir suas angústias e dificuldades relacionadas à morte e ao morrer. Obrigada mesmo! Espero retribuir no doutorado!!!

Agradeço o Rafael, pela compreensão, companhia, carinho e ajuda neste momento tão gostoso e, ao mesmo tempo, difícil que foi a elaboração deste trabalho.

Um agradecimento especial devo ao autor Rubem Alves. Não o conheço pessoalmente, mas suas crônicas me fazem senti-lo extremamente próximo. Ele escreve que não vê nada diferente dos outros simples mortais. A diferença é que ilumina “com os seus olhos aquilo que todos vêem sem se dar conta disso”. Acrescento que a diferença está na sua sensibilidade e sabedoria em compreender a morte como “conselheira”. Sempre digo para as pessoas que, apesar dele ser psicanalista, seus textos são excelentes! É uma brincadeira, mas procuro com ela demonstrar a possibilidade de diálogo entre as diferentes abordagens da psicologia.

Para encerrar, agradeço a Deus. Costumo dizer que acredito em Deus por exclusão: "só pode ser Deus". Portanto, sem ter certeza de sua existência e sendo, num certo ponto, incoerente com a abordagem teórica seguida nesse trabalho, agradeço a Deus por minha vida.

*“Vida e morte não são inimigas. São irmãs.
Chegada e despedida...
Sem a frase que a encerra a canção não existiria.
Sem a Morte a Vida também não existiria pois
a vida é, precisamente,
uma permanente despedida...”*

RUBEM ALVES

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	xxv
ABSTRACT	xxix
APRESENTAÇÃO	33
INTRODUÇÃO	41
OBJETIVOS E HIPÓTESES	51
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	55
Capítulo 1- Morte: diferentes concepções	57
1.1- A morte ao longo dos tempos	57
1.2- A desigualdade na morte	58
1.3- A ciência e a morte	60
1.4- Estudos sobre a morte	62
1.5- Morte e cuidados paliativos	64
Capítulo 2- O Hospital e a Unidade de Terapia Intensiva	67
2.1- Origem e caracterização do hospital	67
2.2- UTI: vida e morte	70
Capítulo 3- Interação: profissional da saúde – paciente – família	73
METODOLOGIA	79
Sobre o Método Categorias psicossociais: Representação social e Consciência	81
Caracterização do local	94
População	95

Coleta de dados.....	97
Organização e análise de dados.....	98
Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa.....	98
Aspectos éticos.....	98
DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	101
Concepção de morte.....	106
Atuação profissional.....	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151
ANEXOS.....	165

LISTA DE ABREVIATURAS

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
CNPq	Conselho Nacional de desenvolvimento Científico e Tecnológico
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>PÁG.</i>
Gráfico 1- Gráfico sobre o número de participantes.....	104
Gráfico 2- Gráfico sobre a idade dos participantes.....	105

LISTA DE QUADROS

	<i>PÁG.</i>
Quadro 1- Quadro de funcionários da UTI adulto.....	95
Quadro 2- Quadro de caracterização dos participantes.....	103

RESUMO

A morte faz parte do processo de desenvolvimento humano e está presente no cotidiano do profissional da saúde que trabalha em Unidade de Terapia Intensiva.

À partir do século XX, a morte foi escondida e negada pela cultura ocidental. Ela deixou de ser entendida como um fenômeno natural e tornou-se sinônimo de fracasso e impotência.

Diante deste cenário, o objetivo desta pesquisa foi investigar a concepção de morte para profissionais da saúde que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva, como essa concepção foi construída e como se manifesta na atuação prática, de maneira que possam ser identificados elementos, relacionados a esse tema, que dificultam o desenvolvimento da atividade ou que geram insatisfação no trabalhador.

Participaram dessa pesquisa 13 profissionais da saúde com nível superior, sendo três médicas, três médicos, seis enfermeiras e um enfermeiro vinculados à Unidade de Terapia Intensiva (unidade adulto) de um hospital estadual de grande porte do interior do Estado de São Paulo.

Os dados foram coletados através de entrevista individual semi-estruturada gravada em fita cassete.

Foi realizada análise qualitativa dos dados, através da análise de conteúdo, de acordo com o método explicativo de Vigotski. Constituiu o eixo temático as categorias psicossociais representação social e consciência de acordo com a abordagem Sócio-Histórica.

Como conclusão, destaca-se a ausência do processo de Orientação Profissional e a deficiência na formação profissional – além da questão sócio-cultural mais ampla - como aspectos que não favorecem o desenvolvimento satisfatório da atividade, tendo o profissional dificuldade para lidar com o processo de morte. Ressalta-se a necessidade de mudança no paradigma da ciência do cuidado; a importância da orientação profissional e a priorização da educação sobre a morte e o morrer no processo de formação profissional e no contexto organizacional.

Palavras-chave: morte, profissional da saúde, unidade de terapia intensiva, psicologia sócio-histórica, representação social, consciência.

ABSTRACT

Death is part of the process of human development and it is present in the every day life of a health professional working in an Intensive Care Unit.

This is due to the fact that from the 20th Century, western culture has considered the grieving process to be something which should be hidden and denied. Instead of being understood as a natural phenomenon, grief has become synonymous of weakness and impotence.

The objective of this research was to investigate the representation of death among health professionals who work in an Intensive Care Unit, how this perception was built and how it manifests itself in reality. This was performance in order to identify cultural psychological aspects related to the grieving process which could be identified as causing difficulties for health professionals in their day-to-day work and which could, in turn, cause worker dissatisfaction.

Thirteen health professionals participated in this research – six doctors (3 men and 3 women) and seven nurses (1 man and 5 women) – all of whom were linked to the adult section of an Intensive Care Unit in a large, hospital in the state of Sao Paulo.

Data were collected through a semi-structured interview recorded on cassette. Qualitative data were analysed according to Vygotski's methodology and theory. The thematic aspects were divided into the following categories: psycho-social, social representation and conscience (according to the Socio-Historic Relevance).

In conclusion, the lack of training to cope with death as part of the professional's orientation and training constitute crucial aspect which make it difficult for the professional to face death as a natural process. The need for change, the importance of professional orientation and the priority of education about death in the professional training process are self-evident.

Key words: death, health professional, Intensive Care Unit, socio-historical psychology, social representation and consciousness.

APRESENTAÇÃO

O meu primeiro contato com a morte aconteceu quando eu tinha seis anos. Minha avó despedia-se desse mundo de maneira calma e serena, tal como era. Chorando, meu pai acolheu-me em seus braços e contou-me de sua partida.

“Quer dizer que não vamos mais levar ovo de Páscoa para a vó?”, foi minha primeira pergunta. “Agora vamos levar só para o vô”, respondeu meu pai.

Não tenho muitas recordações do velório. Lembro-me apenas que no momento do enterro, minha mãe orientou-me para que jogasse um punhado de terra sob o caixão. Não questionei; apenas cumpri o ritual. Durante sete dias, fui orientada que não assistisse à televisão. E realmente não assisti. Além disso, acompanhava minha mãe ao cemitério durante os primeiros trinta dias após a morte da minha avó. Levávamos flores, fazíamos orações e deixávamos um copo de água em sua sepultura.

Apesar da morte ter sido introduzida para mim de maneira muito delicada e tranqüila, sempre tive muito medo dela, principalmente medo de morrer antes que tivesse atingido todos meus objetivos.

Quando tinha onze anos, senti a morte muito próxima. Fiz duas cirurgias num período de vinte dias ao mesmo tempo em que tratava de uma hepatite. Distante da minha cidade, via meus pais apreensivos e minhas irmãs chorosas. Sentia dor, medo e saudade da minha vida. A vida da escola, das aulas de piano, do vôlei, da catequese... Passava o dia no hospital rezando, desenhando os rostos dos médicos e escrevendo mensagens para todos, desde os professores até o meu gatinho Pitoco que, por sinal, morreu assassinado por crianças que brincavam com espingardas.

Após três meses de recuperação, voltei completamente às minhas atividades.

Pouco depois, vivenciei um outro tipo de morte: a separação dos meus pais. Com doze anos, eles saíram de casa, ficando eu e minhas irmãs de 18 e 20 anos, na época. Precisava cuidar das minhas coisas, ter a chave da casa, saber o horário de sair e voltar... chorar sem deixar que elas percebessem. Apesar do sofrimento, passei por um intenso processo de amadurecimento.

Os anos se passaram. Continuei buscando alcançar meus objetivos.

Escolhi Psicologia. Mudei de cidade. Uma perda que aos poucos foi revelando quantos ganhos teria nessa nova fase.

Sem perceber, envolvia-me com estudos e trabalhos com idosos, além de pesquisas e intervenções com profissionais da área de oncologia. De certa forma, queria aproximar-me da morte para entendê-la. Ouvia os relatos dos idosos e dos profissionais, lia artigos, discutia o tema. O medo de morrer permanecia.

Os estudos mais significativos realizados durante minha graduação foram: 1) a pesquisa de iniciação científica (Programa PIBIC/CNPq) “Análise de comportamentos de profissionais da saúde em interação com mulheres em tratamento do câncer da mama” realizada no período de 1999 a 2001 sob orientação da Profa. Dra. Alessandra de Andrade Lopes; 2) a pesquisa “Expressões emocionais e a formação da identidade: projeto profissional de um médico que atua com pacientes terminais”, realizada nas disciplinas de Treino em Pesquisa II e Orientação Profissional II durante o oitavo termo (em 2000) sob supervisão, respectivamente, das professoras doutoras Sueli Terezinha Ferreira Martins e Norma de Fátima Garbulho; 3) o estágio de Prática de Ensino desenvolvido com um grupo de idosos no ano de 2000 sob supervisão da Profa. Dra. Ana Maria Lombardi Daibem e 4) os estágios de Psicologia Organizacional e Orientação Profissional realizados no ano de 2002 sob supervisão, respectivamente, das professoras doutoras Maria Cristina Frollini Lunardelli e Norma de Fátima Garbulho.

Na pesquisa de Iniciação Científica (Programa PIBIC/CNPq) “Análise de comportamentos de profissionais da saúde em interação com mulheres em tratamento do câncer da mama” realizada no período de 1999 a 2001, existiram dois momentos:

1) O primeiro consistiu em identificar, por meio de entrevistas, atitudes, pensamentos e sentimentos de profissionais da saúde (assistente social, enfermeira, fisioterapeuta, médico e psicóloga) em interação com as pacientes, assim como os eventos que compunham o contexto histórico dos profissionais e que possivelmente estariam relacionados ao modo como vinham interagindo com as pacientes (COMBINATO e LOPES, 2000);

2) Com base nestes dados, pensando principalmente nos aspectos difíceis apontados pelos profissionais em interação com as pacientes, o segundo momento constou de um curso de formação continuada, com objetivo de contribuir para o estabelecimento ou manutenção da qualidade da interação profissional e paciente, no qual as duas partes pudessem ser beneficiadas. Além disso, objetivou-se proporcionar um espaço de crescimento pessoal ao profissional da saúde através do autoconhecimento e um espaço de reflexão, no qual os participantes pudessem compartilhar suas dificuldades e sentimentos vivenciados no cotidiano, visando o aprimoramento pessoal e profissional (COMBINATO e LOPES, 2001; LOPES, et al, 2004).

Resumidamente, os benefícios deste programa, a partir da avaliação dos participantes, foram: o aprendizado teórico-técnico; o autoconhecimento do profissional; a troca de experiência e conhecimento; a reflexão sobre a prática profissional; a crítica aos modelos vigentes na saúde e na educação e a possibilidade de transformação da prática profissional. As situações difíceis vivenciadas por esses profissionais não foram totalmente sanadas. Entretanto, muitos foram os avanços proporcionados pela formação continuada no âmbito do crescimento pessoal, profissional e até mesmo institucional. Em outras palavras, foi um caminho para a reflexão e transformação da prática que, em muitos casos, torna-se alienada e carente de sentido pessoal.

A pesquisa “Expressões emocionais e a formação da identidade: projeto profissional de um médico que atua com pacientes terminais” teve como objetivo identificar, através da linguagem verbal e não-verbal, as expressões emocionais de um médico oncologista que interage com pacientes terminais e relacioná-las com o processo de formação/construção da sua identidade. Fundamentado no método materialista histórico e dialético, buscou-se, através das representações mais imediatas, identificar as determinações que influenciaram a escolha profissional e as contradições expressas na relação atividade/alienação (COMBINATO et. al., 2001).

O estágio de Prática de Ensino foi realizado no campus da Unesp/Bauru com um grupo de idosos ao longo de quatro meses, durante duas vezes por semana, totalizando oito horas semanais. O projeto, denominado “Cuidando do ser e do mundo”, incluiu, além do módulo de Psicologia, módulos de Educação Física, Educação Artística, Educação

Ambiental, Plantas e temperos medicinais¹. O objetivo geral do módulo de Psicologia foi proporcionar aos idosos a apropriação da cultura produzida ao longo da história humana e, ao mesmo tempo, possibilitar a eles externalizar seus saberes, potencialidades e experiências, a fim de garantir-lhes o contínuo desenvolvimento – seja ele biológico, psíquico e/ou social, além de favorecer a satisfação de envelhecer dignamente. Os principais temas trabalhados foram: identidade; interações e vínculos afetivos; trabalho e aposentadoria; e, claro, morte e vida.

Por fim, os estágios de Psicologia Organizacional e Orientação Profissional que foram realizados no ano de 2002 em uma instituição pública de saúde que atende pacientes com suspeita ou diagnóstico de câncer.

A partir do curso de formação continuada desenvolvido durante a segunda etapa da pesquisa de iniciação científica – explicitado acima – identificou-se a necessidade de implementar um programa de Desenvolvimento de Equipe nessa instituição que disponibilizou a participação de vários profissionais no curso.

Durante o estágio de Psicologia Organizacional foi realizado um diagnóstico organizacional e, a partir dos resultados do diagnóstico, foram desenvolvidos os seguintes projetos:

- Programa de Treinamento e Desenvolvimento com funcionários;
- Assessoria e acompanhamento na coordenação do serviço e implantação de rotina de atendimento;
- Projeto de re-orientação profissional com médicos do serviço.

De maneira geral, o objetivo desse trabalho foi iniciar um programa de desenvolvimento de equipe na instituição, a fim de garantir melhores condições de trabalho e qualidade de vida aos profissionais que estão vinculados à organização e, conseqüentemente, proporcionar maior qualidade no atendimento à sua clientela (COMBINATO, 2003a).

¹ Cada módulo foi coordenado por alunos e professoras das áreas específicas. A coordenação geral do projeto e a coordenação do módulo de Psicologia foi realizada por mim e pelo aluno Arnaldo Cheixas Dias.

O projeto de re-orientação profissional (vinculado ao estágio de Psicologia Organizacional e Orientação Profissional), especificamente, teve como objetivo proporcionar aos médicos reflexões acerca da escolha e formação profissional, assim como da prática médica e sua inserção no contexto social, tendo em vista a re-significação dessa prática e a integração da equipe. Esse trabalho favoreceu, através de reflexões pessoais, técnicas e conjunturais, o desenvolvimento da consciência do grupo e a construção de projetos de vida, promovendo assim a integração da equipe e o resgate do compromisso social do médico (COMBINATO, 2003b).

No último ano da faculdade perdi uma pessoa muito especial na minha vida a quem dedico essa dissertação. Enquanto era vivo, conversávamos sobre os meus medos e angústias. Ele queria tranquilizar-me a respeito da minha própria morte, já que era o meu grande temor. Mal sabia ele que apenas sua partida poderia, depois de um longo período de luto, proporcionar-me tal tranquilidade.

Depois disso, não tive mais medo da minha morte. Nada mais poderia ser pior que aquela perda. A vida ganhou um novo sentido.

Recentemente, encontrei um texto magnífico de Rubem Alves (2000) que responde exatamente, mesmo que sem esclarecer, aquilo que eu temia: o pós-morte.

De fato, não há razões para o medo. Porque só há duas possibilidades. Nada existe depois da morte. Neste caso, eu serei simplesmente reconduzido ao lugar onde estive sempre, desde que o universo foi criado. Não me lembro de ter sentido qualquer ansiedade durante essa longa espera. Meu nascimento foi um surgir do nada. Se isso aconteceu uma vez, é possível que aconteça outras. O milagre pode voltar a se repetir algum dia.

Se, ao contrário, a morte for a passagem para outro espaço, como afirmam as pessoas religiosas, também não há razões para temer. Deus é amor e, ao contrário do que reza a teologia cristã, ele não tem vinganças a realizar, mesmo que não acreditemos nele. E nem poderia ser de outra forma: eu jamais me vingaria dos meus filhos. Como poderia o "Pai Nosso" fazê-lo? (p.27)

Hoje continuo lutando para alcançar meus objetivos, mas encaro-os de maneira diferente. O objetivo é alcançado em cada sorriso que recebo, em cada lágrima que acolho, em cada história que escuto.

A morte continua sendo minha companheira de estudos e, agora, de trabalho também. Embora provoque, em algumas situações, calafrios, tristeza e saudade, ela tem ensinado-me muito. Quero, através do meu conhecimento e da minha pouca experiência, contribuir para que ela seja uma doce “conselheira” (como denomina Rubem Alves) de outras pessoas também.

INTRODUÇÃO

Assim como o nascer, a morte faz parte do processo de vida do ser humano. Portanto, é algo extremamente natural do ponto de vista biológico. Mas o ser humano caracteriza-se também e, principalmente, pelos aspectos socio-históricos.

Nesse sentido, para o homem ocidental moderno, a morte é sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Tenta-se vencê-la a qualquer custo e quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada.

Nem sempre foi assim.

Durante muitos séculos, a morte era entendida com naturalidade, fazendo parte do ambiente doméstico.

A partir da metade do século XIX, com o desenvolvimento das sociedades industriais e o desenvolvimento técnico e científico da medicina, a visão da morte e a interação com o paciente moribundo modificaram-se. Isso acontece também em função da maneira como o ser humano passa a ser compreendido.

O doente, antes de sê-lo, é e se sente um ser produtivo, integrante de uma força de trabalho, através da qual se movem as máquinas, as coisas e a sociedade e, necessariamente, se assentam valores que o cercam e o fazem aparentemente estável. Adoecer nessa sociedade é, conseqüentemente, deixar de produzir e, portanto, de ser, é vergonhoso; logo, deve ser ocultado e excluído (PITTA, 1999, p.37).

Assim, a morte que estava presente na sala de visita desloca-se para o hospital.

Dentro do hospital, o local responsável por cuidar de pacientes em estado grave é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Num ambiente isolado, com janelas fechadas, luz artificial, temperatura constante mantida pelo ar condicionado e equipamentos técnicos, os profissionais da saúde realizam técnicas e procedimentos altamente sofisticados com pacientes que se encontram em situações limite entre a vida e a morte (OLIVEIRA, 2002).

Entre a vida e a morte, o paciente é impedido de sentir e expressar suas emoções, destinado a um sofrimento solitário e discreto. Isso porque os profissionais – que lidam cotidianamente com a morte – não estão preparados para lidar com tal situação.

Baseada no paradigma positivista¹, a formação e atuação de profissionais na área da saúde tendem a lidar com a doença e a morte do ponto de vista estritamente técnico (KLAFKE, 1991; KOVÁCS, 1991; KOVÁCS, 2002). Em outras palavras, o profissional da saúde é formado para curar a doença e não para lidar com o doente.

De acordo com PITTA (1999) essa necessidade do saber e da técnica está relacionada com a negação da morte na medida em que fornecem poder ao profissional da saúde e amenizam o sentimento de impotência. O investimento nos recursos tecnológicos torna-se uma alternativa de prolongamento da vida do paciente para evitar não só o contato com a morte, mas a comunicação com a família e o paciente.

Nas palavras de MARANHÃO (1996) realiza-se a “coisificação do homem” na medida em que se nega “a experiência da morte e do morrer” (p.19).

Neste sentido, além de evitar o contato com a morte do outro, o profissional evita o contato com as suas próprias emoções em relação a (sua) morte e o (seu) morrer.

Mas, será isso possível?

De acordo com SAWAIA (1995) “conhecimento, ação e afetividade são elementos de um mesmo processo, o de orientar a relação do homem com o mundo e com o outro” (p.164). Ou seja, anular a afetividade do profissional da saúde implica gerar uma forma de alienação que consiste na separação da consciência da atividade e o pensar do fazer e do sentir.

Em outras palavras, ação, pensamento e afetividade são manifestações inseparáveis da vida humana.

Considerando a saúde, mais que um bem-estar bio-psico-social, um processo sócio-histórico, que envolve a convivência social e pessoal (SAWAIA, 1995), é possível que o profissional da saúde que lida com a morte cotidianamente em uma sociedade que nega sua existência e, portanto, anula suas emoções, esteja saudável?

¹ O paradigma positivista, fundamentado principalmente em Descartes e Newton, caracteriza-se pela busca da verdade científica através da objetividade e neutralidade. Sua tese central é a de que a sociedade humana é regulada por leis naturais. Descartes criou a dicotomia corpo e mente, sendo o corpo humano comparado a uma máquina que tem funcionamento mecânico. Na área da saúde, esse paradigma se reflete na concepção de saúde e doença como algo biológico-individual e na valorização excessiva da tecnologia e da capacidade absoluta da medicina de erradicar as doenças (CAPRA, 1982; MINAYO, 2000; QUEIROZ, 2003).

A síndrome do esgotamento profissional ou burnout² é apenas um exemplo a que está sujeito o profissional da saúde que lida com o sofrimento alheio em grande magnitude sem que esteja, muitas vezes, preparado para enfrentar tal situação (LIPP, 1999; SELIGMAN-SILVA, 2003).

O profissional de saúde que trabalha em Unidade de Terapia Intensiva convive diariamente com situações de sofrimento e morte.

Apesar disso, dados da literatura evidenciam que a atuação do profissional de saúde apresenta aspectos deficitários no que se refere à morte e ao morrer e que esse profissional, muitas vezes, também não se sente confortável no atendimento de pacientes sem possibilidades terapêuticas (KLAFKE, 1991; SALOUM e BOEMER, 1999; ESSLINGER, 2003).

Em pesquisa realizada por BROMBERG (1998) a interação do profissional com o paciente terminal foi avaliada como insatisfatória. Inexistência e/ou falhas na comunicação do profissional com o paciente, além do afastamento do profissional diante da proximidade da morte do paciente foram os principais aspectos identificados.

VIANNA e PICELLI (1998) realizaram uma pesquisa com estudantes do curso de medicina, médicos residentes e assistentes, e professores do Hospital Universitário de Brasília e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, identificando que, embora o interesse dos participantes pelo tema morte seja expressivo (93%), 55,5% dos participantes tinham dificuldade para tratar sobre o assunto, inclusive médicos (50,9%) e professores (46,3%).

Além disso, esse estudo reafirma os resultados obtidos por BROMBERG (1998) a respeito da comunicação do profissional com o paciente, uma vez que a maioria dos participantes, mesmo vivenciando situações de morte do paciente, relatou que nunca discutiu o assunto com tais pacientes, e que teria grande dificuldade para tratar do tema com pacientes terminais.

² Burnout: padrão de comportamento e sentimentos que ocorre quando a pessoa está sujeita a fontes crônicas e intensas de estresse emocional que ultrapassam sua habilidade de enfrentamento. Uma das consequências mais acentuadas de um estado de burn-out crônico é o da barreira que ele impõe entre o profissional e o paciente, ou seja, quanto mais sofrimento o paciente apresenta, mais indiferente o profissional parece se tornar.

SALOUM e BOEMER (1999) investigaram o significado do trabalho com a morte a partir de entrevistas com profissionais de uma equipe de reanimação cardíopulmonar. Os resultados revelaram que os profissionais percebem o trabalho sob uma perspectiva funcionalista, sendo o tempo o fator determinante na luta contra a morte; é um trabalho que oscila entre o sucesso e insucesso, permeado por dificuldades e que gera postura de onipotência e impotência.

A questão existencial envolvida na morte e no morrer não será solucionada facilmente – se é que isso é possível. Entretanto, estudos sugerem que a educação formal pode tornar os profissionais da saúde mais aptos a lidar com a morte e o paciente terminal (BOEMER, et al., 1992; VIANNA e PICELLI, 1998; SALOUM e BOEMER, 1999; MORAIS, 2000; PERDICARIS, 2000; VALENTE e BOEMER, 2000; KOVÁCS, 2002; ESSLINGER, 2003).

Sabe-se que existem alguns cursos de formação de profissionais da saúde no Brasil que oferecem disciplinas sobre a morte e o morrer (BOEMER, et al., 1992; Zaidhaft³, 1990; KOVÁCS, 2002). No entanto, além de não ser uma regra o oferecimento dessas disciplinas e não se ter uma avaliação sistemática das contribuições desses cursos, não existe a preocupação com o fortalecimento pessoal do futuro profissional para o enfrentamento da morte (BROMBERG, 1998), o que pode estar levando muitos deles à síndrome de *burnout* – como já foi discutido anteriormente – ou à atuação baseada no aprendizado obtido com a prática profissional (JACOBUSI, 2000; KOSEKI, 2000). Não se quer aqui reduzir o mérito desse aprendizado – pelo contrário; a questão é discutir qual o papel da formação e capacitação profissional na preparação para o enfrentamento da morte.

A tarefa de lidar com a doença, dor e morte têm sido considerada penosa, difícil e altamente ansiogênica (MORAES, 1994; PITTA, 1999; COMBINATO e LOPES, 2000; KOVÁCS, 2002; LOPES, 2003). Por isso, o cuidado com o cuidador – seja na formação acadêmica e/ou durante a atuação prática – é fundamental para o exercício profissional (RODRIGUES e BRAGA, 1998; SALOUM e BOEMER, 1999; SOUZA e GONÇALVES, 2000; COMBINATO e LOPES, 2001; KOVÁCS, 2002; COMBINATO, 2003b; ESSLINGER, 2003; LOPES, 2003).

³ Zaidhaft *apud* VIANNA, A., PICELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Rev Ass Med Brasil* 44 (1): 21-7, 1998.

Mesmo com essas evidências na literatura, percebe-se que não existe ainda uma preocupação sistemática em preparar e/ou cuidar do profissional da saúde diante dessas situações por ele consideradas difíceis.

O suicídio entre médicos é superior ao da população, o que pode ser verificado em todo o mundo (MELEIRO, 1998). Um dos fatores estressantes associados ao exercício profissional do médico é justamente o contato intenso e freqüente com a dor, o sofrimento, a morte e o morrer (BENEVIDES-PEREIRA, 2002b).

Distúrbios psicoemocionais, tentativas de suicídio, altas taxas de absenteísmo e síndrome de burnout em enfermeiros são identificados em revisão de literatura realizada por BENEVIDES-PEREIRA (2002a).

Enfermeiros que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva e setores de Emergência apresentam desgaste emocional maior que aqueles que trabalham em outros setores. Um dos elementos relacionados a esse desgaste é o contato contínuo com o sofrimento e a morte (LAUTERT⁴, 1995).

Um outro aspecto que poderia contribuir para o desenvolvimento saudável da atividade profissional é a orientação profissional. Diferentemente de uma abordagem tradicional que quantifica aptidões e interesses, fornecendo um vago resultado da melhor área de atuação, a orientação profissional baseada na abordagem sócio-histórica tem como objetivo proporcionar condições para que os orientados reflitam sobre a multideterminação da escolha profissional (determinantes pessoais, sociais, históricos e econômicos), tendo em vista a elaboração consciente de projetos de vida a partir de um posicionamento crítico sobre a realidade.

Essa abordagem considera que a vocação é construída ao longo da vida do indivíduo. Portanto, o indivíduo não nasce com uma vocação, mas desenvolve. Nesse sentido, a orientação profissional deve ser entendida como um “processo de aprendizagem de uma escolha profissional”, que é articulado com fatores sociais (família, escola, mídia) e pessoais (habilidades, desejos, interesses), fundamentando assim a identidade profissional (VALORES e RAMOS, 2001, p.99).

⁴ LAUTERT, *apud* SALOUM, N. H. ; BOEMER, M. R. A morte no contexto hospitalar: as equipes de reanimação cardíaca. *Rev Latino-am Enfermagem* 7(5): 109-19, 1999.

Os principais aspectos abordados pela orientação profissional no sentido de facilitar a escolha são: o autoconhecimento, o conhecimento das profissões, a compreensão sobre o trabalho e sua função social; o significado da escolha profissional e seus multideterminantes e, por fim, a elaboração do projeto de vida.

Dentro da orientação profissional ainda existe a re-orientação profissional que envolve o trabalho com estudantes de cursos superior ou desistentes de cursos universitários, profissionais insatisfeitos com a atividade e pessoas que se encontram em momentos de adaptação profissional em situações de desemprego ou aposentadoria, por exemplo. A re-orientação profissional tem como objetivo reavaliar a escolha feita anteriormente e redefinir o projeto de vida. O orientando pode optar ou não por mudar de área ou descobrir os motivos de insatisfação e as razões para continuar ou não no mesmo curso ou profissão (GARCIA, 2000).

Assim, conhecer a concepção de morte de profissionais da saúde que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva, entendendo a maneira como esta concepção foi construída e também como se manifesta na interação com os pacientes é fundamental para que se possa elaborar e implantar programas preventivos e/ou interventivos no âmbito educacional e do trabalho, garantindo assim uma interação saudável entre profissional, pacientes e familiares e a qualidade de vida no trabalho do profissional da saúde.

Para esse estudo, foi utilizado como referencial teórico a abordagem sócio-histórica, apoiando-se principalmente nas idéias de Leontiev e Vigotski.

Segundo essa abordagem, “o homem é um ser de natureza *social*, que tudo o que tem de humano nele provém da sua vida em *sociedade*, no seio da *cultura* criada pela humanidade” (LEONTIEV, 1978b, p.261).

Na Metodologia deste estudo, serão detalhadas, além da abordagem sócio-histórica, as categorias centrais utilizadas neste trabalho: representação social e consciência.

Na fundamentação teórica, temos o primeiro capítulo, intitulado “Morte: diferentes concepções”, em que serão discutidas as concepções de morte ao longo dos tempos; a desigualdade social presente na morte; a maneira como a ciência e,

especificamente, a tanalogia (área de estudos sobre a morte) contribui (ou não) para o desenvolvimento de questões relacionadas ao morrer, além da abordagem sobre os cuidados paliativos . No capítulo dois, serão explicitadas a origem e a caracterização d' "O hospital e a Unidade de Terapia Intensiva". E, em seguida, o capítulo três tratará da "Interação: profissional da saúde – paciente - família".

OBJETIVOS E HIPÓTESES

Objetivo geral

Investigar a concepção de morte para profissionais da saúde que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva.

Objetivos específicos

- Investigar a concepção de morte para o profissional de saúde que trabalha em Unidade de Terapia Intensiva e como essa concepção foi construída, a fim de verificar a influência da formação profissional na sua preparação para lidar com a morte;
- Analisar, através do relato dos profissionais, de que maneira a concepção de morte se manifesta na atuação prática, a fim de identificar se existem e quais são os elementos que dificultam o desenvolvimento da atividade ou que geram insatisfação no profissional.

Indagações

Considerando o método de análise qualitativa dessa pesquisa e a inexistência de experimentos para que as hipóteses sejam testadas, elas serão explicitadas aqui como indagações a serem verificadas na investigação.

- A formação em geral estritamente técnica do profissional da saúde repercute na sua concepção de morte?
- A concepção de morte do profissional da saúde e a maneira como ele interage com os pacientes na Unidade de Terapia Intensiva auxiliam na promoção do desenvolvimento da atividade e na satisfação no trabalho?

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Capítulo 1- Morte: diferentes concepções

1.1- A morte ao longo dos tempos

Durante muitos séculos, a morte obedecia a um ritual que envolvia tanto a pessoa que ia morrer (que pressentia o seu fim), como os parentes, amigos e vizinhos.

A pessoa que pressentia a proximidade do seu fim, respeitando os atos cerimoniais estabelecidos, deitava-se no leito de seu quarto donde presidia uma cerimônia pública aberta às pessoas da comunidade. Era importante a presença dos parentes, amigos e vizinhos e que os ritos da morte se realizassem com simplicidade, sem dramaticidade ou gestos de emoção excessivos. O moribundo dava as recomendações finais, exprimia suas últimas vontades, pedia perdão e se despedia (MARANHÃO, 1996, p.7).

A espiritualidade e a religiosidade revelavam-se nos ritos e sacramentos da igreja (confissão, comunhão e extrema-unção), assim como na presença do sacerdote.

Após a morte, os familiares cuidavam para cumprir todos os costumes:

... fechavam as janelas, acendiam as velas, aspergiam água benta pela casa, cobriam os espelhos, paralisavam os relógios. Os sinos dobravam... [...] Com os dedos das mãos entrelaçados e envoltos por um rosário, o defunto ficava exposto sobre uma mesa e, durante dois ou três dias, seus parentes e amigos, com vestimentas de luto, desfilavam diante dele para o último adeus (MARANHÃO, 1996, p.8).

No dia do enterro, o defunto era levado em procissão até a igreja, onde era purificado e “encomendado para facilitar sua passagem dessa comunidade para uma outra, a dos anjos e santos” (MARANHÃO, 1996, p.8-9).

Da igreja, o defunto era levado ao cemitério, onde, mais tarde, receberia visitas e flores sobre o túmulo como sinal de lembrança.

O luto era rigorosamente seguido através das roupas pretas, da não participação na vida social, entre outras, até que não acontecesse a “cicatrização da ferida”.

Atualmente, em nossa sociedade, a presença dos familiares, amigos e vizinhos junto do moribundo deu lugar ao ambiente frio e isolado do hospital; os rituais de morte (extrema-unção, velório na casa da família, procissão fúnebre e manifestações de luto) foram substituídos pelas organizações funerárias, em que o ambiente é neutro e higiênico; pelos cortejos fúnebres rápidos e discretos; pelo autocontrole do indivíduo enlutado, que não pode expressar verdadeiramente suas emoções, a fim de não perturbar outras pessoas com coisas tão desagradáveis como a morte (MARANHÃO, 1996).

Por isso, a adoção de práticas como a cremação tem sido cada vez mais utilizada. Além das razões “higiênicas, econômicas e ecológicas”, ela é uma maneira de esconder a própria morte. Nas palavras de MARANHÃO (1996), ela se apresenta

como a forma mais eficiente de fazer desaparecer e esquecer tudo o que resta do corpo. Representa, igualmente, a abolição oficial das peregrinações ao cemitério, do culto às sepulturas, dos epitáfios, do retrato esmaltado. E, por assim dizer, da própria morte (p.18).

1.2- A desigualdade na morte

E somos Severinos

*Iguais em tudo na vida, morremos de morte igual,
da mesma morte, severina: que é a morte de que se morre
De velhice antes dos trinta, de emboscada antes dos vinte,
De fome um pouco por dia (de fraqueza e de doença
É que a morte severina ataca em qualquer idade,
E até gente não nascida).*

João Cabral de Mello Netto, Morte e Vida Severina

Apesar da morte ser o destino de todas as pessoas indiscriminadamente, a duração da vida e a maneira de morrer são diferentes: dependem da classe socioeconômica em que a pessoa está inserida.

No Brasil, a esperança de vida ao nascer da população é de 68,4 anos, segundo dados do IBGE¹. Mas, se compararmos a região nordeste com a região sul, constata-se uma diferença de 5,3 anos (65,5 no nordeste e 70,8 no sul).

A diferença em relação à mortalidade infantil e mortalidade de crianças abaixo de 5 anos é ainda mais gritante pois, no nordeste, 52,8 crianças em mil morrem antes de completar um ano e, no sul, 22,8. Abaixo de cinco anos, 96,4 crianças em mil morrem no nordeste e 35,2 em mil no sul.

Além da região geográfica, podemos comparar essa mortalidade em termos de raça: 37,3 crianças em mil abaixo de um ano que morrem são brancas e 62,3 em mil pretas ou pardas. Na categoria abaixo de cinco anos, a diferença é ainda maior: 45,7 em mil são brancas e 76,1 pretas ou pardas.

A desigualdade continua mesmo após a morte.

Até o século XVIII, existia a crença de que se a pessoa fosse enterrada próxima aos túmulos dos santos ou de suas relíquias, perto do altar ou no claustro do mosteiro, o defunto tinha uma intercessão especial dos santos e a garantia da salvação. Como esses espaços não comportavam todos os mortos, eles eram reservados àqueles que podiam pagar por esse fim. Enquanto isso, os mais pobres eram envolvidos num sudário simples e amontoados em fossas que continham entre 1200 a 1500 cadáveres, sendo fechadas após anos quando ficavam cheias. Assim, “os defuntos (pobres) conservavam o seu silencioso anonimato de quando ainda eram vivos” (MARANHÃO, 1996, p. 31).

A partir da segunda fase da Idade Média, apenas a localização e o tipo de sepultura não garantiam a vida eterna. O testamento, que era destinado à regulamentação da partilha dos bens, torna-se um “contrato de salvação”. Por meio dele,

o fiel confessava a sua fé, reconhecia seus pecados, reconciliava-se com a comunidade; determinava o local de sua sepultura, prescrevia as questões relativas ao seu cortejo fúnebre, luminárias e cultos, e, enfim, pagava à Igreja um dízimo sobre o valor de sua herança (MARANHÃO, 1996, p. 32).

¹ Dados da estimativa para 1999 extraídas do documento IBGE/DPE/DEPIS “Projeção da população das grandes regiões por sexo e idade de 1991 – 2002 retirados do site: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/tabela1.shtm

Dessa maneira, a pessoa garantia a sua salvação no céu, recebia missas e preces de intercessão, além de um cortejo fúnebre seguido por círios, tochas e trinta e três pobres (anos de vida de Cristo) que recebiam donativos e esmolas.

Atualmente, percebemos a diferença de classes entre os mortos na configuração geográfica do cemitério: de um lado, bairros pobres com sepulturas planas e mal-acabadas; de outro, bairros ricos com verdadeiros monumentos escritos com letras de bronze. Os enterros seguem a mesma lógica: alguns são velados nas próprias casas – não por opção, mas por não ter condições financeiras de alugar uma sala de velório; outros recebem anúncios fúnebres em jornais, recebem dezenas de coroas de flores, são acomodados em “caixões artisticamente talhados [...] revestidos em cetim almofadado” (MARANHÃO, 1996, p.38).

Assim, o cemitério caracteriza-se como um reflexo da nossa sociedade dividido por classes e propriedades.

1.3- A ciência e a morte

O modelo de ciência vigente que temos ainda hoje teve origem no século XVII com Descartes. Descartes era matemático e aos 23 anos visualizou um método de ciência com princípios fundamentais baseado na estrutura matemática. Entendendo a natureza como uma máquina perfeita, governada por leis matemáticas, sua finalidade era indicar o caminho para se chegar à verdade científica (CAPRA, 1982).

O aspecto fundamental do método de Descartes é a dúvida. E a partir da dúvida a que se submete tudo, chega à conclusão de que somente não pode duvidar da existência de si como pensador. Portanto, “cogito, ergo sum” (penso, logo existo).

A partir daí temos o método analítico de Descartes que consiste em decompor o objeto de estudo em partes e, em seguida, organizá-lo em sua ordem lógica.

Para CAPRA (1982) esse método tem sua utilidade principalmente no desenvolvimento de teorias científicas e na construção de projetos tecnológicos. Entretanto, “a excessiva ênfase dada ao método cartesiano levou à fragmentação característica do nosso

pensamento em geral e das nossas disciplinas acadêmicas, e levou à atitude generalizada de reducionismo da ciência” (p. 55).

Essa fragmentação atingiu o corpo humano.

Antes de Descartes, a medicina preocupava-se com a interação corpo e alma, tratando as pessoas no contexto social e espiritual.

Com a divisão entre corpo e mente, além da comparação do corpo humano a uma máquina com funcionamento mecânico, os médicos passaram a se concentrar na “máquina” corporal, descuidando dos aspectos psicológicos e sociais da doença.

Apesar dos avanços científicos, do surgimento de novos métodos e do conhecimento obtido a respeito do processo saúde/doença enquanto determinação sócio-histórica, o paradigma cartesiano ainda prevalece. Continua-se exercendo um modelo clínico-biologicista, em que a doença é caracterizada pelo biológico, sintetizando assim o denominado “modelo biomédico”:

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular, o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado [...] Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde freqüentemente de vista o paciente como ser humano (CAPRA, 1982, p. 116).

Se a medicina contemporânea negligencia os aspectos psicossociais do processo saúde-doença, o que dizer sobre a sua concepção de morte?

Segundo CAPRA (1982) “dentro do âmbito mecanicista de nossa ciência médica, a morte não pode ser qualificada [...] a morte consiste, simplesmente, na paralisação total da máquina-corpo” (p.138).

E assim, profissionais de saúde são formados para lidar com a doença e a morte tecnicamente (KLAFKE, 1991; KOVÁCS, 1991; KOVÁCS, 2002). Ou seja, o profissional é formado para curar a doença, combater a morte; e não para lidar com a pessoa doente ou a pessoa que está morrendo.

1.4- Estudos sobre a morte

A área de estudos sobre a morte, denominada tanatologia, teve como um dos seus pioneiros o médico canadense William Osler (1849-1919). Na sua publicação de 1904, “*A study of death*”, são abordados os aspectos físicos e psicológicos da morte. Seu principal objetivo era minimizar o sofrimento das pessoas no processo de morte (KOVÁCS, 2002).

Entre os clássicos trabalhos na área, estão as obras de Freud “Luto e melancolia” (1917) e “Além do princípio do prazer” (1920) em que o autor discute, respectivamente, o processo de luto e a existência do conflito entre pulsões de vida e de morte (CASSORLA, 1992).

Após a Segunda Guerra Mundial, acontece o grande desenvolvimento da tanatologia. A obra de Feifel (1959) “*The meaning of death*” caracteriza esse início ao buscar a conscientização sobre a morte em um contexto de proibição sobre o tema (KOVÁCS, 2002).

Na década de 1960, temos os trabalhos da psiquiatra Kübler-Ross realizados a partir de suas experiências profissionais com pacientes terminais. Considerando a importância da obra “Sobre a morte e o morrer”, publicada por ela em 1969, sobre os estágios pelos quais passam as pessoas no processo de terminalidade (negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação), faremos uma breve explanação sobre eles.

Segundo KÜBLER-ROSS (1998) a negação é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial. Uma verbalização comum neste período é: “‘Não, não pode ser comigo’ ” (pág. 47). É uma fase importante para determinados pacientes; por isso, sugere-se deixá-los com suas defesas sem se conscientizar de suas contradições.

No segundo estágio, sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento substituem os de negação. A pergunta característica é: “por que eu?”.

Muitas vezes os profissionais da saúde são alvos dessa raiva sem um motivo aparente. É importante compreender a origem desse sentimento e a situação do paciente para que não se tome essa raiva em termos pessoais, já que ela não está relacionada às pessoas em quem é descarregada.

Para KÜBLER-ROSS (1998) precisamos tolerar a raiva do paciente uma vez que a sua externalização poderá facilitar a aceitação final.

A barganha consiste em negociar, principalmente com Deus, uma tentativa de prolongamento da vida ou a ausência de dores por algum período em troca de um bom comportamento.

A depressão é classificada por KÜBLER-ROSS (1998) em depressão reativa e depressão preparatória. A primeira caracterizada como uma aflição inicial a que está submetido o paciente terminal e a segunda como uma preparação para a morte.

Segundo a autora, a externalização dos sentimentos pelo paciente e a compreensão desses afetos dos que o acompanham são fundamentais para a sua aceitação. Essa compreensão significa evitar frases do tipo “não fique triste”, entendendo esta tristeza vinculada ao processo de perda de tudo, de todos e da própria vida pelo qual está passando o paciente.

Essa fase é importante para que o paciente atinja o estágio da aceitação e morra em paz.

Por fim, temos a aceitação. KÜBLER-ROSS (1998) alerta que aceitação não significa felicidade. Na sua descrição, “é como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do “repouso derradeiro antes da longa viagem”, no dizer de um paciente” (p.118).

Existem duas maneiras de se atingir esse estágio mais facilmente: primeiro quando se trata de pessoa mais velha, em que ela sente que seu dever foi cumprido e o objetivo foi alcançado; e segundo quando o paciente dispõe de tempo suficiente para se preparar para morrer.

Para concluir essa discussão sobre os estágios pelos quais passam os pacientes, a autora ressalta que persiste em todos os estágios a esperança. E é justamente essa esperança que dá a sensação de que tudo deve ter um sentido e os fazem suportar. Isso não significa que os profissionais devem mentir. Deve-se apenas fazer sua a esperança do paciente.

No Brasil, merecem destaque os trabalhos de Wilma Torres que em 1980 criou o programa pioneiro de “Estudos e Pesquisas em Tanatologia” na Fundação Getúlio Vargas; os estudos de Maria Helena Pereira Franco, especialista na área e coordenadora do “Laboratório dos Estudos sobre o Luto” na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; além da professora Maria Júlia Kovács, do “Laboratório de Estudos sobre a Morte”, da Universidade de São Paulo (KOVÁCS, 2002).

Muitos outros pesquisadores brasileiros têm-se dedicado a essa temática e inclusive são citados ao longo dessa pesquisa. Entre eles estão Boemer, Cassorla, Maranhão e Pessini.

1.5- Morte e cuidados paliativos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cuidado paliativo é uma abordagem que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares no enfrentamento de problemas relacionados a doenças terminais. Isso é feito através da prevenção e do alívio do sofrimento pelo diagnóstico precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION²).

Diferentemente do paradigma de cura da ciência médica, os cuidados paliativos valorizam a qualidade de vida do paciente e, por isso, tem como princípio fundamental o cuidado integral e o respeito à autonomia do paciente em relação ao processo de morrer.

² No documento eletrônico disponível em <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> não consta a data.

Atender a solicitação do paciente, através de uma maior humanização no tratamento e no cuidado, poderá tornar o processo de morte menos angustiante e mais digno para o paciente e, ao mesmo tempo, trazer maior conforto ao profissional que freqüentemente sente-se frustrado com a percepção de “derrota” diante da morte (SCHRAMM, 2002; SIQUEIRA-BATISTA e SCHRAMM, 2004).

Os cuidados paliativos têm como filosofia de acordo com a OMS:

- promover o alívio da dor e outros sintomas de angústia;
- afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural;
- não apressar nem postergar a morte;
- integrar os aspectos espirituais e psicológicos no cuidado do paciente;
- oferecer um sistema de suporte que ajude o paciente a viver ativamente tanto quanto possível até sua morte;
- oferecer um sistema de suporte para ajudar no enfrentamento da família durante a doença do paciente;
- utilizar uma equipe profissional para identificar as necessidades dos pacientes e de suas famílias, incluindo a elaboração do luto, quando indicado (WORLD HEALTH ORGANIZATION).

Assim, resumidamente, os princípios dos cuidados paliativos de acordo com PESSINI (2004) são:

- Cuidado integral (que envolve a dimensão física, emocional, social e espiritual), individualizado e continuado ao paciente;
- Promoção da autonomia e da dignidade do paciente;
- Cuidado além da perspectiva de cura;
- Trabalho com a família do paciente;
- Ambiente que favoreça apoio, respeito e comunicação adequada com o paciente;
- Trabalho multidisciplinar.

Para o efetivo desenvolvimento dos cuidados paliativos, MCCOUGHLAN (2004) afirma que além do compromisso do governo e da provisão de medicamentos essenciais ao tratamento, é fundamental a educação em cuidados paliativos. Essa educação, segundo a autora, envolve a formação de pacientes, familiares, comunidade, administradores da saúde, responsáveis por políticas públicas e, finalmente, os profissionais da saúde.

Aliás, vale ressaltar que a deficiência na formação dos profissionais da saúde é um dos obstáculos observados por Ana Geórgia Cavalcanti de Melo, fundadora da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) para a implantação de unidades de cuidados paliativos no Brasil (MELO, 2004).

Apesar da necessidade de implantar tais unidades, devemos ressaltar que os cuidados paliativos são uma filosofia de cuidado da pessoa. Esse cuidado, nas palavras de PESSINI (2004), deve promover “o bem-estar global e a dignidade do doente crônico e terminal e sua possibilidade de não ser expropriado do momento final de sua vida, mas de viver a própria morte” (p.204).

Capítulo 2- O Hospital e a Unidade de Terapia Intensiva

2.1- Origem e caracterização do hospital

Até o século XVIII o hospital caracterizava-se principalmente como uma instituição de assistência aos pobres. Com isso, ele tinha a função de separar e excluir os pobres doentes que ofereciam perigo à saúde da população (FOUCAULT, 2002).

O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital (FOUCAULT, 2002, p. 101).

As pessoas responsáveis por essa assistência eram religiosos e leigos que buscavam, através de uma obra de caridade, sua salvação espiritual.

A profissão médica, neste período, desenvolvia-se de modo independente dos hospitais.

Segundo FOUCAULT (2002) a medicina dos séculos XVII e XVIII era “individualista da parte do médico”, na medida em que os conhecimentos relativos a textos e receitas eram “mais ou menos secretas ou públicas”. Isso porque a compreensão da doença estava relacionada à noção de crise que se caracterizava como “o momento em que se afrontavam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava” (p.102). O médico precisava observar desde os primeiros sinais da doença, a fim de descobrir o momento em que a crise aparecia para prever a evolução e, num jogo com a natureza, favorecer a cura do doente. Assim, nessa luta entre natureza, doença e médico, era estabelecida uma relação individual entre médico e doente.

Os fatores que conduziram à transformação do hospital em instituição terapêutica, na opinião de ROSEN³ (1980), estão relacionados à introdução da medicina profissional no hospital; à redefinição de seu perfil institucional e à especificação de suas atribuições terapêuticas; além do aproveitamento racional dos recursos disponíveis.

³ ROSEN, G. *apud* ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras, 1991.

Além disso, ANTUNES (1991) considera que o hospital tornou-se o centro dos serviços médicos – objetivo que foi totalmente alcançado apenas no final do século XIX - devido as influências de correntes sociais e políticas como, por exemplo, o mercantilismo, a iniciativa privada e a ação cooperativa.

Para FOUCAULT (2002) a origem do hospital médico está relacionada a dois processos: o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar.

A disciplina como técnica “política” é descrita por FOUCAULT (2002) como um exercício de poder com as seguintes características:

- 1) a individualização pelo espaço, ou seja, a inserção das pessoas em espaços individualizados, classificatórios e combinatórios;
- 2) o controle sobre o desenvolvimento de uma ação e não sobre o resultado, buscando ações mais eficazes, rápidas e ajustadas para cada fim;
- 3) a vigilância perpétua e constante dos indivíduos;
- 4) o registro contínuo das ações dos indivíduos.

Assim, segundo FOUCAULT (2002), “é a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização” (p.107).

Essa disciplinarização confiada ao médico deve-se à transformação do seu saber. Baseado no saber botânico, a compreensão da doença passa a ser de um fenômeno natural obedecendo a leis naturais. Assim como a planta, a doença tem características observáveis, curso e desenvolvimento. Sua origem está relacionada a uma ação do meio (ar, água, temperatura, alimentação etc) sobre o indivíduo.

A função dessa disciplina no ambiente hospitalar é justamente colocar as pessoas em espaços passíveis de observação constante e registro, modificando o meio e controlando o desenvolvimento da doença.

Sendo assim, FOUCAULT (2002) elenca algumas características do hospital do final do século XVIII que estão vinculadas às técnicas de poder disciplinar e médica de intervenção sobre o meio:

- 1) O espaço hospitalar: a localização do hospital deve ser ajustada ao “esquadrinhamento sanitário da cidade” e a distribuição interna do hospital constituirá um espaço “individualizado, específico, modificável segundo o doente, a doença e sua evolução” (p.108);
- 2) O sistema de poder no interior do hospital: enquanto a função do hospital era garantir a salvação e a assistência das pessoas, o religioso era quem detinha o poder; quando sua função passa a ser de instrumento de cura, o médico é considerado o grande responsável pela organização;

Existiam nos regulamentos dos hospitais do século XVIII os rituais que expressavam as relações hierárquicas dizendo “...que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar...” (FOUCAULT, 2002, p.110).

- 3) O registro permanente e exaustivo: técnicas de identificação do paciente, sala em que se encontra, diagnóstico, tratamento prescrito, anotações sobre as visitas e rotinas, destino do paciente etc. Assim o hospital constitui-se não apenas como um instrumento de cura, mas de “registro, acúmulo de formação do saber” (p.110).

Pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc..., pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos (FOUCAULT, 2002, p.111).

Através dessa caracterização, percebemos a tendência de fechamento e isolamento do hospital que, de acordo com GOFFMAN (1987), pode ser classificado como uma “instituição total”.

Algumas características dessas instituições são pontuadas por GOFFMAN (1987):

- “Todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade” (p.17);
- “Cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto” (p.18);
- “Todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários [...] e toda a seqüência de atividades é imposta por cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários” (p.18);
- “As várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição” (p.18).

2.2- UTI: caracterização do espaço vida versus morte:

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o local do hospital em que são atendidos pacientes graves, em estado crítico, mas com possibilidade de recuperação. Apesar dessa possibilidade de vida, o risco de morte é constante.

Por isso, é um ambiente considerado tenso, agressivo e traumatizante, não apenas para o paciente, mas para a própria equipe (VILA e ROSSI, 2002).

Para controlar as variáveis que podem influenciar a doença e sua evolução, a disciplinarização se faz presente principalmente na UTI. O ambiente é isolado, fechado, mantido a baixas temperaturas, iluminado artificialmente na tentativa de promover condições ideais para o tratamento. Além disso, o paciente tem um número associado ao seu nome, é acompanhado (ou controlado) sistematicamente através de vários aparelhos (ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, etc), tudo para que se tenha o maior controle da situação.

O paciente perde totalmente sua identidade ou, como denomina GOFFMAN (1987), tem seu eu “mutilado”, “mortificado”.

A primeira mutilação do eu, segundo GOFFMAN (1987), caracteriza-se pela barreira existente entre o internado e o mundo externo. A UTI é uma unidade completamente fechada, isolada – inclusive contendo placas de “acesso restrito”, com horário de visita reduzido e número de visitantes limitado.

Outros exemplos são: a atribuição de um número ao paciente; o uso de roupas da instituição – que são padronizadas; o seguimento de normas e rotinas (horário do banho e das refeições, modo de comportar-se); a desconfiguração pessoal decorrente de mutilações no corpo; a imposição de relações sociais (seja com a equipe dirigente ou outros pacientes); além da violação quanto à ausência de informações relativas ao eu (comunicação do diagnóstico ou descrição do tratamento a ser realizado).

Se o paciente sobreviver e retornar ao mundo externo, alguns papéis sociais podem ser restabelecidos. Entretanto, algumas perdas são irrecuperáveis.

De acordo com GOFFMAN (1987), três problemas gerais relacionados ao processo de mortificação são:

- o sentido de ineficiência pessoal do internado;
- a relação entre os desejos do internado e os interesses ideais do estabelecimento;
- a relação entre o esquema simbólico de interação para a consideração do destino do eu e o esquema convencional, psicofisiológico, centralizado no conceito de tensão.

Assim, o paciente é impedido de ter desejos; é impedido de opinar, muitas vezes é impedido até de saber o que está acontecendo com seu corpo.

OLIVEIRA (2002) apresenta o papel do paciente ou do “bom paciente” na UTI:

Compete ao paciente, se estiver consciente, calar-se. A possibilidade de questionamento é anulada e resta-lhe, para ser aceito e “bem-visto”, o silêncio [...] O “bom paciente” na UTI permanece sedado, quase morto, mesmo que esteja buscando a vida (p.35).

Pode-se afirmar assim que o paciente torna-se um objeto na “batalha” contra a morte.

Interessante também é notar a terminologia utilizada na UTI: “ “esquemas de antibióticos”, [...] “infiltração”, “bactérias que invadem”, etc ”(OLIVEIRA, 2002, p.36-7).

É como se existisse uma “luta” entre os “guerrilheiros” médicos e a “inimiga” doença, para “defender” a vida em “oposição” à morte. Quando a “adversária” – que é inerente à vida – vence a batalha, os guerrilheiros sentem-se derrotados, impotentes, fracassados.

Talvez por isso tentam escondê-la.

Capítulo 3- Interação: profissional da saúde – paciente - família

Inserida num contexto de negação da morte, a interação profissional da saúde e paciente é caracterizada, do ponto de vista emocional, pelo afastamento do profissional – principalmente quando se trata de paciente em processo de terminalidade ou gravemente enfermo.

O modo de o profissional lidar com o paciente reflete frieza, distanciamento e autocontrole das emoções muitas vezes justificado pela aplicação científica. Essa interação nada mais é que o próprio reflexo das relações que existem em nosso contexto social marcado pelo individualismo, exploração, transformação do homem em mercadoria, valorização do ter sobre o ser - todas essas características do sistema capitalista.

Eis aí a que a sociedade ocidental contemporânea reduziu a morte e tudo a que ela está associado: um nada. Não satisfeita em privar o indivíduo de sua agonia, de seu luto e da nítida consciência da morte, de impor à morte um tabu, de marginalizar socialmente o moribundo, de esvaziar todo o conteúdo semântico dos ritos tanáticos, a sociedade mercantil vai além, ao transformar a morte num resíduo irreconhecível. Ela já não é mais um destino. O que existe é a sua relação negativa com o sistema de produção, de troca e de consumo de mercadorias. É o estado de não-produção, de não-consumação (MARANHÃO, 1996, p.19).

Na Idade Média, diante das pequenas possibilidades terapêuticas, o médico prevenia a morte através do cuidado com erros de prognósticos, já que lidava com a morte como algo natural. Após o século XIX, com o avanço técnico e científico da medicina, os “onipotentes” profissionais da saúde, obstinados pela cura da doença, prolongam a vida do paciente a qualquer custo. Em muitos casos, o bem-estar do paciente é sacrificado em nome de um tempo maior de vida, como se promover uma morte digna fosse indigno para o profissional (BROMBERG, 1998; KLAFKE, 1991; KOVÁCS, 1995; PITTA, 1999).

Não se trata aqui de defender a morte, pelo contrário, defendemos a vida e a luta pela vida. A questão que se coloca é: qual vida? Será a vida que mantém o coração pulsando, mas que mantém a pessoa inconsciente, sem qualquer interação social e qualidade de vida? Será a vida que submete a pessoa, mesmo sem possibilidades de cura, a procedimentos invasivos e agressivos, que geram sofrimento ao paciente e à família?

Entendemos que a luta pela vida deve ter como finalidade o bem-estar do outro e não um mérito pessoal; deve ser uma luta ética que busque atender a necessidade e o desejo do outro e não uma luta contra a frustração da “derrota” da morte. Ou seja, defendemos a luta pela dignidade humana, ainda que para isso seja necessário deixar morrer. Devemos ressaltar como afirma KOVÁCS (2003) que permitir morrer não é matar.

Quando se fala em respeitar as necessidades e desejos do outro, referimo-nos ao princípio da autonomia.

O paciente é um cidadão autônomo, portador de direitos que devem ser respeitados e deveres que devem ser cumpridos [...] O médico, igualmente cidadão, deve atuar em conjunto com o paciente, orientando sem coagir, mostrando-lhe os benefícios e desvantagens de cada tratamento, de forma inteligível a seu entendimento, e humana (SOUZA e LEMONICA, 2003, p.93).

No entanto, para que o paciente tenha autonomia, necessariamente ele deve ter informações que o habilite a tomar a melhor decisão diante das opções existentes (KOVÁCS, 2003) – o que, muitas vezes, numa atitude paternalista, equipe profissional e familiares não permitem ao paciente saber sobre seu próprio estado.

Em alguns casos, os profissionais conversam com a família e decidem esconder, com autorização e apoio da mesma, a verdade do paciente. É a cultura do “poupar” o doente (PITTA, 1999).

O prolongamento da vida do paciente através da utilização de recursos tecnológicos também pode ser uma maneira de evitar a comunicação do profissional com a família ou até mesmo com o paciente sobre o seu verdadeiro estado.

Segundo ARIÈS⁴ (1988) a mentira sobre o verdadeiro estado do doente consiste no “desejo de poupar o doente de assumir a sua provação.” É preciso

evitar, já não ao doente mas à sociedade e ao próprio círculo de relações, o incômodo e a emoção demasiado forte, insustentável, provocados pela fealdade da agonia e a simples presença da morte em plena vida feliz, pois se admite que a vida é sempre feliz ou deve parecê-lo sempre (p.35).

⁴ ARIÈS, P. *apud* PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 3 ed. São Paulo, Hucitec, 1999.

CARVALHO (1996) avalia que não se deve mentir sobre o diagnóstico de doenças graves ao paciente por vários motivos: primeiro porque a mentira “tem o poder de se revelar a cada instante” (p.48) através da comunicação não verbal; segundo porque o paciente tem o direito de saber sobre seu estado de saúde, uma vez que foi ele quem primeiro tomou a decisão de procurar um médico e, por fim, porque se tratando de uma doença grave, é fundamental que o paciente participe ativamente do tratamento.

Em vez de mentir e questionar se deve ou não comunicar o diagnóstico ao paciente, o profissional deveria se preocupar em “como contar”.

E como saber qual a melhor maneira de dar uma notícia ao paciente?

Para KÜBLER-ROSS (1998) um primeiro aspecto depende da maneira como o profissional encara a doença fatal e a morte: “se não somos capazes de encarar a morte com serenidade, como podemos ajudar nossos pacientes?” (p.36), questiona.

De acordo com a autora, a reação do paciente depende não apenas de sua personalidade, estilo e modo de vida pregressa, mas também da maneira como o médico comunica-lhe a notícia, interage com ele e a doença: “os médicos que têm necessidade de negá-la encontram a mesma negação em seus pacientes, enquanto aqueles que são capazes de falar sobre a doença terminal encontrarão seus pacientes mais aptos a reconhecê-la e enfrentá-la” (p.37).

Segundo ela, o que mais conforta os pacientes diante de uma triste notícia é a empatia do profissional e a esperança depositada. É importante sempre manter a esperança do paciente. Esperança de novos tratamentos, de pesquisas, ou mesmo de uma morte digna. Além disso, o profissional de saúde pode demonstrar que nem tudo está perdido e que ele, o paciente e a família vão lutar juntos. Dessa forma, o paciente sentirá o apoio e o conforto, não temendo a solidão e o abandono.

Por outro lado, não se pode forçar um paciente a aceitar a verdade, dizendo várias vezes o diagnóstico e a sua gravidade. Mas a negação do paciente não é um motivo para o médico ausentar-se ou deixar de falar a realidade. O fato de ele ter falado uma vez é

o suficiente para manter a sua confiança. Quando o paciente sentir-se preparado, com certeza procurará o profissional.

Dessa maneira, as preocupações dos profissionais ao interagir com pacientes fora de possibilidades terapêuticas devem ser a qualidade e dignidade de vida e o processo de morrer; ou seja, é preciso reconhecer, a partir dos estágios em que passa cada paciente (negação, raiva, barganha, depressão, aceitação), suas necessidades, sentimentos, angústias e desejos (BROMBERG, 1998; KOVÁCS, 1995).

Assim como o paciente, a família também necessita de cuidados.

A família sofre grande impacto diante da hospitalização do paciente em UTI e também diante do processo de terminalidade do paciente, podendo acarretar num desequilíbrio da estrutura familiar (BROMBERG, 1998; MORGON e GUIRARDELLO, 2004).

Ao longo do processo de hospitalização e/ou terminalidade do paciente, a família passa por um processo de luto e adaptação, adquirindo uma nova identidade. A adaptação dos membros da família está relacionada ao choque diante do diagnóstico, à percepção da possibilidade da perda e à reorganização da vida em novas atividades e relacionamentos (KOVÁCS, 2004).

Pesquisas apontam que, em muitos casos, as necessidades da família excedem as do paciente, embora pouco seja o cuidado nesse sentido (BROMBERG, 1998).

DUNLOP e HOCKLEY⁵ (1990) classificaram as necessidades familiares em três categorias: sintomas físicos, necessidades psicológicas e necessidades sociais. Na primeira categoria, o sintoma mais freqüente é a estafa, sendo que 20% dos familiares, em decorrência do estresse ocasionado pelo cuidado ao paciente, tiveram uma doença física. Em relação às necessidades psicológicas, familiares apresentam depressão e ansiedade

⁵ DUNLOP e HOCKLEY, apud BROMBERG, M. H. P. F. Cuidados paliativos para o paciente com câncer: uma proposta integrativa para equipe, pacientes e famílias. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) *Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver*. São Paulo: Summus, 1998. P.186-231.

devido a ameaça de perda do paciente; e medo que o paciente morra em casa. As necessidades sociais são evidenciadas pelo isolamento social e conflitos familiares.

MORGON e GUIRARDELLO (2004) obtiveram como resultado de pesquisa realizada em hospital universitário do interior do Estado de São Paulo que as principais necessidades de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva são: sentir que a equipe da UTI se interessa pelo paciente; sentir-se seguro de que o paciente está recebendo o melhor tratamento possível; saber que o paciente está recebendo tratamento médico e ter suas perguntas respondidas com sinceridade.

Considerando o apoio familiar como um dos aspectos fundamentais no processo de terminalidade do paciente, cabe à equipe incorporar a família no processo de cuidado do paciente, orientando e esclarecendo a mesma sobre, inclusive, os sintomas por que passam o paciente no momento da morte. Isso justamente para que a família não tenha medo de permanecer ao lado do paciente na hora da morte. Cabe ainda à equipe facilitar a despedida e reconciliações entre paciente e familiares; e auxiliar na elaboração do luto. Em outras palavras, a equipe deve garantir não apenas a qualidade no atendimento ao paciente, mas também atender as necessidades da família (KOVÁCS, 2004).

Mas, para isso, é preciso repensar a formação e atuação do profissional de saúde.

Para quem teve uma formação profissional centrada no tecnicismo, que visa à cura da doença e não o paciente em si, lidar com a morte – ou melhor, com o paciente que vai morrer e com a família que vivencia o processo de luto – é muito difícil.

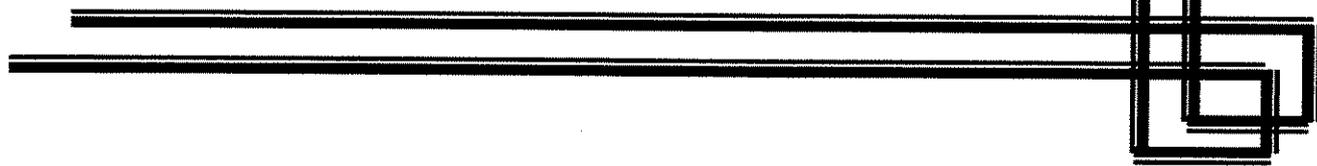
De acordo com PITTA (1999),

o traço fundamental da diferença entre a forma de lidar com a doença e a morte do homem medieval e do homem moderno é a absoluta dissociação que se estabelece hoje entre a vida, sua enfermidade, a naturalidade do adoecer e a fatalidade de morrer impregnadas de um pessimismo existencial, da depressão que invade os homens das sociedades industriais, como se a primeira nada tivesse a ver com as demais (p.27-8).

Em revisão de literatura realizada por BOEMER et al. (1991) sobre conteúdos relacionados à terapia intensiva em manuais de enfermagem, encontram-se essencialmente situações clínicas e condutas pertinentes, sendo a destreza técnica e os conhecimentos técnicos a grande ênfase no treinamento de pessoal que visa possibilitar a atuação rápida e precisa dos profissionais. Embora o “discurso humanístico” esteja presente nos manuais no sentido de amenizar o estresse e promover a comunicação, enfatizando o paciente como ser humano, eles são colocados no primeiro capítulo ou no apêndice, sendo desvinculado do restante do conteúdo do livro. Além disso, apesar da UTI ser classificada como um espaço de vida e morte, a morte não é considerada como possibilidade concreta. Em outros casos, existe uma posição de luta contra a morte, no sentido de impedi-la, sendo o sucesso da equipe associado à manutenção da vida do paciente.

Percebe-se assim que os profissionais “aprendem a prolongar a vida, mas recebem pouco treinamento ou esclarecimento sobre o que é a ‘vida’” (KÜBLER-ROSS, 1998, p.32).

METODOLOGIA



Sobre o método

O método utilizado nesta pesquisa é o método explicativo de Vigotski¹ que tem como fundamento a abordagem sócio-histórica.

Estudar a concepção de morte de acordo com a abordagem sócio-histórica não é comum. A morte como objeto de estudo da psicologia está presente principalmente na abordagem fenomenológica-existencial com Heidegger e psicanalítica com Freud. Nelas, a morte é tratada, respectivamente, como uma possibilidade de realização do ser humano frente à consciência da finitude e como um conflito entre pulsão de vida e de morte, em que a segunda manifesta-se como uma forma agressiva, destrutiva ou como a redução completa das tensões, levando o organismo ao estado inorgânico (CASSORLA, 1992; MARANHÃO, 1996; OLIVEIRA, 1998).

A análise da condição do indivíduo diante da morte é uma análise típica do contexto em que surge a Psicologia.

A origem da psicologia como ciência situa-se num contexto de políticas liberais e valorização do indivíduo. Se, por um lado, o indivíduo adquire algumas possibilidades de escolha e reconhecimento como pessoa única; por outro lado, ele é considerado o único responsável por sua vida, desprezando totalmente as condições sociais, econômicas, políticas e culturais em que está inserido.

Segundo FIGUEIREDO (1991), a origem da Psicologia científica no século XIX está relacionada à experiência da subjetividade privatizada e à crise dessa subjetividade.

No período anterior ao desenvolvimento do sistema mercantil, a produção existia para atender às necessidades de subsistência de um grupo. Com o advento do mercado, as relações de troca extrapolam a idéia de subsistência e o lucro passa a ser o principal objetivo. Com isso, os interesses individuais tornam-se mais importantes que os

¹ As traduções do nome desse autor apresentam diferentes formas: Vigotski, Vygotsky, Vygotski. Neste trabalho, utilizaremos Vigotski quando citarmos o autor sem referência a uma obra específica e, quando estiver vinculado a uma obra, será mantida a grafia da publicação.

interesses do grupo ou da sociedade. O grupo deixa de ser auto-suficiente e cada indivíduo precisa buscar seu próprio sustento.

Se, por um lado, o indivíduo é “livre” das obrigações do grupo a que pertencia e passa a “escolher” como vender sua força de trabalho para obter seu sustento, por outro lado, ele se torna desamparado do grupo.

Essa liberdade, segundo FIGUEIREDO (1991), é uma “liberdade negativa, isto é, o sujeito ao ganhá-la perde uma porção de apoios e meios de sustentação” (p.25).

As escolhas e o destino de cada pessoa passam a depender, teoricamente, da capacidade, força de vontade e inteligência de cada uma. Ou seja, a responsabilidade é exclusivamente do indivíduo – visão da ideologia liberal iluminista.

Quando os indivíduos percebem que essa liberdade é uma ilusão, “a subjetividade privatizada entra em crise” (FIGUEIREDO, 1991, p.29).

A Psicologia surge para responder não apenas à crise do indivíduo, mas para que ele possa novamente ser controlado, padronizado e normatizado a serviço de uma ordem social.

A abordagem sócio-histórica surge como uma perspectiva crítica a essas idéias, utilizando o método materialista histórico e dialético.

Nesse sentido, o ser humano é compreendido como um ser social e histórico. Isto significa que a partir da atividade desenvolvida e das relações sociais estabelecidas, o indivíduo apropria-se do desenvolvimento social historicamente acumulado pela humanidade, transformando-o. Em outras palavras, pode-se dizer que o desenvolvimento psicológico do indivíduo é uma continuidade ao desenvolvimento histórico da espécie humana e a sua constituição dá-se a partir das relações sociais que estabelece, por isso a condição sócio-histórica do ser humano. É a partir das relações sociais e da atividade que o homem apropria-se da realidade externa, transformando-a e ao mesmo tempo sendo por ela transformado – o que denominamos de objetivação e apropriação.

O processo de apropriação do mundo externo não acontece passivamente como mero reflexo do meio. A constituição do fenômeno psicológico se dá numa relação dialética com o mundo social. De acordo com LEONTIEV (1978a), “o reflexo da realidade objetiva pela consciência não se produz passivamente, mas de maneira ativa, criativa, sobre a base e no decorrer da transformação prática da realidade” (p. 121).

Tendo como referência esses pressupostos, os princípios básicos para a análise metodológica de uma pesquisa são:

- a apreensão da historicidade: refere-se à compreensão do processo histórico que constituiu e constitui a população envolvida na pesquisa, ou seja, a realidade concreta da qual fazem parte os sujeitos;
- ir além da aparência para captar a essência: refere-se à importância do pesquisador ir além da aparência do discurso (no caso dessa pesquisa), desvelando sua essência, a fim de conhecer a totalidade do fenômeno, sua gênese e suas relações dinâmico-causais;
- o estudo da contradição: relaciona-se à concepção dialética de que o conhecimento se constrói na contraposição, no movimento de idéias. Assim, para compreender a totalidade de um fenômeno, é preciso conhecer seu processo de transformação, já que “é somente em movimento que um corpo mostra o que é” (VYGOTSKY, 1994, p. 86).

Resumidamente, VYGOTSKY (1994) pontua os fatores essenciais da análise psicológica na abordagem sócio-histórica:

- 1) uma análise do processo em oposição a uma análise do objeto; 2) uma análise que revela as relações dinâmicas ou causais, reais, em oposição à enumeração das características externas de um processo, isto é, uma análise explicativa e não descritiva e 3) uma análise do desenvolvimento que reconstrói todos os pontos e faz retornar à origem o desenvolvimento de uma determinada estrutura (p.86).

Ou seja, a análise do fenômeno psicológico na abordagem sócio-histórica caracteriza-se pela compreensão do processo histórico que constituiu e constitui o fenômeno em estudo (historicidade); a busca da sua essência, a fim de conhecer sua gênese e suas relações dinâmico-causais; a captação do movimento, as contradições e a transformação do objeto de estudo. Todos esses aspectos têm como finalidade a compreensão do fenômeno psicológico na sua totalidade.

VIGOTSKI (2000) propõe como método de análise psicológica a utilização de *unidades* de análise. Diferentemente do método de decomposição em *elementos*, o método de decomposição em *unidades* conserva nelas a propriedade da totalidade. Já a decomposição em elementos não conserva nos elementos tal propriedade. Esse último propicia, na verdade, “a obtenção de produtos heterogêneos ao todo analisado, que não contêm as propriedades inerentes ao todo como tal e possuem uma variedade de propriedades que nunca poderiam ser encontradas nesse todo” (p.5).

A unidade, portanto, é um “produto da análise que, diferente dos elementos, possui todas as propriedades que são inerentes ao todo e, concomitantemente, são partes vivas e indecomponíveis dessa unidade” (VIGOTSKI, 2000, p.8).

Para localizar a unidade é necessário encontrar o aspecto interno da palavra, o seu significado. O significado refere-se à unidade entre pensamento e linguagem e, também, à unidade entre generalização e comunicação. Considera-se pensamento e linguagem como processos independentes, porém, interligados. VIGOTSKI (2000) explica que o significado é “ao mesmo tempo linguagem e pensamento porque é uma unidade do pensamento verbalizado” (p.10). Nesse sentido, o significado deve conter a idéia central que expressa a totalidade do pensamento. A linguagem, por sua vez, tem duas funções: comunicação e generalização. Considerando que toda palavra contém nela não apenas um objeto isolado, mas uma classe de objetos, toda palavra é, então, uma generalização. Assim, o significado da palavra

tem na sua generalização um ato de pensamento [...], porém, o significado é parte inalienável da palavra como tal, pertence ao reino da linguagem tanto quanto ao reino do pensamento. Sem significado a palavra não é palavra mas som vazio. Privada do significado, ela já não pertence ao reino da linguagem (VIGOTSKI, 2000, p.10).

Tendo em vista que a comunicação depende da generalização e do desenvolvimento do significado, então este não pode ser considerado como algo fixo e imutável; o significado, portanto, é dinâmico.

Concluindo, tal método

permite não só revelar a unidade interna do pensamento e da linguagem como ainda estudar, de modo frutífero, a relação do pensamento verbalizado com toda a vida da consciência em sua totalidade e com as suas funções particulares (VIGOTSKI, 2000, p.17).

Considerando os pressupostos teórico-metodológicos da abordagem sócio-histórica, qual a importância de se estudar a concepção de morte de profissionais da saúde nessa perspectiva?

Antes de responder a essa pergunta, é importante contextualizar que esse referencial teórico é adotado principalmente por uma vertente da Psicologia Social que teve como precursora no Brasil a professora Dra. Silvia Lane (PUC/SP). Atualmente, destacam-se como profissionais da área: Bader Sawaia (PUC/SP), Sueli Terezinha Martins (UNESP/Bauru e Botucatu), Ana Bock (PUC/SP), entre outros. Essa vertente assume uma posição crítica em relação à realidade, almejando a transformação social.

Nas palavras de BOCK et al. (1999),

a nova Psicologia social desvincula-se da tradição norte-americana de ciência pragmática, com intenções de prever o comportamento e manipulá-lo, optando por uma ciência que, ao melhorar a compreensão que se tem da realidade social e humana, permita ao homem transformá-la [...] uma ciência comprometida com a transformação, abandonando de vez os modelos de ciência que servem para justificar a desumanidade existente em nossa sociedade, por considerar naturais todas as desigualdades e formas de exploração (p.146).

Nesse sentido, o papel teórico-prático da psicologia social é:

Atuar junto a indivíduos e grupos, promovendo o desenvolvimento da consciência social e dos valores morais em direção a uma ética que negue o individualismo e busque valores universais de igualdade e de crescimento qualitativo do ser humano (LANE, 1995a, p.79).

Por almejar a transformação social, os estudos de psicologia nessa abordagem teórico-metodológica estão mais relacionados a outras temáticas que não a morte. De acordo com MARTINS (2004), as temáticas mais frequentes em pesquisas realizadas no período de 1980 a 2000 na área da saúde na perspectiva sócio-histórica são: saúde mental; saúde do trabalhador; atenção primária e doenças crônicas.

Tendo em vista que a transformação social acontece a partir da intervenção intencionada do psicólogo no processo psíquico das pessoas, não será possível proporcionar uma transformação a partir da intervenção com profissionais da saúde ou estudantes da área?

Segundo BOCK (2001a), “atuamos para transformar algo no processo de registro do mundo que as pessoas fazem. Trabalhamos para (re)criar sentido nesses registros” (p.161).²

Portanto, a partir da compreensão da totalidade do fenômeno – a concepção de morte – é possível intervir na construção dos sentidos dos profissionais da saúde, possibilitando a elaboração de novos projetos de vida e novas formas de intervenção sobre a realidade.

² Vale ressaltar aqui que existe fundamentalmente uma questão ética no trabalho do psicólogo: considerar para a sua intervenção, muito além do aparato teórico-técnico, as necessidades, vontades e projetos das pessoas envolvidas.

Categorias psicossociais: Representação Social e Consciência

A representação social é, na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica, uma expressão da consciência.

A consciência, assim como a atividade e a identidade, é uma categoria psicossocial de análise do fenômeno psicológico. Através dela, é possível “explicitar, descrever e explicar o fenômeno estudado em sua totalidade” (AGUIAR, 2001, p.95).

Mas, antes de aprofundar tais conceitos dentro da Psicologia Sócio-Histórica – abordagem adotada neste trabalho, serão explicitadas algumas concepções de representação social a partir dos estudos de MINAYO (2000) e QUEIROZ (2003), a fim de contribuir para o enriquecimento da discussão sobre o tema.

Inserido na corrente positivista, Durkheim entende por representação social (utilizada no mesmo sentido que “representações coletivas”) um “conjunto de idéias, saberes e sentimentos provenientes da estrutura social mais ampla” (QUEIROZ, 2003, p.28), sendo o homem submetido a uma realidade que lhe é externa e independente.

Nas palavras de DURKHEIM (1978),

As representações coletivas traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam. Ora, o grupo é constituído de modo diferente do indivíduo e as coisas que o afetam são de uma outra natureza [...] Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não a dos particulares (p.79).

Portanto, nessa abordagem, as representações sociais são o reflexo da realidade social, uma vez que é a sociedade que pensa, explica e configura o indivíduo.

Na Psicologia os estudos sobre representação social iniciaram-se na década de 1960 com o psicólogo francês Serge Moscovici através da obra *Representação Social da Psicanálise*.

Influenciado por Durkheim, Moscovici trabalha com o conceito de representações sociais com o objetivo de estabelecer uma psicossociologia do conhecimento em que as representações teriam a função de elaboração de comportamentos e comunicação entre as pessoas na vida cotidiana (SÁ, 1995).

Nesse sentido, as representações sociais são entendidas por Moscovici como “conjuntos de conceitos, afirmações e explicações” consideradas “teorias” do senso comum que levam à interpretação e construção das realidades sociais (SÁ, 1995).

Na mesma linha de raciocínio, JODELET³ (1989) propõe o seguinte conceito de representação social:

O conceito de Representação Social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. Mais amplamente, designa uma forma de pensamento social.

As Representações Sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal. Enquanto tais, elas apresentam características específicas no plano da organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica.

A marcação social dos conteúdos ou dos processos de representação refere-se às condições e aos contextos nos quais emergem as representações, às comunicações pelas quais elas circulam, às funções que elas servem na interação com o mundo e com os outros (p. 32).

Em síntese, representações sociais são “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET⁴, 1989).

Moscovici distancia-se da perspectiva durkheimiana na medida em que considera a sociedade de uma forma mais dinâmica e menos totalitária. Em outras palavras, existe um deslocamento de uma perspectiva essencialmente social para uma dimensão entre o social e o psicológico.

³ JODELET, D. *apud* SÁ, C. P. SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. P. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p.19-45.

⁴ *Id* *ibid*.

Dilthey, de acordo com QUEIROZ (2003), foi quem estabeleceu as bases para que o conceito de representações sociais fosse utilizado a partir de um “sentido moderno” (p.34). Isso porque, para Dilthey, o conhecimento próprio das ciências humanas deve ser obtido através da identificação *intuitiva* das idéias, sentimentos e objetivos comuns (de um grupo social ou de um período histórico determinado); ou seja, deve-se buscar a “essência subjetiva que constrói o significado e o sentido do comportamento humano” (p. 33).

Weber, representando a Sociologia Compreensiva, considera o fato social como uma dimensão subjetiva. Assim, o conhecimento é definido pela singularidade individual subjetivamente voltada para um “outro”.

Percebe-se aqui uma nítida diferença entre as perspectivas de Durkheim e Weber no que se refere às representações sociais: enquanto o primeiro enfatiza a determinação coercitiva das leis sociais sobre o indivíduo, o segundo valoriza a dimensão subjetiva do conhecimento da realidade social.

Dando continuidade às perspectivas de Dilthey e Weber, Schutz, através da fenomenologia, refere-se às representações sociais usando o termo “senso comum”. Para ele, tanto o conhecimento científico como o senso comum são fatos interpretados a partir da experiência vivida no cotidiano. Assim, as representações sociais são a maneira de cada pessoa interpretar, agir e atribuir significado às ações a partir de sua história de vida e experiências cotidianas.

Constata-se, dessa maneira, que essa perspectiva busca ressaltar os aspectos subjetivos e individuais na construção da realidade social.

Com a Antropologia Moderna, o positivismo não é negado, mas acrescenta-se “uma perspectiva subjetiva que se projeta na profundidade, no sentido e no significado do fato” (QUEIROZ, 2003, p. 40).

Apesar das grandes contribuições de Malinowsky – pioneiro dessa abordagem – no que se refere à perspectiva de totalidade do fato psicológico e social, além da compreensão de que o fato social somente tem sentido dentro de um contexto cultural que o configura, sua postura teórica ainda é considerada “totalitária e rígida, incapaz de lidar com mudança, conflito e criatividade individual e grupal” (QUEIROZ, 2003, p. 42).

A abertura teórica e a inserção do indivíduo e da dimensão cotidiana do fato social e psicológico surgiram, de acordo com QUEIROZ (2003), com a Antropologia Social britânica, através dos trabalhos de Gluckman e Turner, e a Antropologia Cultural norte-americana, por meio de Garfinkel e Goffman.

Dentro dessa perspectiva, considera-se que o indivíduo tem uma relativa autonomia. As representações sociais não são apenas reflexos da estrutura social, sendo o contexto social fundamental na configuração dessa representação.

Por fim, a dialética marxista considera que as representações, as idéias e os pensamentos são conteúdos da consciência e que esta é determinada pelo modo de vida dos indivíduos, que está relacionado ao modo de produção de sua vida material. Ou seja, não é a consciência que determina a vida, mas sim a vida que determina a consciência (MARX e ENGELS, 1980, p.26).

Apesar dessa determinação da vida material sobre as idéias e representações, existe uma relação dialética entre homem e realidade objetiva, de maneira que um interfere no outro, constituindo-se e construindo-se um ao outro.

Dois outros autores trabalharam com o conceito de representação social do ponto de vista marxista: Gramsci e Lukács. Para Lukács, as representações (ou “visões de mundo”) são o “aspecto concreto do fenômeno da “consciência coletiva” ” (MINAYO, 2000, p. 170). Para Gramsci, as representações (ou “senso comum”) tem, ao mesmo tempo, um caráter conformista e um potencial transformador, uma vez que se caracterizam pelas condições concretas de um determinado grupo em um momento histórico.

Concluindo essas diferentes perspectivas adotadas sobre o tema representação social, pode-se afirmar, nas palavras de MINAYO (2000), que:

Enquanto para Durkheim as representações sociais exercem coerção sobre os indivíduos e a sociedade, para Weber os indivíduos é que são portadores de valores e de cultura que informam a ação social dos grupos [...] Se para Durkheim a coerção das representações é de tal monta que a sociedade é a “síntese das consciências”, Marx admite o papel liberador da consciência de classe, como motor da mudança no interior das contradições que atravessam a sociedade capitalista (p.173).

Para discorrer sobre os conceitos de representação social e consciência na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica, torna-se necessário descrever resumidamente os pressupostos teórico-filosóficos dessa abordagem, tendo em vista a sua melhor caracterização e compreensão.

A psicologia sócio-histórica tem sua origem na psicologia soviética com Vigotski e representa, como discutido anteriormente, uma tentativa de superação do positivismo e das psicologias da época, buscando uma nova concepção sobre a natureza do psiquismo e suas determinações.

Para VYGOSTKY (1994) “o desenvolvimento psicológico dos homens é parte do desenvolvimento histórico geral de nossa espécie” (p.80). Isso porque

Devemos considerar a consciência (o psiquismo) no seu devir e no seu desenvolvimento, na sua dependência essencial do modo de vida, que é determinado pelas relações sociais existentes e pelo lugar que o indivíduo considerado ocupa nestas relações. Assim, devemos considerar o desenvolvimento do psiquismo humano como um processo de transformações qualitativas [...] A consciência humana transforma-se igualmente de maneira qualitativa no decurso do desenvolvimento histórico e social (LEONTIEV, 1978b, p.89).

Essa abordagem é fundamentada no método materialista histórico e dialético. Materialista porque entende o modo de produção da vida material como sendo determinante para o desenvolvimento humano e da sociedade. Por outro lado, de acordo com a abordagem dialética, assim como a natureza influencia o homem, este age sobre a natureza. Na perspectiva dialética, a contradição é a base para a transformação da realidade. Esse processo de mudança e de movimento da relação homem – natureza, por sua vez, caracteriza o processo histórico; ou seja, “estudar alguma coisa historicamente significa estudá-la no processo de mudança: esse é o requisito básico do método dialético” (VYGOTSKY, 1994, p.85-6).

De acordo com essa abordagem, “as modificações biológicas hereditárias não determinam o desenvolvimento socio-histórico do homem e da humanidade” (LEONTIEV, 1978b, p.264). Ou seja, o aparato e as funções biológicas dão condições para o

desenvolvimento humano, mas por si só não garantem a apropriação da cultura e o desenvolvimento das funções psíquicas superiores (funções tipicamente humanas como, por exemplo, a linguagem, o pensamento, a atenção, percepção, memória, imaginação). LEONTIEV (1978b) explica que

o homem não nasce dotado das aquisições históricas da humanidade. Resultando estas do desenvolvimento das gerações humanas, não são incorporadas nem nele, nem nas suas disposições naturais, mas no mundo que o rodeia, nas grandes obras da cultura humana. Só apropriando-se delas no decurso da sua vida ele adquire propriedades e faculdades verdadeiramente humanas (p.282-3).

Por isso, LEONTIEV (1978b) afirma que “a criança, no momento do seu nascimento, não passa de um candidato à humanidade, mas não a pode alcançar no isolamento: deve *aprender* a ser um homem na relação com os outros homens” (p.238-9).

Dessa maneira, o desenvolvimento humano é compreendido como uma construção histórica e social, ou seja, o desenvolvimento do homem dá-se ao longo de sua vida a partir de sua intervenção no meio (atividade) e da relação com outros homens. Através da atividade e das relações sociais, o homem apropria-se da realidade externa que foi construída ao longo do desenvolvimento humano, transformando-a.

No entanto, essa apreensão do mundo externo não acontece passivamente como mero reflexo do meio. A constituição do fenômeno psicológico se faz numa relação dialética com o mundo social, isto é, ao mesmo tempo em que a natureza age sobre o homem, este, por sua vez, age sobre a natureza, criando “novas condições naturais para sua existência” (VYGOTSKY, 1994, p.80).

Quando o homem desenvolve uma atividade, ele não se apropria automaticamente de seus conteúdos. Existe um significado (externo) que quando é internalizado transforma-se num instrumento subjetivo da relação do indivíduo consigo mesmo. E assim, o significado externo adquire um sentido pessoal para o indivíduo. Em outras palavras: os conteúdos externos presentes na realidade objetiva têm significados construídos socialmente por outras gerações, outros homens; através da atividade e das

relações sociais que estabelece com o meio, o indivíduo internaliza esses conteúdos e significados a partir de sua própria experiência e história de apropriações (ou seja, sua subjetividade); o conteúdo que tinha um significado externo passa por uma mediação psíquica e adquire um sentido pessoal, singular, único para cada pessoa.

Como afirma LANE (1994), “os significados produzidos historicamente pelo grupo social adquirem, no âmbito do indivíduo, um “sentido pessoal”, ou seja, a palavra se relaciona com a realidade, com a própria vida e com os motivos de cada indivíduo” (p. 34).

Além da *significação* e do *sentido pessoal*, compõe a consciência o *conteúdo sensível*. Esse último caracteriza-se pelas sensações, imagens e representações que, por sua vez, criam a “base e as condições de toda a consciência”. Em outras palavras, é aquilo que se apresenta à consciência, é o seu “tecido material”. No entanto, esse conteúdo é imediato, “ele é aquilo que cria directamente <<a transformação da energia do estímulo exterior em facto de consciência>>.” Nesse sentido, “não exprime em si toda a especificidade da consciência” (LEONTIEV, 1978b, p. 99).

A consciência, portanto, é definida por LEONTIEV (1978b) como sendo “o reflexo da realidade, refractada através do prisma das significações e dos conceitos lingüísticos, elaborados socialmente” (p.88).

Dessa maneira, pensar em consciência implica pensar no modo de vida, na evolução e existência humana; nas condições sociais e históricas que se formam e constituem as relações vitais do homem; além das estruturas que envolvem essas relações e no modo como a atividade influencia o desenvolvimento e a transformação da consciência.

Para se ter o conhecimento concreto da consciência, utiliza-se as representações sociais que são as expressões mais imediatas de seus conteúdos. Ou seja, a representação social constitui-se num “dato empírico do qual se parte para uma análise dialética, que permite conhecer concretamente a consciência, a atividade e a identidade de sujeitos situados social e historicamente” (LANE, 1995b, p. 68).

Importante ressaltar que a consciência está em constante (trans) formação a partir do contexto sócio-histórico em que a pessoa está inserida. Portanto, a representação social enquanto expressão empírica da consciência retrata um momento desse processo que necessariamente está relacionada à situação que a envolve.

Essa relação dialética indivíduo – sociedade ou particular – universal é explicitada por LANE (2002):

Uma pessoa é a síntese do particular e do universal, ou seja, sua individualidade se constitui, necessariamente, na relação objetiva com o seu meio físico, geográfico, histórico e social que irão, através de suas ações, desenvolver o psiquismo humano.

[...]

Indivíduo e sociedade são inseparáveis, segundo a dialética, pois o particular contém em si o universal; deste modo, se desejamos conhecer cientificamente o ser humano, é necessário considerá-lo dentro do contexto histórico, inserido em um processo constante de subjetivação/objetivação (p.12).

Assim, considera-se fundamental o estudo das representações sociais como ponto de partida para a análise da consciência, tendo em vista a compreensão da subjetividade em sua totalidade, a partir de seu movimento, contradições e historicidade.

A partir desse referencial de consciência e representação social foram analisadas as concepções de morte dos profissionais da saúde que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva.

Caracterização do local

Em funcionamento desde novembro de 2002, o hospital onde foi realizada esta pesquisa conta com quatro Unidades de Terapia Intensiva: UTI adulto, UTI pediátrica, UTI coronariana e UTI queimados. Nas duas primeiras, existem 11 leitos disponíveis, na UTI coronariana nove leitos e na UTI queimados, quatro. Para o desenvolvimento desta pesquisa, escolheu-se a Unidade de Terapia Intensiva (adulto).

Essa unidade teve seu funcionamento iniciado em maio de 2003. Possui 11 leitos, incluindo um isolamento. Possui cinco salas no interior da unidade (sala de equipamentos, sala de repouso, copa, expurgo e Central de Armazenamento de Materiais –

CAM), além do vestiário e da sala de Depósito de Materiais de Limpeza - DML no hall de entrada.

Foi constatado através das entrevistas que a estrutura física da unidade é avaliada positivamente por todos os participantes dessa pesquisa.

“Estou encantada! É um sonho! É uma literatura que você está vendo na realidade. Não imaginava que fosse encontrar um hospital como esse, uma UTI como essa, com essa estrutura, com essas condições de trabalho. Isso cativa muito, incentiva a gente a fazer um bom trabalho” E6

É um hospital estadual localizado numa cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo, atendendo exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

População

Os profissionais que estão diretamente vinculados a essas unidades são: médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, além de um oficial administrativo.

Atualmente, o quadro de profissionais da Unidade de Terapia Intensiva adulto é composto da seguinte maneira:

Quadro 1- Quadro de funcionários da UTI adulto

Profissionais	Quantidade	Formação profissional	Sexo	
			Fem	Mas
Médicos	9	Superior	4	5
Enfermeiros	8	Superior	7	1
Auxiliar de enfermagem	10	Curso técnico	6	4
Técnico de enfermagem	14	Curso técnico	12	2
Oficial Adm.	1	Ensino Médio	1	-
TOTAL	42		30	12

Além desses profissionais que ficam alocados na unidade, profissionais de fisioterapia, psicologia, nutrição e serviço social que atendem a todo hospital também desenvolvem suas atividades na unidade.

Os critérios de inclusão para a participação nessa pesquisa foram: atuar como profissional da saúde na UTI adulto, sendo contratado para desenvolver sua atividade num determinado período naquele local, ter nível superior⁵ e aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: atuar como profissional da saúde na UTI infantil, UTI coronariana ou UTI queimados, não ter nível superior e não aceitar participar da pesquisa.

Para que a amostragem possibilitasse abranger a totalidade do problema investigado, foi necessário que pelo menos um profissional de cada função e de cada gênero participasse. Ou seja, um médico, uma médica, um enfermeiro e uma enfermeira. Caso isso não ocorresse, seriam convidados a participar da pesquisa profissionais vinculados a outras unidades de terapia intensiva, o que não foi necessário.

Do total de oito enfermeiros, apenas uma não participou. Ela aceitou participar da entrevista, mas não se conseguiu um horário comum entre pesquisadora e profissional no mês de Janeiro. Em fevereiro, a funcionária tirou férias. Como o período estabelecido para a coleta de dados foram os meses de Janeiro e Fevereiro, não foi possível entrevistá-la.

Em relação aos médicos, estavam vinculados à unidade nove profissionais no início da pesquisa. Todos foram convidados. Praticamente todos eles concordaram em participar no momento do convite. Apenas uma médica preferiu pensar e dar a resposta posteriormente. Uma semana após o convite, sua secretária entrou em contato por telefone dizendo que ela não participaria. Dois outros médicos trocaram de horário com outro profissional no dia em que a entrevista estava agendada, ficando a pesquisadora sabendo da alteração quando chegou na unidade. Com um deles, o convite foi refeito e este decidiu não participar. O outro não foi localizado novamente no período estabelecido para a coleta de dados. Como ele tem apenas um plantão quinzenal na unidade no período noturno e a entrevista já tinha sido agendada para o final de fevereiro em função da sua disponibilidade, não foi possível realizar o convite novamente.

⁵ O uso desse critério está relacionado a um dos objetivos da pesquisa: o de investigar a influência da formação superior na concepção de morte do profissional.

Coleta de dados

Após a aprovação deste projeto no Conselho de Ética da Faculdade de Ciências Médicas (FCM - Unicamp), os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, que consistia em fornecer uma entrevista que seria gravada em fita K7. Informou-se nesse momento o tema da pesquisa, para que os profissionais pudessem tomar a decisão de participar ou não da atividade.

A diretoria do hospital autorizou que as entrevistas fossem agendadas no horário de trabalho do profissional, desde que não atrapalhasse o funcionamento da unidade. Conforme a disponibilidade da pesquisadora e dos participantes foram agendadas as entrevistas individualmente com cada um que aceitou participar.

O período de coleta de dados aconteceu de janeiro a fevereiro de 2004, em diferentes dias e horários, inclusive aos finais de semana e final da noite (23 horas). Considerando as características da unidade, muitas entrevistas foram canceladas e remarçadas assim que a entrevistadora chegava ao local e deparava com alguma emergência ou imprevisto.

As entrevistas foram realizadas na própria unidade, para que o profissional estivesse num local de fácil acesso caso tivesse que atender alguma emergência, o que aconteceu em algumas entrevistas. A maioria delas foi realizada na sala de repouso dos médicos. No período noturno, utilizou-se a copa e a sala de espera da unidade para a realização das entrevistas.

Inicialmente, a pesquisadora entregava o Termo de Consentimento (Anexo I) para que o profissional pudesse ler e preencher os dados em caso de concordância. Foi enfatizada a possibilidade de interromper a entrevista em qualquer momento, tendo em vista que algumas questões, devido à natureza da pesquisa, poderiam causar constrangimento. Além disso, foi estabelecido o compromisso com os participantes do acesso à pesquisa, caso tivessem interesse.

As questões da entrevista semi-estruturada estão em anexo (Anexo II).

Organização e análise de dados

Através de análise qualitativa foi realizada a análise de conteúdo das entrevistas.

O eixo temático deste trabalho foi constituído pelas categorias psicossociais representação social e consciência.

Após a transcrição das entrevistas, o procedimento de análise seguiu os passos:

- leituras flutuantes do material coletado;
- definição e categorização das unidades de análises;
- análise e articulação com variáveis psicossociais, contexto cultural e organizacional;
- identificação de elementos que dificultam o desenvolvimento da atividade ou que geram insatisfação no trabalhador e que possam nortear o planejamento de futuros projetos e atividades relacionadas ao tema.

Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

O critério para encerrar a pesquisa foi a finalização da coleta de dados com todos os profissionais que aceitaram participar da entrevista, considerando a amostragem mínima de um profissional de cada função e de cada gênero ou a saturação de informação também levando em conta a amostragem mínima.

Aspectos éticos

Inicialmente, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Conselho de Ética da Faculdade de Ciências Médicas (FCM).

Em seguida, os profissionais da saúde vinculados à Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Estadual Bauru foram convidados a participar da pesquisa.

Com base na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), esta pesquisa buscou atender os padrões éticos e científicos fundamentais.

Sabe-se que qualquer pesquisa envolvendo seres humanos pode provocar prejuízos e danos ao indivíduo e/ou coletividade.

Como o tema central dessa pesquisa está relacionado a questões existenciais profundas, escondidas e negadas pelo homem ocidental, a coleta de dados poderia provocar algum desconforto e/ou sofrimento psicossocial aos sujeitos de pesquisa.

A possibilidade de risco ou prejuízo psicossocial justificou-se pela importância da pesquisa em beneficiar a população, gerando conhecimento sobre o tema “morte” para que se pudesse entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos.

Alguns cuidados foram tomados para que prejuízos sejam evitados:

- 1) O desenvolvimento da pesquisa com indivíduos com autonomia plena;
- 2) O tratamento com dignidade e respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos sujeitos de pesquisa;
- 3) A utilização do consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa;
- 4) A ponderação entre riscos e benefícios, visando o máximo de benefícios e o mínimo de riscos, considerando a relevância social da pesquisa;
- 5) A utilização de metodologia adequada, assegurando a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico - financeiro;
- 6) A suspensão da coleta de dados (entrevista) caso ela esteja provocando algum dano em algum participante;

- 7) A garantia de acompanhamento, tratamento ou orientação, caso algum prejuízo aconteça em decorrência da participação do sujeito nessa pesquisa;
- 8) A comunicação e a garantia de retorno dos resultados obtidos através dessa pesquisa às pessoas e à instituição onde será realizada, além da comunidade científica.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, será feita inicialmente uma caracterização dos participantes e, em seguida, a análise dos dados que tem como fundamentação teórica a abordagem sócio-histórica.

Os participantes serão apresentados por letras (E: enfermeiro ou enfermeira; M: médico ou médica) e números (atribuídos aleatoriamente).

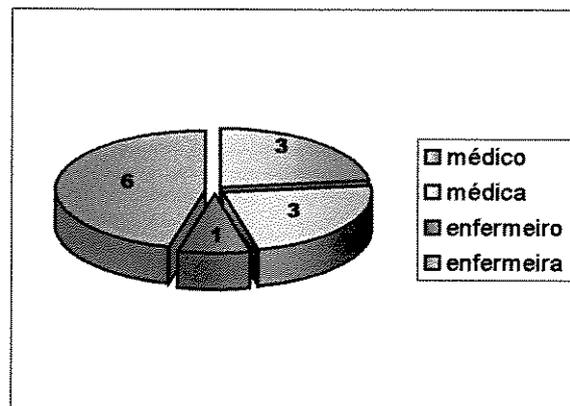
Abaixo temos o quadro de caracterização dos participantes:

Quadro 2- Caracterização dos participantes

Identificação	Sexo	Idade (anos)	Tempo de serviço na profissão	Tempo de serviço no hospital
E1	F	32	1 ano	8 meses
E2	M	38	10 anos	8 meses
E3	F	24	1 ano e meio	7 meses
E4	F	29	5 anos	5 meses
E5	F	29	2 anos	8 meses
E6	F	36	5 anos	8 meses
E7	F	31	2 anos	6 meses
M1	F	27	3 anos	8 meses
M2	M	48	22 anos	6 meses
M3	F	33	6 anos	8 meses
M4	F	30	3 anos	8 meses
M5	M	48	19 anos	8 meses
M6	M	27	3 anos	8 meses

Em investigação sobre o retrato da profissão médica na realidade brasileira, MACHADO et al. (1997) encontra que o contingente feminino representa quase metade do total de profissionais médicos no país. Da mesma maneira, nesta pesquisa, o número de médicos e médicas equipara-se: três homens e três mulheres.

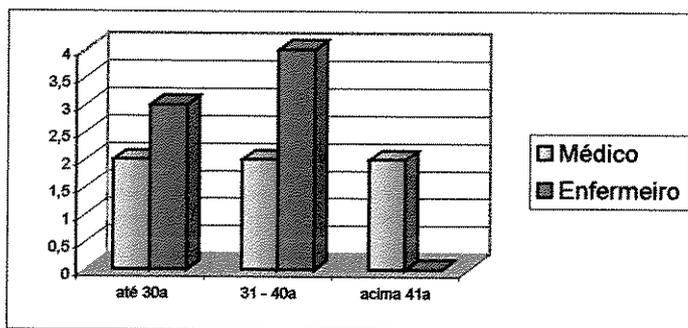
Já no caso da enfermagem, existe uma grande diferença - seis mulheres e um homem - que deve ser analisada historicamente.



De acordo com BORSOI e CODO (1995) a origem da enfermagem está associada ao trabalho doméstico. Na verdade, os autores consideram que a atividade foi atribuída às mulheres justamente por ser uma função semelhante à que realizava no ambiente doméstico de maneira afetuosa e delicada: o cuidado e a proteção dos filhos.

Nesse sentido, há grande prevalência do sexo feminino na profissão. De acordo com dados estatísticos de 2003, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dos 98.212 enfermeiros inscritos, apenas 7.660 são do sexo masculino, ou seja, 7,8 %.

A idade dos participantes encontra-se entre 24 e 48 anos, sendo a média de 33,2 anos. Até 30 anos completos, temos cinco profissionais (três enfermeiros e dois médicos); entre 31 e 40 anos, seis profissionais (quatro enfermeiros e dois médicos); e acima de 41 anos, dois médicos.



Esses dados reafirmam a conclusão de rejuvenescimento da força de trabalho na saúde apontada por MACHADO et al. (1997) em que a maioria dos profissionais médicos do Brasil tem idade inferior a 45 anos.

Justamente por isso, o tempo de serviço na profissão entre os participantes dessa pesquisa é relativamente pequeno. A maioria exerce sua atividade entre um e três anos (sete profissionais) e apenas três profissionais estão nas atuais atividades há mais de dez anos.

No hospital no qual foi realizada a pesquisa, a maioria (oito profissionais) está vinculada à UTI adulto desde a sua inauguração, há oito meses, que aconteceu em maio de 2003.

A religião predominante é a católica (nove profissionais). Além desses, dois referiram terem sido educados na religião católica, mas simpatizarem com o espiritismo. Outras religiões citadas foram: o espiritismo e a evangélica.

A maioria dos profissionais fez ou está fazendo pós-graduação (residência, especialização ou mestrado).

A carga horária dos enfermeiros é de 40 horas semanais. Em período diurno os enfermeiros cumprem 6 horas e 42 minutos por dia; no período noturno, trabalham 12 horas e folgam 36. A coordenadora de enfermagem trabalha 8 horas diárias de segunda a sexta-feira e, eventualmente, faz plantões aos finais de semana.

Já os médicos dividem-se em diaristas e plantonistas. Os diaristas trabalham pelo menos três vezes por semana durante seis horas. Os outros plantonistas trabalham no período noturno e/ou aos finais de semana.

Embora não tenha sido perguntado, constata-se que a maioria dos profissionais está vinculada a mais de um local de trabalho. Apenas E1 e E5 trabalham exclusivamente nessa instituição. Alguns profissionais estão vinculados a mais de dois locais de trabalho. Um médico, por exemplo, trabalha em quatro locais, exercendo inclusive diferentes especialidades e funções.

“Eu vivo para trabalhar. Eu trabalho mais de 100 horas por semana [...] Só de plantão fixo eu tenho 12 na sexta, 12 na quarta, 12 com 12 são 24, com 24 do domingo são 48, com seis na sexta-feira a tarde são 54, com mais seis porque eu faço 12 a cada 15 dias, dá seis por semana, são 60 horas de plantão fixo. Fora [a outra especialidade] e [os outros dois locais de trabalho]”.

Concepção de morte

Assim como já foi apresentado no capítulo 4, o método de análise utilizado nesta pesquisa é o método explicativo de Vigotski, cujo referencial teórico é o da abordagem sócio-histórica.

O objetivo desta pesquisa foi investigar a concepção de morte dos profissionais da saúde que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva.

Antes de analisar essa concepção, é preciso analisar a atividade desenvolvida por esses profissionais e as condições sociais e históricas na qual se formaram e formam a concepção de morte. Isso porque a representação social como elemento para o estudo da consciência está diretamente relacionada, nesta perspectiva, ao contexto sócio-histórico e ao desenvolvimento da atividade.

De acordo com os participantes dessa pesquisa, a atividade do médico na UTI consiste em: fazer internação do paciente; examinar e realizar conduta médica de acordo com cada caso; prescrever medicação; atender intercorrências e conversar com familiares. Ressalta-se que, embora no decorrer da entrevista todos os profissionais tenham citado a

interação do médico com a família, apenas M6 descreveu como uma das atividades do médico a comunicação com os familiares. Os enfermeiros relataram que suas atividades são: realizar diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem; assistir ao paciente e à família; fazer atendimento de urgência e emergência; além de supervisionar equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem). Vale enfatizar que a supervisão tem sido uma das principais atividades do enfermeiro, atualmente.

A atividade é a maneira do ser humano relacionar-se com o mundo objetivo. Nessa relação, acontece o processo de objetivação e subjetivação; ou seja, a partir da atividade, ocorre uma externalização (objetivação) da subjetividade humana e uma apropriação (subjetivação) da situação objetiva. Em outras palavras, ao mesmo tempo que o homem atua sobre a realidade, transformando-a, é afetado e constituído por ela.

De acordo com LEONTIEV (1978a) a atividade é a base real da personalidade. Isso significa que é a partir do desenvolvimento da atividade que é construída e reconstruída a personalidade do indivíduo.

Diferentemente da atividade animal que é orientada por uma necessidade biológica, a atividade humana é caracterizada pela produção dos meios de satisfação das necessidades que vão além das necessidades biológicas; envolve as necessidades relacionadas à produção material da vida humana (DUARTE, 2004).

Além disso, um aspecto diferencial da atividade humana é que ela pressupõe uma intencionalidade. Isso significa que antes de iniciar a atividade, o homem elabora, planeja e antecipa mentalmente o produto final da atividade.

No caso dos profissionais da saúde, a atividade é caracterizada pelo cuidado do outro. Assim como outras atividades desenvolvidas dentro do sistema capitalista, essa é uma atividade alienada¹. O cuidado do outro foi fragmentado entre as diversas especialidades. Cada qual especializou-se e tornou-se “executor” de uma função específica; não tem consciência do paciente como um todo e muito menos do produto final de sua atividade.

¹ A alienação é o processo pelo qual a atividade desenvolvida pelo indivíduo torna-se independente do seu resultado. O produto final da atividade torna-se algo estranho ao próprio trabalhador, constituindo-se numa força independente e comandando a vida das pessoas sem que elas tenham controle sobre a atividade (MONTERO, 1991).

Assim, “os trabalhadores transformam-se em força de trabalho a ser objetivada e comprada de acordo com a demanda da função e, por decorrência, o trabalho de cuidar adquire o caráter de mercadoria” (BORSOI e CODO, 1995, p.141).

Como consequência desse processo de alienação, há uma dissociação entre o significado e o sentido da ação:

A <<alienação>> da vida do homem tem por consequência a discordância entre o resultado objectivo da actividade humana e o seu motivo. Dito por outras palavras, o conteúdo objectivo da actividade não concorda agora com o seu conteúdo subjetivo, isto é, com aquilo que ela é para o próprio homem (LEONTIEV, 1978b, p. 122).

Dessa maneira, o sentido do trabalho na sociedade capitalista é determinado pelo quanto se recebe e não pelo que se produz.

Com base nesse referencial teórico, discutiremos a concepção de morte e a atuação dos profissionais da saúde em unidade de terapia intensiva, tendo em vista a identificação de aspectos que dificultam o desenvolvimento dessa atividade ou que geram insatisfação no trabalhador.

A análise será realizada com base principalmente nos relatos dos participantes. Considerando que a pesquisadora é psicóloga no local em que esta coleta de dados foi feita, inevitavelmente algumas observações foram realizadas no campo de pesquisa e podem influenciar a análise - embora a observação não tenha sido um instrumento de coleta de dados.

De acordo com o método de análise proposto por Vigotski, a totalidade deve ser decomposta em unidade (e não decomposta em elementos, como propõe outras teorias). Essa unidade, por sua vez, deve conter as propriedades da totalidade. Nas palavras do autor, a unidade “goza de todas as propriedades fundamentais características do conjunto e constitui uma parte viva e indivisível da totalidade” (VYGOTSKI, 2001, p.19).

Considerando o objeto de estudo dessa pesquisa (a concepção de morte), qual a unidade de análise que contém todas as propriedades desse complexo fenômeno?

Em seguida, selecionamos alguns trechos dos relatos dos participantes quando se referem à concepção de morte:

“Ai, a morte! Complicado né? É uma coisa desconhecida né? Então a gente evita falar um pouco da morte, mas eu acho assim, que a morte depende do ponto de vista. Têm pessoas que sofrem tanto que de repente a morte não é uma coisa assim... [...] Eu acho que a morte é uma consequência natural [...] É difícil encarar como natural, mas ela é um processo natural da vida

[...]

Desde que nós nascemos nós estamos morrendo. Só que ninguém encara isso naturalmente” E1

“É bem complicado falar sobre a morte. Igual a gente sempre comenta, né? [...] hoje você está aqui, amanhã você já não está mais... Então por mais que a gente fale ‘ Ah! É fácil’ Não é! Eu não acho fácil. Talvez pelo medo de não saber o que tem depois disso. Ai tem uma hora que você fala assim: ‘ Ah! Mas nunca mais. Você morre e acabou?’ Então até pela religião a gente sabe que não é isso. Mas, no fundo no fundo, você sempre fica com uma duvidazinha. Então eu não encaro com tanta tranquilidade. Eu sinto principalmente a família... No início é difícil aceitar [...] Dá aquela sensação de impotência, sabe?” E5

“Tristeza, separação, saudade” E6

“Perda! Perda! É ... medo da morte eu tenho, não da morte dos outros, né? tenho medo da morte minha e da minha filha, né?” M3

“É... é extremamente complicado. Eu não sei dizer pra você o significado da morte, eu realmente não sei [...] Pra mim a morte é o término das funções vitais, das funções encefálicas de um doente, essa é a morte técnica e acabou, mas ela é muito mais abrangente do que isso, porque você tem que levar em consideração a parte emocional, familiar, é tudo que envolve, porque falar tecnicamente da morte é extremamente fácil, a gente consegue definir na parte técnica, mas na parte... é.. na parte filosófica da palavra eu não tenho definição, sinceramente, eu não sei dizer

[...]

Pra mim, a morte é o fim da vida e assim, em alguns casos é, assim, um fracasso da minha parte” M5

“Acho que em alguns casos a morte, na verdade, é um alívio para a pessoa que deixa de sofrer, para família que fica sofrendo porque lembra da pessoa no momento bom, né? [...] Então, assim, eu encaro a morte como uma passagem mesmo para uma coisa melhor apesar de a gente tentar o máximo deixar os pacientes aqui, né?”

[...]

Quando morre alguém que você não teve nenhum relacionamento, vem muito mais a parte da frustração [...] Quando vêm os familiares e você conversa, tudo, [...] outras pessoas sofrendo por causa disso [...] a morte abala, com certeza abala mais. Não tem só frustração, você fica triste, chateado” M6

Percebe-se nesses relatos que vários aspectos em relação à concepção de morte são apontados:

- Morte como processo natural;
- Dúvida sobre o que vem depois da morte;
- Impotência, fracasso do profissional diante da morte;
- Morte como perda; separação; saudade;
- Medo da morte;
- Morte como algo triste;
- Morte como término das funções vitais (aspecto técnico da morte);
- Morte como fim da vida;
- Morte como um alívio para quem estava sofrendo.

Na aparência do fenômeno ou na representação mais imediata, verifica-se a dificuldade dos participantes para falar sobre a morte.

Vários participantes iniciaram a resposta sobre “qual o significado da morte?” referindo-se à dificuldade de discorrer sobre o tema. Outros não verbalizaram, mas demonstraram através de sua resposta e comportamentos como é difícil falar sobre a morte.

Entre eles, podemos elencar o choro, olhos vermelhos e lagrimejando, voz trêmula, mãos frias, postura rígida e séria. Além disso, é possível que alguns profissionais da UTI não tenham participado da pesquisa justamente por essa dificuldade.

Será essa “dificuldade” a unidade de análise para a compreensão da concepção de morte?

Embora a dificuldade de falar sobre a morte esteja presente nos relatos dos profissionais, as propriedades fundamentais da concepção de morte não estão contidas na “dificuldade”.

A “dificuldade” pode ser um significado, uma representação, um conteúdo, mas não uma unidade que capta a totalidade. Daí a importância de, na análise do fenômeno, ir além da aparência, procurando captar sua essência.

A partir da leitura exaustiva das entrevistas, estudos e abstrações, identificou-se como unidade de análise para a concepção de morte a **finitude do ser humano**.

Finitude do ser humano está sendo entendida aqui como o fim da condição humana para determinado indivíduo, ou seja, o fim das suas funções encefálicas, sociais e psíquicas. Embora o critério para o diagnóstico de morte seja baseado no fim das funções encefálicas, vale ressaltar que a finitude do ser humano não se refere apenas ao aspecto biológico. Quando um indivíduo morre, cessam suas funções psíquicas e ele deixa de se relacionar socialmente. Por isso, quando nos referimos à finitude do ser humano, necessariamente estamos falando tanto dos aspectos biológicos, como dos aspectos psicossociais.

Essa unidade (finitude do ser humano) refere-se a uma generalização de um sistema dinâmico de significados sobre a concepção de morte dos profissionais da saúde que trabalham em UTI. Generalização porque, apesar de cada profissional apresentar sua concepção de morte – que não é única, nem tampouco imutável, por isso dinâmica – concentra todo um grupo de significados. Portanto, a “unidade é, no essencial, um reflexo generalizado da realidade” (VIGOTSKI, 2000, p.10).

Considerando a unidade “finitude do ser humano” para a concepção de morte, percebemos inicialmente o relato de alguns profissionais quando se referem à morte como algo natural ou como “*uma consequência da vida*” (M2).

“ [a morte] é uma consequência pra mim. Eu já tive muitos dramas de consciência de perder paciente. Hoje não. Hoje eu chego a conclusão que a morte é uma consequência da vida” M2

“Eu vejo a morte como uma coisa natural, mas para mim entendeu? [...] a minha eu acho normal, aceitaria numa boa a morte” E2

Essa concepção está relacionada, entre outros fatores, à maneira como a morte foi sendo-lhes ensinada ao longo da história de vida, seja no contexto profissional ou no contexto familiar:

“Então, minha mãe passava assim, no sentido de 'olha, ela vai com Deus agora, chegou a hora dela' [...] Então eu cresci pensando assim que nós temos que passar por isso, que a gente vai passar por isso, que a gente tem um tempo aqui na terra, que quando esse tempo terminar, a gente vai é... com Deus ou né?

Na infância é assim, já na adolescência eu sabia um pouco mais, esse conceito de céu e inferno, né?” E2

Entretanto, a morte é “*muito mais abrangente...*”, como afirma o próprio M5.

A representação mais imediata de morte como algo natural vai desvelando os sentidos pessoais que, apesar de não serem explícitos à primeira vista, anunciam que existem.

Para M2, a morte é natural desde que aconteça na “*ordem natural*”: o mais velho e depois o mais novo.

“Hoje em dia eu acho que eu não suportaria perder um filho. A mãe, o pai é uma coisa que eu sei que vai acontecer. Eu acho que a ordem natural é essa. Você perder o mais velho e não o mais novo” M2

Já E2, que inicialmente falou aceitar “*mima boa*” sua morte, revela, em seguida, que “*ninguém quer morrer. Eu acho que ninguém quer morrer*”.

Ou seja, embora na aparência o significado de morte esteja relacionado a um processo natural, quando se aprofunda na análise dos dados, percebe-se que a morte vai além de um processo natural: envolve perda (“*não suportaria perder um filho*” - M2) e negação da morte (“*ninguém quer morrer*” - E2).

Uma outra representação de morte está relacionada à concepção espiritual: morte como uma bênção, como uma passagem para a vida espiritual ou como um desejo de Deus.

Vários participantes têm seus significados de morte associados a concepção espiritual. Destacam-se alguns relatos:

“Às vezes, eu acho que é bênção a morte [...] Deus ou alguém está precisando dessa pessoa lá” M1

“Pra mim, morte é passagem ... uma evolução, você passa do plano físico pro plano espiritual [...] Eu acho que você tem que acreditar: nada acontece por acaso Ninguém morre porque simplesmente o organismo pára de funcionar e sim porque Deus quis [...] Então, eu acho que Deus chama a gente também pra próximo Dele” E3

Para entender essas significações, é preciso compreender o motivo que as originaram. Isso porque, segundo VIGOTSKI (2000),

para entender o discurso do outro, nunca é necessário entender apenas umas palavras; precisamos entender o seu pensamento. Mas é incompleta a compreensão do pensamento do interlocutor sem a compreensão do motivo que o levou a emití-lo (p.481).

Portanto, existem interesses, necessidades, afetos e emoções que, no campo da consciência, motivam pensamentos.

Quando E3 tinha 18 anos, sua mãe morreu.

“Foi uma coisa assim que desgastou psicologicamente, emocionalmente, financeiramente, socialmente a minha casa. Desestruturou minha família” E3

Com uma irmã que na época tinha 13 anos, E3 acreditava que tinha que “*ser forte*”, não podendo demonstrar sua fragilidade, para que pudesse dar apoio ao pai e à irmã.

O conforto para E3 veio através “*dessa parte de espiritualidade*” já que “*a morte da mãe também me deixou, assim, mais revol... não revoltada, mas fez com que eu pensasse de uma maneira diferente*”.

A palavra “revoltada” não é verbalizada completamente como afirmação do seu estado. Muito provavelmente, E3 seja “proibida” de verbalizar sua revolta pela doutrina religiosa, já que esta considera a morte como uma passagem, uma evolução, um chamado de Deus. E assim, como revoltar-se diante de um chamado de Deus?! Como ser contra uma evolução?!

Por outro lado, talvez não seja preciso completar a palavra “revoltada” para entender seu sentido.

Segundo VIGOTSKI (2000) o sentido é um fenômeno complexo, podendo destoar da palavra expressa ou ser fixado a uma outra palavra, por exemplo. Por isso, para captar o verdadeiro sentido é preciso compreender “a riqueza dos momentos existentes na consciência e relacionados àquilo expresso por uma determinada palavra” (p.466).

Logo após falar da “*revol...*”, E3 refere-se à desestruturação da família após a morte da mãe. Foi um momento de grande sofrimento e dor, precisando ainda assumir um papel que até então era da sua mãe. É claro que hoje ela avalia de maneira diferente (“*eu acho que adquiri muita responsabilidade*”, por exemplo). Mas, naquele momento, sentia revolta.

Vamos dizer então que E3 consegue esconder parcialmente sua “*revol...*”.

No entanto, as contradições relacionadas à concepção de morte como um chamado de Deus, ela não consegue esconder. A principal contradição é revelada quando E3 relata um erro médico que provocou a morte de uma jovem. Afinal, a morte é ou não é um chamado de Deus?!

"Então, isso, assim, sufoca um pouco, que a gente presencia às vezes muitas coisas erradas, que a gente sabe que a causa da morte muitas vezes... Deus, eu acho que nada acontece sem Ele, mas às vezes [o homem] antecipa algumas coisas, né?" E3

Neste trecho, E3 relata que na atividade profissional vê *"muitas coisas erradas"*. Quando possivelmente ia falar que a morte pode ser ocasionada por erro médico, interrompe a fala e retoma o significado de que a morte é um chamado de Deus. Mas, se acontece um erro médico, como pode ser a morte um chamado de Deus?

Percebe-se que mesmo quando a morte é ocasionada por um erro médico, ainda assim ela é atribuída a uma causa divina. Isso pode estar relacionado a dois fatores: primeiramente, a cultura religiosa presente em nosso país; segundo, mas não menos importante, ao poderio médico diante da sociedade e da própria equipe profissional que se ausenta de questioná-lo e denunciá-lo. Se, por um lado, atribuir a morte a uma causa divina pode minimizar o sofrimento e a angústia de familiares e profissionais; por outro, enfraquece o questionamento de familiares sobre as atitudes médicas e, conseqüentemente, a reivindicação de melhores profissionais no campo da saúde.

No caso de M1, quando cursava o último ano de Medicina, seu avô faleceu. Era uma pessoa com quem tinha *"um contato muito grande"*. Ele teve câncer, metástase cerebral e, como conseqüência, delírios de perseguição:

"Ele teve um câncer de colo. Ficou mal, mas até que ele estava bem assim. Só que ele teve metástase cerebral e começou a ter delírios de perseguição [...] E aquilo estava sendo insuportável pra ele. Até que um dia ele acabou que... Ele colecionava armas e ele deu um tiro na cabeça dele mesmo. Então ele se suicidou e isso foi no ano da minha formatura" M1

M1 relata que o suicídio do avô foi um acontecimento que abalou a estrutura familiar. E assim, ela tinha que convencer a avó e a mãe que o suicídio do avô *"foi a melhor coisa que aconteceu"*. Isso porque:

"Era um homem ativo e que nem chegou a sentir dor por causa do câncer porque não deu tempo, né, então, foi... foi iluminado porque... ele não tinha pressão alta, não tinha nada, então ele ia se definhando por causa do câncer mesmo. Então ele não chegou num estado terminal que a gente sabe que é pavoroso, né, e... acho que

acelerou, sei lá, 6 meses, 1 ano a morte dele, uma coisa que seria totalmente inevitável de uma forma mais confortável, porque ele ia continuar sofrendo porque ele estava se sentindo perseguido, ia sentir dor, não ia mais poder comer porque estava obstruindo, ia ter que passar por outras cirurgias, então, de certa forma, eu tentei ao máximo convencer a minha avó de que isso foi a melhor coisa que aconteceu” M1

Por outro lado, “*a religião católica não vê isso [o suicídio] com bons olhos*”. Mesmo sendo católica, M1 precisava buscar uma explicação e uma maneira de enfrentar seu sentimento de culpa:

“Então, eu falei pra ela [avó] que eu achava que ele [avô] tinha sido iluminado por Deus pra fazer isso, que ele não fez isso... ele não está sendo castigado por isso. E teve que ser assim porque se você for pensar de outro jeito, se eu pensar de outro jeito, isso fica muito ruim porque eu tô longe de casa, ele já estava com ideiação suicida, eu sei o que é ideiação suicida, eu sei que tem que internar, eu sei que o psiquiatra tem que ver (ênfase ao falar “eu sei”). E eu não insisti nisso em nenhum momento, eu não percebi, entendeu? [...] Então, se eu for pensar de outro jeito, você se sente até culpado, assim, por não ter evitado outras coisas. A minha avó e a minha mãe a mesma coisa, né, porque saíram pra ir na feira naquele momento, porque não conferiu a caixinha [de armas], e assim por diante” M1

De acordo com KOVÁCS (1992a) o suicídio é uma das mortes mais difíceis de elaborar. Isso porque desperta um forte sentimento de culpa, uma sensação de abandono e impotência nas pessoas vinculadas.

Para M1, portanto, a concepção de morte como uma “bênção” parece ser uma maneira de “*conseguir entender o que é... encarar isso*”, a fim de minimizar seu sentimento de culpa diante da morte do avô.

Ou seja, referir-se à Deus ou a questões espirituais para explicar a morte parece ser, para esses profissionais, uma maneira de explicar aquilo que através da ciência não foi possível explicar ou não se quer aceitar. Além disso, é possível que essa concepção de morte seja uma maneira de minimizar o sentimento de culpa dos profissionais frente à morte do paciente ou, como prefere M2, uma maneira de dividir sua responsabilidade na assistência. Por fim, pode-se considerar essa concepção relacionada a um processo de alienação do profissional. Duas formas de alienação podem estar presentes nessa concepção: o sentimento de falta de poder (impotência) e o auto-estranhamento (crença na existência de outros poderes gerando passividade no indivíduo); ou seja, coloca-se num

plano externo a responsabilidade da própria atividade, perdendo o profissional o controle sobre ela.

Pensar que “foi Deus quem quis a morte” (E3, M1) ou “era a hora da morte” (E2, E4, M2, M4, M5) ou “a pessoa vai para um lugar melhor” (M1, M6) protege o profissional da angústia gerada pela percepção consciente da morte.

*“A gente sempre coloca Deus junto: [...] ‘Eu faço mas Você [Deus] resolve se vive ou não’
não sou eu” M2*

*“Eu acho que cada um tem a sua hora, por mais que seja jovem, seja velho, então, eu acredito em Deus.
Então, acho que tudo tem a sua hora, eu tenho a minha fé. Então, eu acho que eu levo isso muito bem
tranquilamente” M4*

“Então a gente tem que acreditar que tem alguém, tem alguém, assim, sabe? É a hora. A gente é obrigado a aceitar isso, sabe? Porque a gente não consegue vencer, então [você] fala: ‘pôxa, eu fiz tudo? Fiz.’ Você vai nos livros, você vai em tudo, tudo, fiz tudo. Então, alguém queria que ele fosse, era a hora. Aquele negócio de hora, aquele negócio, sabe? Que cumpriu o que tinha que cumprir na terra, sabe essas coisas todas? A gente parte pra esse lado, porque a gente não tem explicação, né?” M5

E é justamente nisso que consiste a alienação:

El individuo alienado oculta, niega, y suprime la relación social alienante, y al hacerlo se niega y se reprime a sí mismo, racionalizando (ideologizando), su situación, desplazando la agresión y desarrollando el sentimiento de culpa generado por la contradicción que no puede explicar y que se atribuye, con lo cual se autodestruye y se niega² (MONTERO, 1991, p.69).

² Traduzindo, temos que: o indivíduo alienado oculta, nega, e suprime a relação social alienante, e ao fazê-lo se nega e se reprime a si mesmo, racionalizando (ideologizando), sua situação, deslocando a agressão e desenvolvendo o sentimento de culpa, gerado pela contradição que não pode explicar e que se atribui, com o qual se autodestroe e se nega.

A superação dessa alienação torna-se possível “apenas à medida que os indivíduos puderem retomar para si o controle consciente das transformações das circunstâncias e de si mesmos”. Somente assim estarão a caminho do “pleno desenvolvimento da personalidade. (MARTINS, 2004, p.97-8).

Mesmo apelando para uma explicação espiritual para a morte, esses profissionais ainda não se sentem totalmente confortáveis e convencidos. Tem-se a contradição. O sentido da finitude do ser humano passa a ser de algo desconhecido.

“Eu não acho fácil [lidar com a morte]. Talvez pelo medo de não saber o que tem depois disso [...] No fundo, no fundo, você sempre fica com uma duvidazinha” E5

Essa explicação da morte através da concepção espiritual e o sentido de algo desconhecido podem estar relacionados, entre outros fatores, à religiosidade presente em nossa cultura e também à deficiência na formação profissional na área da saúde. Essa formação, em alguns casos, esconde a possibilidade de morte e coloca sempre como meta do tratamento a recuperação da saúde e a manutenção da vida do paciente.

“Todo mundo foi treinado pra salvar vidas e simplesmente fingir que não existe a morte” M2

“Nessa fase de faculdade, todo mundo tá te ensinando a vencer a morte. Ninguém fala que você tem que conviver com ela. Você aprende a conviver com ela na vida, trabalhando. Quando você sai da faculdade, você sai achando que você é o máximo, que você sabe tudo e que tudo você dá um jeito. Quando você começa trabalhar na vida, você começa a levar os tropeções, os tombos [...] Isso leva um certo tempo.

Talvez 20 anos...” M2

Os cursos de formação na área da saúde – principalmente os de enfermagem e medicina - caracterizam-se pela ênfase nos procedimentos técnicos em detrimento de uma formação humana (KOVÁCS, 2002; SOUZA e LEMONICA, 2003).

Todos os participantes dessa pesquisa avaliaram que tiveram uma boa formação teórico-técnica na graduação. Entretanto, a maioria revela não ter aprendido habilidades interpessoais, embora esta habilidade – juntamente com os conhecimentos teórico-técnicos - seja considerada necessária para o desenvolvimento da atividade. Apenas M2 e M3 citaram os conhecimentos teórico-técnicos como os únicos necessários para o desenvolvimento da atividade.

Algumas habilidades interpessoais citadas pelos participantes foram:

- Habilidades gerais envolvidas no relacionamento humano;
- Habilidades de comunicação;
- Habilidades empáticas.

Como as habilidades interpessoais não fizeram parte da formação profissional ou constituíram um conteúdo contra-hegemônico na perspectiva tecnicista do curso, os participantes acreditam que essas habilidades são inatas ou são desenvolvidas com a experiência profissional e/ou experiência de vida:

“...um pouco vem de você e o outro vem do ambiente que você trabalha” E3

“acho que isso se aprende na vida” E1

Alguns ressaltam que “*não tem outro jeito*” (M5) de se aprender tais habilidades.

Contrariando essa crença, DEL PRETTE e DEL PRETTE (1999), através de revisão bibliográfica, confirmam a existência de treinamentos de habilidades sociais no ensino superior e formação profissional, especialmente nas áreas em que a qualidade da atuação profissional depende da interação com o cliente.

Infelizmente, a educação médica oferece poucas oportunidades em relação ao desenvolvimento de habilidades interpessoais do futuro profissional (MELEIRO, 1999).

Por outro lado, alguns participantes enfatizaram que se “aprende” na faculdade a não se envolver com as pessoas e situações:

“A gente aprende na faculdade que a gente não pode se envolver. Isso eles batem bastante: não levar problemas para casa, né? Só que qualquer ser humano é frágil” E3

Percebe-se aqui uma certa incoerência no sistema de ensino: se a formação dos profissionais da saúde é basicamente técnica e não aborda algumas competências interpessoais fundamentais para o exercício profissional, como pode “ensinar” ou exigir comportamentos dos alunos relacionados a essas competências como o não envolvimento?!

Se, por um lado, envolver-se pode ter como significado “confundir, misturar”; por outro, pode significar “importar, cativar, cercar, comprometer” (FERREIRA, 1988, p.255).

Portanto, envolver-se não significa necessariamente “*levar problemas para casa*”, como caracteriza E3 quando se refere à orientação recebida na faculdade. Pode ser um significado, mas não abrange a totalidade. Outros comportamentos importantes para o profissional da saúde como, por exemplo, o comprometimento, pode ser um dos significados do envolvimento. Nesse sentido, será que o suporte técnico e emocional dos professores e supervisores não poderia contribuir para que o aluno se envolvesse sem que levasse problemas para casa? Mas, será que os professores e supervisores têm condições de oferecer esse suporte? Ou eles já dizem para não se envolver com o paciente justamente porque não têm conhecimento, habilidade e competência para lidar com as angústias e o “envolvimento” do aluno?

Em discussão sobre a formação do profissional de medicina, QUINTANA et al. (2002) afirma que a “aparente” falta de preparo do aluno para lidar com questões relacionadas à morte é, na verdade, uma forma de prepará-lo para o afastamento dos sentimentos (p.208).

Não se trata aqui de estar diante de uma pessoa que, por características individuais, não consegue ver o sofrimento alheio. O que de fato acontece é que estamos na presença de um ser humano que, diante dos perigos de um envolvimento que escaparia ao seu controle por não dispor das ferramentas adequadas para com ele lidar, lança mão dos únicos mecanismos de que dispõe: dissociar a doença daquele que a padece. Com efeito, o isolamento das emoções é a forma privilegiada que a medicina encontrou para fazer frente a essa armadilha da profissão médica, que é estar quotidianamente em contato com a morte, mas, contraditoriamente, não ser preparado para lidar com ela (QUINTANA et al., 2002, p.206).

Segundo ESSLINGER (2003) o “não envolvimento” cobrado da equipe provoca uma desumanização no atendimento de pacientes e familiares e gera um grande desgaste do profissional, uma vez que ele vivencia intenso sofrimento e é impossibilitado de compartilhar suas emoções ou até mesmo de senti-las.

Se o ensino de habilidades interpessoais é “*bastante negligenciado*” (M6), o que dizer do ensino sobre a morte e o morrer?!

De acordo com MELEIRO (1999) “o profissional da saúde está preparado para a cura, mas freqüentemente angustiado pela morte” (p.62).

HILL³ (1995) atesta que de 126 escolas norte-americanas de medicina, apenas cinco fornecem ensinamentos sobre a morte. No Brasil, não foi localizado esse tipo de dado.

Nessa pesquisa, os dois médicos com maior tempo de formação (M2 e M5) não tiveram disciplinas na grade curricular que abordavam a temática morte. A formação que eles tiveram sobre essa temática foi baseada nos modelos de professores e no sentido de combater a morte.

Já os profissionais que se formaram mais recentemente tiveram alguma formação sobre a morte. No entanto, na maioria dos casos é considerada insatisfatória, não conseguindo cumprir com seu objetivo de preparar o profissional para lidar com a morte.

Em revisão de literatura realizada por KOVÁCS (2002) sobre os cursos de tanatologia, a autora analisa que existe uma valorização dos aspectos objetivos e científicos nesses cursos; no entanto, não existe uma espaço para lidar com os sentimentos e emoções desencadeadas pelo tema, não se desenvolvem habilidades interpessoais de empatia e comunicação – principalmente a capacidade de escuta – que são de grande importância na relação profissional – paciente.

Além disso, verifica-se que a formação sobre a morte acontece em uma disciplina deslocada do curso e de sua filosofia de luta contra a morte.

“Sobre a morte assim, acho que... lembro que teve algum texto, alguma coisa, mas não me lembro assim profundamente. Acho que foi uma situação bem pontual assim no terceiro ano, vez ou outra. Do contrário, acho que... acaba tudo. Isso você nem ouve falar. É só matéria mesmo” M1

³ HILL, T. P. *apud* SIQUEIRA, J. E. Sobre a morte e o morrer: tecnologia ou humanismo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 49(1): 7, 2003.

Interessante notar o final do relato de M1: “*é só matéria mesmo*”.

Será que esse conteúdo sobre morte não é “matéria”? Ou será que não tem importância? Por outro lado, será que os docentes estão sabendo mostrar essa importância? E ainda, será que o paradigma cartesiano permite compreender a morte além do fragmentado conhecimento biológico?

Professores de psicologia médica do Brasil elaboraram no IV Encontro Nacional de Professores de Psicologia Médica realizado em Goiânia em 2004 a Carta de Goiânia em que são apresentadas propostas sobre o ensino desse campo de conhecimento. O objetivo da disciplina, de acordo com esse documento, é:

Contribuir, dentro do Curso médico, para a formação de um profissional ético, crítico e reflexivo, capacitado a identificar e saber lidar com a dimensão psicológica presente no relacionamento humano inerente ao processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção [...] numa perspectiva interdisciplinar e biopsicossocial, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CAMPOS, 2004b, sem página).

Além disso, o conteúdo deve contemplar, entre outros aspectos:

conhecimento das bases de estruturação da vida psíquica, da personalidade e compreensão e domínio dos aspectos psicológicos que permeiam as diversas fases do desenvolvimento humano desde a gestação, nascimento, crescimento, maturidade, envelhecimento e morte (grifos meus) (CAMPOS, 2004a, sem página).

Por outro lado, SIQUEIRA (2002) discute que mudanças curriculares no curso de medicina devem ser paradigmáticas e não programáticas: “o imprescindível são as transformações paradigmáticas, e não simplesmente remendos ou inserções de temas no programa ora vigente” (p.93).

Com base nessa formação, um dos significados de morte identificados nessa pesquisa está relacionado ao aspecto técnico da morte:

“a morte é o término das funções vitais, das funções encefálicas de um doente” M5

Percebe-se através do relato de M5 que a morte como finitude do ser humano é caracterizada aqui apenas do ponto de vista técnico / biológico. Embora ele tenha explicitado que a morte seja muito mais abrangente por envolver o aspecto emocional e familiar, essa definição da *“parte filosófica da palavra”* ele não tem.

Apenas dois enfermeiros relataram que a formação em relação à morte esteve presente em várias disciplinas e sentem-se satisfeitos com essa formação. Mesmo assim, um deles entende que uma das funções do profissional da saúde neste contexto de trabalho é *“não deixar [o paciente] morrer”* (E2).

Considerando esse significado sobre a função do profissional da saúde, torna-se compreensível que um dos sentidos de morte seja de fracasso e impotência do profissional:

“A morte é o fim da vida e assim, em alguns casos, é assim... um fracasso da minha parte” M5

O sentido de fracasso em relação à morte encontra explicação na formação profissional – como já foi discutido acima – e também nos motivos inconscientes que levam à escolha profissional.

O temor e a angústia em relação à morte gerados em nossa cultura são tão intensos que algumas pessoas escolhem como atividade profissional uma maneira de enfrentá-la.

“Porque eu tinha tanto medo [da morte], acho que o único jeito de coisas que você... quando você tem medo de alguma coisa, na minha opinião é você enfrentar essa coisa [...] Então eu tinha que enfrentar de alguma maneira. Quem sabe isso me levou a ser médico?!” M5

Estudos apontam a angústia da morte, em razão da exposição à doença e/ou morte durante a infância, como um dos motivos “inconscientes” para a escolha da medicina. Com isso, a pessoa, sem perceber, vai em busca daquilo que tanto teme: a morte (MELEIRO, 1999; BELLODI, 2001).

A escolha é motivada, assim, pelo temor e necessidade de vencer a morte – o que está relacionada às raízes históricas da medicina em que se atribui ao curador “poderes sobre-humanos, seja do ponto de vista da magia e da religião, seja do ponto de vista da nobreza e do prestígio da atividade” (BELLODI, 2001, p.33).

Verificam-se então duas questões problemáticas: primeiro, que a pessoa não recebe orientação e faz sua escolha profissional baseada em motivações fantasiosas; segundo, que a formação profissional, além de não desmistificar, intensifica tal fantasia, gerando grande frustração ao profissional.

Além desse, outros motivos que justificam a escolha pela medicina são: o desejo de ajudar as pessoas e ser útil à sociedade; o interesse pela biologia; a influência de outras pessoas (principalmente pais médicos); e a busca de uma boa remuneração e *status* (BELLODI, 2001).

Nesta pesquisa, os principais fatores que levaram a escolha da profissão foram:

- ❑ Conhecimento prévio da função através de cursos técnicos: E1, E2, E7 e M4;
- ❑ Interesse em ajudar, cuidar do próximo: E4, E6, M4;
- ❑ Convivência com doença e morte de familiar, o que desencadeou:
 - Interesse / gosto em ajudar / cuidar: E3 e M6;
 - Medo da morte e necessidade de enfrentar o medo: M5;
- ❑ Influência familiar:
 - outra pessoa da família exerce a profissão: E5 e M2;
 - desejo dos pais que um filho escolhesse aquela profissão: M3;
- ❑ Seguimento da regra / expectativa social: “alunos que vão bem na escola fazem medicina”: M1 e M3.

Esses dados revelam que, além dos motivos identificados pela literatura citada, temos dois fatores importantes que motivam a escolha da profissão: o conhecimento prévio da função através de cursos técnicos e, no caso da medicina, o seguimento da regra / expectativa social de que “alunos que vão bem na escola fazem medicina”.

Fazer uma escolha profissional baseada na influência familiar, expectativa social ou eventos da história pessoal sem que se tome consciência dessas influências pode acarretar graves problemas não apenas para o indivíduo que escolhe, mas também para a sociedade, na medida em que se coloca no mercado de trabalho um profissional insatisfeito e não comprometido com sua atividade.

Dá a importância do processo de orientação profissional no sentido de facilitar o conhecimento sobre a profissão, os interesses pessoais, os determinantes relacionados à escolha e o desenvolvimento da consciência crítica em relação ao trabalho e a sociedade atual.

Para ilustrar essa questão, será discutida a escolha profissional de M3.

Os principais motivos que a levaram a escolher Medicina foram: o desejo dos pais de que uma filha fosse médica e a “regra” de que “alunos que vão bem na escola fazem medicina”.

A partir do relato de M3 sobre ações que envolvem a atividade (por exemplo, o contato com familiares do paciente), percebe-se que, no momento da escolha, ela não tinha conhecimento sobre as várias ações relacionadas à atividade médica. Além disso, a formação não propiciou esse conhecimento e nem o desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas a essas ações.

“Eu não gosto, eu detesto falar com familiar. É a pior hora do meu serviço, tá? Eu não ligo nenhum pouco de ficar a tarde inteira é... usando o cérebro pra fazer conta, pra dar droga, pra entubar, passar catéter. Mas, dez minutos que eu perco (grifos meus) falando com a família parece que o mundo caiu nas minhas costas. Eu me sinto muito pouco à vontade. Não gosto. Se eu pudesse pagar pra alguém fazer isso pra mim, eu pagava” M3

Nesse relato, M3 descreve algumas ações / operações (fazer conta, dar droga, entubar, passar cateter) que faz e gosta. Por outro lado, uma outra ação (falar com familiares dos pacientes), tão importante quanto as outras citadas, produzem enorme sofrimento na profissional (“*parece que o mundo caiu nas minhas costas*”).

Interessante que ela escolheu terapia intensiva justamente para fugir da relação interpessoal:

“Eu fiz UTI porque eu num, num, num, num gosto sinceramente da relação médico-paciente, tá? Então em UTI, o paciente fica sedado, entubado, é... não conversa, né? Quando ele tá bom pra conversar, ele tá bom pra ir embora, né? Então a gente não cria vínculo, porque eu acho que com médico é... é uma coisa difícil o vínculo, com paciente, com família, uma coisa que estressa, que sobrecarrega, né?” M3

Ela acredita que os conhecimentos e as habilidades técnicas são os únicos necessários para o desempenho da sua atividade. Entretanto, quando se depara com situações que fogem a competência técnica, não sabe como lidar:

“sempre que tem um paciente acordado, ou que tá irritante, que tá descontrolado, que dentro da UTI fica confuso, daí eu já tenho um pouco de impaciência” M3

Além disso, lidar com pacientes gravemente enfermos (atividade fundamental de quem trabalha em UTI) tem intensificado o seu medo de morrer e gerado adoecimento.

“Ultimamente eu tenho andado com mais medo de morrer [...] Até fui me consultar com um psiquiatra porque eu estava com mania de doença. Então, tudo eu achava que eu tinha, que eu ia morrer, entende? [...] Ultimamente eu ando vendo muita gente nova morrendo, então quando internava uma paciente nova, eu ia lá ver o que ela sentia antes, aí eu começava sentir” M3

Percebe-se, dessa maneira, que M3 escolheu uma especialidade que não a isenta da relação interpessoal e mais ainda: aproxima-lhe da morte.

Por isso, embora ela afirme estar satisfeita profissionalmente – exceto pela questão salarial; se fosse novamente escolher a profissão, não escolheria Medicina.

Ela revela:

“Eu vou ser sincera: ninguém merece fazer medicina [...] Eu não faria medicina de novo. Não é porque eu não gosto, é porque eu acho que a pessoa que faz medicina sofre muito com essa sobrecarga de conhecimento” M3

Apesar de perceber nesse momento não gostar da atividade, prefere continuar nela:

“Eu fui tomar conhecimento disso [sofrimento provocado pelo conhecimento técnico] não faz muito tempo e agora não tenho mais espírito de tá fazendo uma outra faculdade. Se eu fosse ainda sem filho, solteira, eu até... pode ser, assim, eu não sei se eu ia largar de fazer medicina, mas eu ia fazer direito, ia fazer faculdade, talvez se eu passasse num concurso eu até largasse de ser médica, mas não é o caso agora” M3

Talvez não seja uma simples preferência.

Escolher mudar de profissão (principalmente com todo *status* existente em nossa cultura em relação à Medicina) mesmo tendo consciência dos motivos que lhe geram insatisfação, significaria ter que lidar com a angústia do tempo “perdido” e com a escolha de uma nova profissão; significaria ter que se capacitar para uma nova atividade e ingressar no concorrido mercado de trabalho; e, principalmente, enfrentar as pessoas e frustrar as expectativas dos pais (que a ‘incentivaram’ inicialmente).

Assim, M3 justifica-se para confortá-la nessa continuidade:

“Mas também, vou te falar uma coisa: agora eu já sei tudo mesmo [conhecimentos técnicos da Medicina que provocam sofrimento]...” M3

Portanto, destacam-se aqui dois processos que, se tivessem existido adequadamente, poderiam ter poupado M3, além de pacientes e familiares, do grande sofrimento desencadeado pela atividade escolhida: a orientação profissional e a formação profissional.

Através do conhecimento sobre a realidade socioeconômica, cultural e ocupacional, além do maior conhecimento de si como ser histórico determinado pelo contexto social, o objetivo da orientação profissional é o de proporcionar condições para a escolha consciente da profissão. Além disso, ela deve orientar para o “pertencer” que

significa, necessariamente, desalienar-se. Desalienar-se significa não sermos reprodutores de modelos de um sociedade que não privilegia o humano, mas, sim, o capital; significa sermos comprometidos e criativos; comprometidos conosco e com os outros; não vermos

somente a parte, mas o todo; não olharmos somente para nós mesmos, mas olharmos para o outro com todas as suas potencialidades e diferenças; não agirmos visando somente a nós, mas também aos outros (LISBOA, 2000, p.15).

Nesse sentido, a escolha profissional deve ser compreendida como um processo que proporcione ao indivíduo “refletir sua relação com o mundo do trabalho, optando por caminhos que o levem no sentido de sua própria humanização” (COUTINHO, 1993, p.120).

A formação profissional, por sua vez, deve garantir, muito mais que a competência técnica, a competência técnico-ético-política.

De acordo com RIOS (2001) “ser competente é *saber fazer bem o dever*. Ao dever se articulam, além do saber, o querer e o poder” (p.9-10). Assim, conhecimento e técnica são fundamentais para o exercício profissional. Entretanto, esse saber é esvaziado de sentido se não estiver determinado por uma intencionalidade (querer) e por uma liberdade de direcionamento (poder).

Na definição de competência, saber, querer e poder devem estar associados ao *bem*. Esse bem, por sua vez, “não deve ser entendido numa perspectiva metafísica; o que se entende por *bem* responde a necessidades *historicamente definidas* pelos homens de uma determinada sociedade” (RIOS, 2001, p.48).

Nesse sentido, a formação na área da saúde deve favorecer o desenvolvimento da competência técnico-ético-política do profissional e uma atuação que tenha como princípio a relação democrática entre profissional e paciente, além da “construção da autonomia e cidadania dos usuários dos serviços de saúde” (COCCO, 1999, p.69).

Isso porque

nada justifica a minimização dos seres humanos [...] Nada, o avanço da ciência e/ou da tecnologia, pode legitimar uma “ordem” desordeira em que só as minorias do poder esbanjam e gozam enquanto às maiorias em dificuldade até para sobreviver se diz que a realidade é assim mesmo, que sua fome é uma fatalidade do fim do século (FREIRE, 1996, p.113).

A análise baseada no método de decomposição em unidades (VIGOTSKI, 2000) engloba ao mesmo tempo aspectos cognitivos/intelectuais e aspectos afetivos da idéia.

De acordo com VIGOTSKI (2000) “existe um sistema semântico dinâmico que representa a unidade dos processos afetivos e intelectuais, que em toda idéia existe, em forma elaborada, uma relação afetiva do homem com a realidade representada nessa idéia” (p.16).

Falar da finitude do ser humano, portanto, envolve falar não só dos aspectos técnicos da morte (“*fim das funções encefálicas*”) como também dos aspectos afetivos / emocionais (“*tristeza, separação, saudade*”).

Embora os aspectos afetivos / emocionais estejam presentes em cada concepção de morte, podemos identificá-los mais claramente quando os profissionais referem-se a um tipo específico de morte: a morte contextualizada.

Estamos considerando morte contextualizada aquela em que se identifica o sujeito que morre. Por exemplo: o paciente jovem ou idoso, o paciente crônico ou agudo, o paciente com quem se tem vínculo afetivo ou não, etc.

Com exceção de E3 que, independente de quem seja o paciente, relatou na entrevista ver a morte de uma única maneira, os outros profissionais posicionaram-se de maneira diferenciada dependendo do caso.

Aqui temos então duas principais concepções de morte: a morte aceitável ou mais fácil de lidar / aceitar e a não aceitável ou pior.

Na primeira categoria (morte aceitável ou mais fácil), encontramos relatos de casos em que a morte é um “*alívio*” (E1, E2, E6, M2 M4, M6) – principalmente quando a pessoa está sofrendo, quando não se tinha qualidade de vida e/ou não se tem uma perspectiva de vida saudável.

“Então, se o paciente, por exemplo, teve, tinha uma qualidade de vida ruim, eu considero a morte como um alívio” M4

Dentro dessa categoria ainda de morte aceitável ou mais fácil, temos duas situações: quando o paciente é idoso e quando é um paciente crônico que vai piorando aos poucos. Por outro lado, quando morre um paciente jovem ou quando acontece uma morte súbita, é mais difícil aceitar a morte.

“Ele [pai] já era doente, era crônico, então [a gente] já vai se preparando, é mais fácil você ir assimilando. Até é melhor pra pessoa. Tipo: quem a gente gosta mesmo, a gente não quer que fique sofrendo não. Então ele era diabético, teve AVC, era hipertenso. Então chegou uma situação que era melhor para ele mesmo. Então a aceitação foi bem mais fácil. A mesma coisa com os nossos pacientes. Quando são pacientes mais crônicos, que a gente vê que o quadro clínico vai piorando. E já é difícil quando chega paciente novo, de repente vai a óbito, a gente sente mais” E6

Conforme a pessoa envelhece, ela se aproxima de sua morte. Nesse sentido, a morte torna-se mais natural e mais fácil de lidar quando atinge pessoas idosas. Além disso, um outro motivo que justifica essa naturalidade ou maior facilidade para lidar com a morte de idosos é a avaliação de que aquela pessoa já havia cumprido sua “missão” na vida. Por outro lado, quando morre uma pessoa jovem, quebra-se o ciclo natural de morrer após o envelhecimento, não se completando as etapas e atividades principais da vida.

Uma outra análise possível na sociedade capitalista sobre a dificuldade de se lidar com a morte de pessoas jovens está relacionada à super-valorização destas. Se, por um lado, a sociedade perde indivíduos economicamente ativos; por outro, precisa custear despesas de pessoas idosas que não produzem mais e que geram custos elevados através, por exemplo, da aposentadoria e dos serviços de saúde. Perde-se a dimensão do quanto a pessoa idosa já produziu e investiu no desenvolvimento da sociedade. Ela se torna, literalmente, um “encargo”.

Dependendo da causa e da circunstância em que ocorre a morte - por exemplo, a morte súbita ou a morte decorrente de uma doença crônica e degenerativa - é mais fácil ou mais difícil de lidar. Os dados dessa pesquisa revelam que os profissionais têm mais facilidade para lidar com a morte quando esta é previsível; em contrapartida, sentem-se frustrados e insatisfeitos quando ocorre uma morte súbita.

Esses dados encontram fundamentação na literatura científica nos casos de morte em que envolvem vínculo afetivo, mas que podem ser utilizados nessa análise. Para KOVÁCS (1992a) quando a morte é súbita e inesperada, gera nos outros indivíduos “desorganização, paralisação e impotência” (p.154), podendo dificultar o processo de luto. Já no caso de morte com pacientes gravemente enfermos, ocorre um processo denominado de “luto antecipatório” (p.159), ou seja, o processo de luto inicia-se antes mesmo da morte, sendo antecipada a elaboração da perda. A autora refere que esses casos podem gerar sentimentos ambivalentes naqueles que cuidam (nesse caso específico, a família): desejo de que a pessoa morra para aliviar o sofrimento de ambos e, ao mesmo tempo, sentimento de culpa por ter tal desejo.

Por fim, um caso de morte não aceitável ou pior é aquele que envolve uma pessoa próxima ou com quem se tem um vínculo afetivo (E1, E4, E7, M2, M3, M6).

“Com a outra pessoa, com o desconhecido, você até fica tocada. Mas conforme o tempo vai passando, você aprende a se por atrás de uma redoma [...] Você aprende a ficar distante [...] Agora quando é alguém seu, é complicado. Ai é outra história. Parece que você esquece tudo que você aprendeu, sua base científica... o racional fica fora disso, né?” E4

Percebemos, neste relato de E4, comportamentos diferenciados de acordo com o vínculo estabelecido com a pessoa que morre: se é um “desconhecido”, o profissional sente-se “tocado”, inicialmente; mas, com o passar do tempo, aprende a se distanciar; já quando morre uma pessoa com quem se tinha um vínculo afetivo, ocorre, segundo KOVÁCS (1992a) a vivência da “morte em vida” (p.154).

No primeiro caso, a morte pode levar o profissional a refletir sobre sua própria existência, seu envelhecimento e, principalmente, sua finitude. Essa reflexão pode gerar um processo de ressignificação da vida e de transformação das relações estabelecidas com o viver. No entanto, essa reflexão pode provocar grandes angústias – daí ser mais fácil distanciar-se. O problema é que se o profissional distancia-se das reflexões desencadeadas pela morte do outro, como pode lidar com o paciente fora de possibilidades terapêuticas?! (CARVALHO, 1996).

Já no segundo caso, quando morre alguém com quem se tinha um vínculo afetivo, existe uma experiência de morte em vida. Isso significa, de acordo com KOVÁCS (1992a), que ocorre “a possibilidade de experiência da morte que não é a própria, mas é vivida como se uma parte nossa morresse, uma parte ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos” (p.153). Assim, a morte configura-se como uma perda, visto que envolve a relação afetiva entre pessoas.

Os vínculos afetivos são constituídos ao longo da vida do ser humano pela própria condição de ser social e são essenciais no processo de desenvolvimento humano. O rompimento desse vínculo pela morte desencadeia um processo de luto que depende do tipo de vínculo estabelecido, das causas e circunstâncias da perda, da identidade da pessoa que foi perdida e de características do enlutado, além do contexto social e psíquico que envolve a pessoa enlutada no momento da perda (KOVÁCS, 1992a).

A articulação entre consciência e afetividade é fundamental no processo de análise, principalmente tratando-se da temática dessa pesquisa. VIGOTSKI (2000) inclusive faz uma crítica à psicologia tradicional por separar consciência e afeto:

A separação entre a parte intelectual da nossa consciência e a sua parte afetiva e volitiva é um dos defeitos radicais de toda a psicologia tradicional. Neste caso, o pensamento se transforma inevitavelmente em uma corrente autônoma de pensamentos que pensam a si mesmos, dissocia-se de toda a plenitude da vida dinâmica, das motivações vivas, dos interesses, dos envolvimento do homem pensante e, assim, se torna ou um epifenômeno totalmente inútil, que nada pode modificar na vida e no comportamento do homem, ou uma força antiga original e autônoma que, ao interferir na vida da consciência e na vida do indivíduo, acaba por influenciá-las de modo incompreensível. Quem separou desde o início o pensamento do afeto fechou definitivamente para si mesmo o caminho para a explicação das causas do próprio pensamento, porque a análise determinista do pensamento pressupõe necessariamente a revelação dos motivos, necessidades, interesses, motivações e tendências motrizes do pensamento (p. 16).

Portanto, a afetividade tem uma importante contribuição nessa análise no sentido de que só se torna possível “a compreensão efetiva e plena do pensamento alheio [...] quando descobrimos a sua eficaz causa profunda afetivo-volitiva” (VIGOTSKI, 2000, p.479-80).

Atuação profissional

Considerando a nossa cultura de negação da morte, a atuação dos profissionais segue a mesma lógica dos contextos externos ao trabalho. Talvez seja pior, do ponto de vista da consequência que essa cultura de negação da morte possa provocar em pacientes, familiares e também no profissional da saúde.

Acredita-se que falar sobre a morte possa desencadear depressão e perda da vitalidade (REZENDE, 2000).

Portanto, falar sobre a morte com o paciente é uma questão praticamente proibida. Quase todos participantes dessa pesquisa (E1, E3, E4, E6, E7, M1, M2, M3, M4, M5, M6) foram enfáticos ao dizer que não conversam sobre a morte com o paciente.

KLAFKE (1991) conclui em sua pesquisa realizada com médicos cancerologistas (oncologistas, radioterapeutas e hematologistas) da cidade de Campinas/São Paulo que 37% deles preferem não conversar ou não conversam com o paciente sobre a morte. A autora justifica essa atitude:

falar sobre morte com um paciente terminal é especialmente difícil, porque não se fala dela como algo distante, que ocorrerá a todos, ou como um diálogo filosófico. Fala-se da morte como sujeito, como o estádio, o fato, que irá ocorrer com a pessoa com quem se conversa (p.47).

Por outro lado, a falta de diálogo entre a equipe e o paciente nesse momento pode dificultar o reconhecimento das necessidades do paciente (ESSLINGER, 2003). Isso porque

a comunicação eficaz entre esses personagens do cenário (equipe, paciente e família) é o eixo principal da dignidade no processo de morrer de cada paciente, pois é essa comunicação que possibilitará o compartilhar objetivos e o minimizar eventuais discordâncias (ESSLINGER, 2003, p.336).

Interessante notar que mesmo quando o paciente toca no assunto, eles negam a existência da morte:

“quando eles tocam na morte, a gente conversa sobre a vida” E1

“esse é um lugar que a gente não deve falar sobre a morte” M5

Entre os motivos apontados pelos profissionais para não conversarem sobre a morte com os pacientes está a falta de preparo:

“Acho que tem horas que eles [pacientes] precisam conversar com alguém. Mas eu acho que a gente não é preparada para estar conversando. Às vezes eu sinto que eu não estou preparada. Então eu prefiro não conversar” E5

Percebe-se que E5 reconhece a necessidade do paciente, mas prefere não atendê-la porque não se sente preparada para realizar essa tarefa.

Ou seja, os participantes não foram capacitados para desenvolver uma tarefa que é intrínseca a sua atividade profissional: lidar com a morte e o paciente morrendo.

Apenas E2 relatou conversar “às vezes” com os pacientes:

“a gente vai [conversando] conforme ele aborda [o tema morte]” E2

Esse posicionamento de E2 pode favorecer imensamente o processo de morrer do paciente. Falamos no processo de morrer e não na morte em si porque “não é a morte o que realmente importa, mas sim o seu processo” (SIQUEIRA-BATISTA e SCHRAMM, 2004, p.38).

E, nesse sentido,

Quando a percepção da proximidade da morte é compartilhada, atenuam-se os sentimentos de solidão e de derrota diante do destino inexorável, para dar lugar a um momento de cumplicidade, de muita intimidade, comum a estranha leveza, no lugar do peso insuportável (REZENDE, 2000, p.80).

Lidar com a morte – o que envolve lidar com o paciente morrendo, com os familiares ou consigo mesmo no momento da morte do paciente – é uma das principais dificuldades que têm os profissionais da saúde (E2, E3, E4, E5, E6, E7, M1, M3, M4, M5, M6), embora poucos reconheçam esta dificuldade (E3 e E4). Alguns avaliam inclusive que não têm dificuldade (M3, E5, E6 e E7). Talvez por considerarem que não tenham dificuldade técnica.

Em revisão de literatura realizada por BENEVIDES-PEREIRA (2002b) sobre os fatores estressantes associados à profissão médica, identificou-se, entre outros, a convivência com o sofrimento e a morte como um dos fatores que, em conjunto com outros, pode desencadear o processo de *burnout* em médicos.

Apesar do contexto de negação da morte, apesar da falta de preparo teórico-técnico, emocional e interpessoal dos profissionais para lidarem com o processo de morte, apesar do contato intenso com a dor, o sofrimento e a morte serem considerados fatores estressantes, cotidianamente os profissionais da UTI interagem com pacientes e familiares sob o pano de fundo da morte.

Interessa-nos saber, apesar das dificuldades enfrentadas, a percepção desse profissional sobre sua função no contexto de trabalho.

Os participantes dessa pesquisa referiram que uma das funções do profissional da saúde que trabalha em unidade de terapia intensiva e interage cotidianamente com a morte é dar dignidade ao paciente (E2, E4, E7, M1, M2, M4, M6), no sentido de não deixá-lo sentir dor e de proporcionar qualidade de vida na morte.

“O profissional da saúde tem que dar dignidade para o paciente [...] Eu acho que ele não pode sentir dor [...] Sabendo que a morte é inevitável, [...] não ficar fazendo heroísmo. Eu sou completamente contra esse negócio de heroísmo. E aí eu tento conversar com a família, não sei se eu consigo fazer isso, mas eu tento falar com a família [...]: ‘olha, a melhor coisa que existe pra ele no momento é descansar; ele está sofrendo demais’ ” M1

Mesmo ressaltando a importância de proporcionar qualidade de vida ao paciente no momento da morte, percebe-se que, em alguns casos, o discurso dos profissionais é contraditório à sua prática.

Podemos perceber essa contradição no relato de E2:

“Às vezes a gente se pega pedindo pra ele morrer, sabe? Porque a gente... pela gente não tem mais solução, a gente fez tudo que tinha que fazer. Aquele sofrimento, sofrimento... mas a gente acaba prolongando a vida dele. A gente sabe que vai morrer, mas né? Sei lá. A gente, assim, nunca desanima. Eu acho que não tem que desanimar” E2

No caso de M5, ele cita que garantir a humanização na UTI é uma função do profissional. Qual será o seu entendimento sobre humanização?! Será aquilo que diz ser função do profissional *“tirar o sofrimento das pessoas”* ou aquilo que faz: *“combater a morte”*? Será que M5 tem atingido seu objetivo de humanizar a UTI e tirar o sofrimento das pessoas combatendo diariamente a morte?

É importante considerar que o seu combate com a morte não é um comportamento isolado. Enfrentar o *seu* medo da morte envolve não apenas a *sua* luta contra a morte e *sua* frustração quando ela acontece, mas sentimentos, expectativas e sofrimento de pacientes e familiares.

“eu tento incentivar o máximo [o paciente] e nem chego perto desse assunto [morte], sabe? [...] Isso ajuda bastante inclusive no meu trabalho. Ele vai me ajudar muito” M5

“Com a família, eu mostro se corre o risco eminente ou próximo de morte e [...] eu oriento a não tocar no assunto [da morte] com ele [o paciente]. Sempre fiz isso, a abordagem é essa” M5

Aqui temos dois aspectos que merecem destaque: primeiro, a questão do profissional impedir ou não favorecer a manifestação do paciente e da família sobre algo tão angustiante como a morte, dificultando assim a despedida entre eles; segundo, por ter sempre a mesma conduta com os familiares, não avaliando cada situação, cada família e cada paciente.

Considerando nossa cultura de não aceitação da morte, M5 recebe o apoio da família com essa atitude de lutar em todos os casos contra a morte e não comunicar ao paciente sobre o seu verdadeiro estado. No entanto, cabe-nos questionar em que medida tal comportamento promove a conscientização e aceitação das pessoas em relação à morte e a dignidade do paciente no momento do morrer.

SOUZA e GONÇALVES (2000) referem que não se deve negar ao paciente e à família sobre a condição de saúde. Isso porque:

negar ao paciente e à família a sua condição de saúde é impedir que eles sintam os medos. É impedir a evolução de cada um em direção ao processo de morrer. E, quando o momento da morte chega mais perto, é natural que, ao invés de sentirem paz, tranquilidade, aceitação, sintam raiva por terem sido enganados (p.54).

Por outro lado, alguns profissionais fornecem grandes lições sobre o cuidado humanizado que, nas palavras de PESSINI e BERTACHINI (2004), “implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história” (p.3).

“Muitas vezes você tá aqui não só pra ter a sua vida, mas às vezes pra ajudar outra pessoa; sua vida tem valor pra você e pra muitas outras [pessoas]” E3.

Outras funções citadas pelos participantes foram: confortar, acolher e respeitar os familiares (E1, E3, E4, E5, E6, E7 e M6). Percebe-se que praticamente todos os enfermeiros referiram ser esta uma atividade do profissional e, por outro lado, apenas um médico.

Como já comentamos anteriormente, a enfermagem está associada ao cuidado e proteção do paciente, sendo sua origem relacionada ao trabalho doméstico e educação dos filhos. Entretanto, a mediação econômica e o paradigma mecanicista de ciência estabeleceram a fragmentação do trabalho de enfermagem.

O trabalho de enfermagem, enquanto conjunto de saberes concentrado na mão de cada trabalhador e direcionado para uma visão holística do paciente e seus problemas, fragmentou-se em determinados conjuntos de cuidados, especializando os trabalhadores em executores de funções específicas. Assim, enquanto um trabalhador realiza cuidados básicos de alimentação e higiene do paciente, p. ex., o outro se especializa em administrar medicamentos. Uma divisão de trabalho semelhante a uma linha de montagem na qual quem circula é o trabalhador (BORSOI e CODO, 1995, p.140-1).

PITTA (1999) faz uma análise da transformação do processo de trabalho no hospital e a relação com o desenvolvimento do capitalismo. Nas palavras da autora, “o ‘ofício’ de cuidar se transforma em ‘tecnologia’” (p.42). Ela pontua que ofício significa “dever, onde o modo de fazer, além de transmitido artesanalmente de uns a outros, tem um sentido introjetado de dever, de fazer ‘o todo’ necessário para que a atividade aconteça” (p.42).

Com o desenvolvimento do capitalismo, da medicina e da tecnologia, o modo de produção nos serviços de saúde deixa de ser artesanal, surgem as especialidades e a divisão técnica do trabalho.

Assim, alguns profissionais são especialistas em delinear ações técnicas, administrar instrumentos e pessoas. Outros são treinados para executar as ações prescritas. Médicos e enfermeiros, profissionais da “saúde” que deveriam cuidar da vida humana, tornaram-se tecnólogos e administradores. O cuidado, por sua vez, é designado a técnicos e auxiliares de enfermagem que o executam sem o necessário domínio e de maneira alienada.

De acordo com PITTA (1999),

as tarefas dos auxiliares e atendentes são, a um só tempo, as mais intensas, repetitivas e social e financeiramente pior valorizadas. Além de conviver mais tempo com os enfermos, os acompanham mais de perto, anotam com detalhes suas reações, cumprindo toda a estratégia de vigiar a vida e a morte dos internados, que é, em si, a atribuição do hospital como um todo.

A questão que aqui se coloca, no interior da divisão do trabalho hospitalar, são as estratégias que fazem com que a inteligência necessária na administração dos cuidados aos enfermos cada vez mais se concentre em um número restrito de trabalhadores (alguns médicos e algumas enfermeiras) que concebem instrumentos, automatismos, rotinas e padronizações de conduta, e cada vez mais subtraem a atividade de reflexão dos demais trabalhadores sobre o seu objeto de trabalho. Cabe a esses executar as prescrições dos primeiros de modo autômato (p.54).

Deve-se ressaltar que essa divisão do trabalho na área de saúde, assim como a delimitação técnico-administrativo do profissional da saúde está fundamentada na própria formação profissional. Um exemplo disso – como foi abordado na introdução - pode ser constatado em revisão de literatura realizada por BOEMER, et al. (1991) sobre conteúdos relacionados à terapia intensiva em manuais de enfermagem, nos quais se dividem conhecimentos teórico-técnicos de habilidades interpessoais e competências éticas, sendo os primeiros priorizados e os últimos colocados em um capítulo isolado ou no apêndice do manual.

Embora a atividade de conversar com os familiares informando sobre o estado do paciente seja uma tarefa do médico, apenas um deles (M6) referiu ser função do profissional da saúde cuidar dos familiares. O único enfermeiro que não citou o cuidado com os familiares como uma de suas funções refere que lidar com a família possibilita conhecer a identidade do paciente, o que lhe provoca dor e sofrimento diante das contradições socioeconômicas.

“Inicialmente na UTI eu tinha problemas. Assim... Como eu posso te dizer? É... um problema de tá interferindo, assim, na patologia, com o familiar... [...] Por exemplo: o paciente foi espancado, tá lá em coma. Mas por que ele foi roubar? Porque ele não consegue... faz um tempão que ele não consegue emprego, com três filhos para cuidar, tal, ele foi roubar e se deu mal. Ai eu ficava morrendo de dó, né? [...] Então quando a pessoa vem contar o que aconteceu com o paciente, eu não quero saber [...] Ai eu comecei a trabalhar nesse sentido de não me envolver muito, não saber a causa porque ele foi parar lá” E2

E2 tem consciência das contradições socioeconômicas do atual contexto histórico. Entretanto, prefere não reconhecê-las no paciente, tendo assim uma atitude de distanciamento da realidade. Talvez esse tipo de atuação esteja relacionado à percepção da dificuldade de realizar qualquer ação transformadora a partir do seu contexto de trabalho. Assim, E2 prefere não conhecer a verdadeira identidade dos pacientes a fim de manter sua própria sanidade mental.

Para encerrar essa discussão sobre a atuação, KOVÁCS (1992b) descreve como sendo função do profissional da saúde facilitar o processo de morrer dos pacientes. Para tanto, o primeiro passo consiste em identificar suas necessidades a fim de atendê-las, favorecendo qualidade de vida ao paciente e à sua família.

Cabe aos profissionais da saúde, portanto, orientar os familiares quanto ao prognóstico e às necessidades do paciente que foram identificadas anteriormente, a fim de facilitar o processo de morte:

“Às vezes, quando é quadro fechado, que a família sabe que o paciente vai a óbito... porque às vezes, a família... a gente fala que parece que fica amarrando o paciente. Às vezes o paciente está agonizando, agonizando e essa família não deixa a pessoa fazer a passagem de jeito nenhum. Então, às vezes, a gente tem que ajudar e falar: ‘olha, o que podia ser feito a gente tá fazendo. Tem que rezar pra ser o melhor pra ele [o paciente]. Fazendo ela [a família] entender que ela tem que deixar essa pessoa ir embora, que chegou a hora e que ele [paciente] precisa partir. Mas é difícil, né? Você não quer ouvir que seu parente vai morrer” E4

Cabe aos profissionais seguir suas próprias orientações... – o que normalmente não acontece:

“Normalmente, com o paciente a gente fala de vida: ‘o senhor vai sarar, vai pra casa, vê os filhos, os netos... Tem muita coisa pra fazer ainda, vamos levantar, vamos melhorar!’ Mesmo que você está vendo que ele está indo, que ele está indo, que ele está indo...” E4

Além da relação estabelecida entre profissional – paciente - família, a relação entre a equipe é fundamental no processo de tomada de decisões sobre a determinação do final da vida. SOUZA e LEMONICA (2003) enfatizam que nessas decisões deve haver um consenso entre a equipe, uma boa relação com o paciente e o conhecimento do que é ético e legal. Quando o paciente não estiver habilitado a exercer sua autonomia, a equipe deve – após um consenso – discutir o caso com a família. Após a decisão, toda a equipe deve atuar de forma “coordenada e coerente” (p.94).

Nesse sentido, vale ilustrar a atuação de M4 quando compartilha com a família a decisão sobre o que fazer diante da proximidade de morte do paciente.

“O paciente está a beira da morte e você não sabe se você deve fazer isso e não deve fazer aquilo, principalmente em termos da qualidade de vida do paciente [...] Então, antes que chegue essa hora [...] eu sempre procuro falar com a família antes porque a família, naquele momento, se o paciente não está consciente, é a família quem mais o conhece. Então são eles que vão me dizer se o paciente aceitaria uma vida que pode ter depois que eu fizer tal procedimento [...] Eu procuro conversar com a família, sentir a família, sentir como era a vida do paciente, a personalidade do paciente” M4

Isso é o que retrata M4 sobre a sua atuação particular.

Já a atuação da equipe, segundo relato de M4, não demonstra ser integrada ou “coordenada e coerente”, como sugerem SOUZA e LEMONICA (2003, p.94). Segundo ela, entre os médicos mais próximos existe essa integração quando passam plantão um para o outro. Já com os outros profissionais, M4 afirma saber da conduta tomada através dos familiares.

“Por exemplo: hoje no meu plantão quando eu fui conversar com os familiares, vários falaram: ‘ah, mas o médico não tinha explicado o que você me explicou. Agora eu estou entendendo’ [...] Eu não fico perguntando como que o médico perguntou, como o médico falou. Mas isso é espontâneo deles” M4

Assim, a partir do que ela recebe do plantonista anterior, da análise das “papeladas” e “anotações”, da maneira como evolui o paciente durante o seu plantão e da discussão com a família, M4 toma as decisões durante o seu plantão.

“Aí eu passo o plantão na segunda-feira pro diarista e aí ele vê qual foi a minha posição no final de semana e analisa se ele realmente deve continuar do jeito que eu estou fazendo ou se deve voltar à situação que estava antes” M4

Percebe-se nesse relato de M4 (médica plantonista) que não existe uma continuidade no procedimento adotado com o paciente ou um consenso entre a equipe. Como M4 foi a única profissional que teceu comentários e descreveu situações sobre a atuação da equipe médica, não é possível estabelecer comparações entre a atuação de plantonistas e diaristas. Mesmo assim, em pesquisa qualitativa o relato de um profissional representa um aspecto do todo, devendo ser considerado como relevante.

Considerando a angústia dos familiares pela própria condição do paciente, como devem ficar diante dessa diversidade de posicionamentos e atitudes de uma mesma equipe?!

De acordo com MELO (2004) é a comunicação coerente entre a equipe que vai garantir sua credibilidade e o vínculo de confiança com paciente e familiares.

Para finalizar a discussão sobre a atuação dos profissionais da saúde em unidade de terapia intensiva, torna-se necessário ainda apontar os elementos que geram insatisfação e satisfação nesses trabalhadores.

Mencionamos que uma das grandes dificuldades relatadas por eles no desenvolvimento da atividade é lidar com o paciente e seus familiares durante o processo de morte, além da dificuldade de lidar com suas próprias emoções e sentimentos. Alguns profissionais referem que as insatisfações no ambiente de trabalho também estão relacionadas a morte do paciente, seja por não vencer a batalha contra a morte (E5 e M5) ou por ser surpreendido por uma morte inesperada (E4 e M1).

Entretanto, o grande motivo de insatisfação desses profissionais – pelo menos o mais citado pelos participantes – é a remuneração. Os participantes E7, M3, M4, M5, M6 avaliam como baixo o salário.

Percebe-se claramente aqui o processo de alienação desencadeado pela sociedade capitalista. O motivo de insatisfação dos profissionais não está vinculado à atividade em si, mas no quanto ele recebe para realizá-la. O sentido da atividade, portanto,

está no retorno financeiro e não naquilo que produz. Isso porque “a atividade produtiva na sociedade capitalista é essencialmente movida pela lógica econômica de reprodução do capital. É isso que determina o sentido dessa atividade” (DUARTE, 2004, p.57).

Outros motivos de insatisfação citados pelos profissionais foram:

- Ver o paciente que havia recebido alta retornar à UTI: E2;
- Ter que investir em pessoas sem perspectivas de melhora: M2;
- Verificar que ocorreu erro profissional: E6;
- Vivenciar conflitos entre a equipe; não ter reconhecimento profissional: E1, E3;
- Dar plantão: M1.

Vale discutir aqui o motivo citado por M2 (ter que investir em pessoas sem perspectivas de melhora).

Inicialmente, parece um relato ‘frio’ e desumano - principalmente porque M2 é, em outra unidade de saúde, chefe administrativo.

Por outro lado, a UTI é responsável por atender pacientes em estado grave, mas com possibilidade de recuperação. No entanto, uma queixa freqüente dos profissionais da UTI e também da coordenadora da unidade é que muitos pacientes sem indicação para tratamento intensivo são encaminhamentos para a UTI. Na maioria dos casos, de acordo com eles, são pacientes idosos sem possibilidades de recuperação.

A grande população atendida por esse hospital nas unidades de internação adulta é de idosos. Com exceção da clínica cirúrgica e unidade de queimados (unidade de tratamento e UTI), o número de idosos (pessoas acima de 61 anos⁴), prevalece sobre a população adulta (pessoas com idade entre 21 e 60 anos). No período de 01/01/04 a

⁴ Considera-se idoso no Brasil pessoas com idade acima de 60 anos. Como o sistema de pesquisa de dados deste hospital é restrito, não permitindo uma consulta de idade de acordo com o interesse, utilizou-se acima de 61 anos.

31/10/04, foram internadas nesse hospital 5507 pessoas com idade acima de 21 anos. Excluindo a clínica cirúrgica, a porcentagem de idosos (pessoas acima de 61 anos) que foram internados nesse período é de 54%.

Embora não tenha sido objetivo dessa pesquisa investigar as dificuldades e motivos de insatisfação de outros profissionais que não estão vinculados à UTI adulto, uma hipótese para o fato de eles encaminharem à UTI pacientes que não têm indicação para tal unidade pode ser a dificuldade de se lidar com o processo de morte do paciente – inclui-se aqui a dificuldade tanto de lidar com o paciente e com a família, como também com os próprios sentimentos em relação à morte.

A UTI, nesse sentido, tem sua função alterada e torna-se o ambiente responsável por abrigar pacientes em estado terminal. Num ambiente frio, tenso e traumatizante, sem a companhia da família e sem a possibilidade de revelar suas angústias, a morte é escondida, negada e isolada.

Sobre os motivos de satisfação, os mais citados pelos profissionais foram: ver o paciente melhorar (E1, E2, E4, E5, E6, M1, M2 e M4) e também receber sua gratidão (E3 e M6); além de salvar o paciente ou “vencer a guerra” (M3 e M5).

Concluindo, pode-se dizer que, apesar das dificuldades enfrentadas e dos motivos de insatisfação, praticamente todos os profissionais afirmaram ser satisfeitos na atividade que desenvolvem, identificando aspectos positivos relacionados à profissão:

“Olhando daqui pra trás, de uma forma geral, em muitos aspectos eu acho que a enfermagem me tornou uma pessoa melhor, mais humana, menos egoísta...” E4

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dessa pesquisa foi possível conhecer, na perspectiva de profissionais que trabalha em unidade de terapia intensiva, a concepção de morte.

Conhecer a concepção de morte dos profissionais da saúde a partir do método proposto por essa abordagem permitiu compreender a origem e as relações que determinaram a concepção de morte como tal; o processo de desenvolvimento e o contexto em que ela foi desenvolvida; além das contradições e transformações ocorridas, a fim de apreender essa concepção em sua totalidade e não com base em um aspecto da realidade.

Assim, é possível compreender que o sentimento de impotência e fracasso diante da morte do paciente é fruto de um processo histórico de negação da morte da cultura ocidental moderna. É possível compreender que essa negação da morte, em última análise, tem uma função na sociedade capitalista: se a lógica econômica é a de consumir e acumular bens, quando o indivíduo toma consciência de sua finitude, então esse consumo e acúmulo de capital perde o sentido. Pensar na morte é um tema proibido, portanto, pelo capital. E a estratégia utilizada para lidar com essa angústia existencial, segundo OLIVEIRA (1998) é justamente o consumo.

Além disso, e também como conseqüência, a análise da concepção de morte permite constatar que temos uma formação profissional que ensina curar e não cuidar das pessoas. Uma formação que não capacita o profissional a lidar com o processo de morte, tornando este um tema proibido no ambiente de trabalho – apesar de reconhecer a necessidade do paciente de falar sobre suas angústias referentes à morte. Formação que ensina o discurso socialmente aceito (“humanizar”; “dar dignidade”), mas que nem sempre garante a coerência entre discurso e prática, nem a qualidade de vida de pacientes, familiares e profissionais.

Portanto, a *finitude do ser humano* passa a incorporar, além da tristeza, do fracasso, e da bênção divina, o capitalismo e a influência deste no comportamento consumista das pessoas em detrimento da conscientização sobre a finitude; a cultura de negação da morte que esconde na UTI as necessidades do paciente terminal; a cultura religiosa que busca minimizar contradições e angústias humanas, mas que oculta erros médicos; a escolha profissional feita sem informações profissionais básicas e sem a

consciência dos múltiplos determinantes envolvidos nessa escolha; a formação tecnicista vinculada ao paradigma mecanicista de ciência que manipula o corpo, mas não cuida da pessoa; a atividade e a divisão do trabalho que separa o técnico-especialista-administrador do técnico executor.

A historicidade, as relações dinâmico-causais, as transformações e contradições do fenômeno analisado nessa pesquisa permitem destacar, portanto, a ausência do processo de orientação profissional, a deficiência na formação profissional e na educação continuada – além da questão sócio-cultural mais ampla - como aspectos que não favorecem o desenvolvimento satisfatório da atividade, tendo o profissional dificuldade para lidar com o processo de morte.

A *finitude do ser humano* como unidade de análise da concepção de morte incorpora, assim, a necessidade de mudança no paradigma da ciência do cuidado; a importância do processo de orientação profissional com estudantes que vão escolher uma profissão e com trabalhadores insatisfeitos com a atividade (re-orientação profissional¹); e, a priorização da educação sobre a morte e o morrer no processo de formação profissional e no contexto organizacional.

A partir da construção de novos sentidos sobre a morte - que são anunciados como necessários...

“Eu acho que a gente tinha que tentar ver a morte de uma maneira diferente, sem tantos sofrimentos, talvez como uma passagem mesmo. Porque apesar de a gente falar que é uma passagem, a gente vive como se não fosse, né? Como se você tivesse realmente perdido” M6

... a intervenção dos profissionais da saúde sobre a realidade poderia ser diferente:

“Eu acho que o que a gente tem que fazer, além de evitar a morte, é proporcionar uma melhor qualidade de vida [ao paciente]. Se ela é inevitável e tá chegando a hora de algumas [pessoas] irem e a gente sabe que tá indo, acho que a gente tem que proporcionar que sejam os melhores momentos da pessoa porque ela tá morrendo” M6

¹ Um exemplo de re-orientação profissional na área da saúde pode ser obtido no artigo “Re-orientação profissional para médicos num serviço público de saúde” (COMBINATO, 2003b).

Profissionais, instituições, familiares e pacientes poderiam ser beneficiados no processo de morrer se os primeiros compreendessem e aplicassem os princípios dos cuidados paliativos.

Nesse sentido, aponta-se a educação formal como um espaço de construção de novos sentidos sobre a morte, novas formas de intervenção sobre a realidade e, finalmente, um espaço que possibilite a superação da alienação e o pleno desenvolvimento humano.

Essa educação sobre a morte deve estar presente não apenas em cursos superiores da área da saúde, mas também em cursos de licenciatura e pedagogia, visto que a morte faz parte do desenvolvimento humano e, portanto, deveria estar presente na formação de crianças e jovens do ensino fundamental e médio.

Além disso, devemos favorecer nas organizações de trabalho da área de saúde a educação continuada sobre a morte e o morrer, tendo em vista a construção de novos sentidos e maneiras de *atuação* profissional (e não apenas novos discursos) que valorizem a dignidade humana, garantindo, dessa maneira, o desenvolvimento satisfatório da atividade e a qualidade de vida de pacientes, familiares e trabalhadores.

Com a implantação de programas de capacitação e cuidado aos profissionais, tanto eles como pacientes e familiares serão beneficiados, pois “só pode haver dignidade no processo de morrer de cada paciente e de seus familiares se for dado à equipe de saúde que presta esses cuidados a mesma dignidade” (ESSLINGER, 2003, p.334).

Destaca-se que a educação continuada nas organizações de saúde não deve ser restrita a profissionais vinculados a unidades de terapia intensiva. Se a expectativa é que pacientes sem possibilidades terapêuticas sejam beneficiados com os programas de cuidados paliativos, necessariamente todos os profissionais que têm relações com pacientes deveriam ser capacitados para melhor lidar com o processo de morte e morrer. Isso implica a formação de profissionais vinculados à atenção secundária e terciária, além daqueles vinculados à atenção primária – principalmente pela possibilidade de articulação entre o programa de cuidados paliativos e o Programa Saúde da Família.

Ainda nas organizações de saúde, o desenvolvimento de equipe torna-se imprescindível na atuação com pacientes e familiares – como já apontado anteriormente. Vale destacar que, além da postura de cada profissional, a integração da equipe deve estar vinculada a uma política institucional, ou seja, é papel da instituição incentivar e favorecer condições para a integração da equipe profissional.

Sugerimos que tais programas de formação profissional e educação continuada no contexto organizacional abordem principalmente quatro aspectos: o desenvolvimento de habilidades interpessoais como, por exemplo, comunicação e empatia; o desenvolvimento de equipe; a formação sobre a morte e o morrer que necessariamente deve articular conteúdos pessoais e profissionais e, por fim, o apoio psicológico aos profissionais ou futuros profissionais.

Quem sabe poderíamos formar, assim, os “morienterapeutas”...

E o *morienterapeuta* seria aquele que, à semelhança do obstetra, se encontra “diante” daquele que está se despedindo [...] Alguns me dirão que tal especialidade já existe: os *intensivistas* [...] Quem diz isso não me entendeu. A missão dos intensivistas é o oposto do que estou dizendo. A missão deles é a de impedir a despedida, a qualquer custo [...] Cada partida é uma derrota. O *morienterapeuta*, ao contrário, entra em cena quando as esperanças se foram. A despedida é certa. Ele ou ela tem de estar em paz com a vida e a morte, tem de saber que a morte é parte da vida: precisa ser cuidada [...] Sei que isso deixa os médicos embaraçados. Aprenderam que sua missão é lutar contra a Morte. Esgotados os seus recursos, eles saem da arena, derrotados e impotentes. Pena. Se eles soubessem que sua missão é cuidar da vida, e que a morte, tanto quanto o nascimento, é parte da vida, eles ficariam até o fim. E assim ficariam também um pouco mais sábios (ALVES, 1998, p.132-3).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, W. M. J. Consciência e atividade: categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica. In: BOCK, A. M. B., GONÇALVES, M. G. M., FURTADO, O. (Orgs.) **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 97-110.

ALVES, R. A chegada e a despedida. In: ALVES, R. **Concerto para corpo e alma**. 9.ed. Campinas/SP: Papirus, 1998, p.129-33.

ALVES, R. Quero viver muitos anos. In: ALVES, R. **Navegando**. Campinas/SP: Papirus, 2000. p.25-9.

ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & letras, 1991. 168p.

BELLODI, P. L. **O clínico e o cirurgião: estereótipos, personalidade e escolha de especialidade médica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 242p.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. As atividades de enfermagem em hospital: um fator de vulnerabilidade ao *burnout*. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. (Org.) **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2002a. cap. 5, p.133-56.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. O adoecer dos que se dedicam à cura das doenças. O *burnout* em um grupo de médicos. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. (Org.) **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2002b. cap. 4, p.105-32.

BOCK, A. M. B. A prática profissional em psicologia sócio-histórica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.) **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001a. p.159-62.

BOCK, A. M. B. A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.) **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001b. cap.1, p.15-35.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. A psicologia social. In: _____. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. São Paulo: Saraiva, 1999. cap.9, p.135-49.

BOEMER, M. R.; ROSSI, L. R. G.; NASTARI, R. R. A idéia de morte em uma unidade de terapia intensiva – análise de depoimentos. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.) **Da morte**. Campinas: Papyrus, 1991. p. 145-57. (Estudos Brasileiros).

BOEMER, M. R.; VALLE, E. R. M.; SOUZA, M. B. B.; ARAÚJO, S. P. C. Dimensão pedagógica do tema “morte”. **Educ Med Salud**, 26(3):430-43, 1992.

BORSOI, I. C. F.; CODO, W. Enfermagem, trabalho e cuidado. In: CODO, W.; SAMPAIO, J.C.C. (Orgs.) **Sofrimento psíquico nas organizações**. Petrópolis: Vozes, 1995. Cap.8, p.139-51.

BRASIL. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Implementa as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 1996.

BROMBERG, M. H. P. F. Cuidados paliativos para o paciente com câncer: uma proposta integrativa para equipe, pacientes e famílias. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) **Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver**. São Paulo: Summus Editorial, 1998, p. 186-231.

CAMPOS, E. P. Conteúdos. In: ENCONTRO NACIONAL DE PROFESSORES DE PSICOLOGIA MÉDICA, 4, 2004, Goiânia. **Carta de Goiânia...** Goiânia, 2004a.

CAMPOS, E. P. Objetivo. In: ENCONTRO NACIONAL DE PROFESSORES DE PSICOLOGIA MÉDICA, 4, 2004, Goiânia. **Carta de Goiânia...** Goiânia, 2004b.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cutrix, 1982. 447p.

CARVALHO, V. A A vida que há na morte. In: BROMBERG, M. H. P. F.; KOVÁCS, M. J.; CARVALHO, M. M. M. J.; CARVALHO, V. A **Vida e morte: laços da existência**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p.35-75.

CASSORLA, R. M. S. Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In: KOVÁCS, M. J. (Org.) **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. p.91-112.

COCCO, M. I. M., Práticas educativas em saúde e a construção do conhecimento emancipatório. In: BAGNATO, M. H. S.; COCCO, M. I. M.; DE SORDI, M. R. L. (Orgs.) **Educação, saúde e trabalho**. Antigos problemas, novos contextos outros olhares. Campinas: Alínea, 1999. cap.5, p.63-70. COFEN. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/_novoportar/selection008.asp?InfoID=&EditionID=8&SectionParentID>. Acesso em: 16 nov. 2004.

COMBINATO, D. S.; LOPES, A. A. Análise de comportamentos de profissionais da saúde em interação com mulheres em tratamento do câncer da mama. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 30., 2000, Brasília. **Anais...** Brasília: UnB, Finatec, 2000. p.251.

COMBINATO, D. S.; LOPES, A. A. Curso de formação continuada para profissionais da saúde em interação com mulheres com câncer da mama: contribuições e desafios. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 13., 2001, Bauru. **Anais...** Bauru: UNESP, 2001. p.215.

COMBINATO, D. S.; GARBULHO, N. F.; MARTINS, S. T. Expressões emocionais e a formação da identidade: projeto profissional de um médico que atua com pacientes terminais. In: ENCONTRO DE PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA, 5., 2001, Bauru. **Anais...** Bauru: UNESP, 2001, p.75-6.

COMBINATO, D. S. Diagnóstico e implementação de desenvolvimento de equipe em uma instituição pública de saúde. In: GOULART JUNIOR, E.; CANÊO, L. C.; LUNARDELLI, M. C. F.; (Orgs.) **A construção de práticas profissionais em Psicologia Organizacional**, UNESP/Bauru, 2003a. p. 127-45.

COMBINATO, D. S. Re-orientação profissional: ressignificando a prática médica no serviço público de saúde. In: GOULART JUNIOR, E.; CANÊO, L. C.; LUNARDELLI, M. C. F.; (Orgs.) **A construção de práticas profissionais em Psicologia Organizacional**, UNESP/Bauru, 2003b. p. 146-62.

COUTINHO, M. C. Subjetividade e trabalho. In: LUCCHIARI (Org.) **Pensando e vivendo a orientação profissional**. 5.ed. 1993. cap.11, p.117-22.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. 2.ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999. 206p.

DUARTE, N. Formação do indivíduo, consciência e alienação: o ser humano na psicologia de A. N. Leontiev. **Caderno CEDES**. 24(62): 44-63, 2004.

DURKHEIM, E. As regras do método sociológico. In: GIANOTTI, J. A. (Org.) **Durkheim**. São Paulo: Abril Cultural, 1978, p.71-161. (Os pensadores).

ESSLINGER, I. **O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal?** ... um estudo acerca do morrer com dignidade. São Paulo, 2003. (Tese – Doutorado - Universidade de São Paulo).

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Psicologia - uma introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência**. São Paulo: EDUC, 1991. 75p.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 17ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002. p.99-111.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165p.

GARCIA, M. P. B. Reorientação profissional em grupo – planejamento por encontro. In: LISBOA, M. D.; SOARES, D. H. P. (Orgs.) **Orientação profissional em ação: formação e prática de orientadores**. São Paulo: Summus, 2000. cap.9, p.144-68.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. 312p.

GONÇALVES, M. G. M. A psicologia como ciência do sujeito e da subjetividade: a historicidade como noção básica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.) **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. cap.2, p.37-52.

JACOBUCI, M. Relatos de experiências vivenciadas no cotidiano profissional de uma assistente social. In: REZENDE, V. L. (Org.) **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Campinas: Editora da Unicamp, 2000. p.61-8.

KLAFKE, T. E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico – paciente terminal em cancerologia. In: CASSIORLA, R. M. S. (Org.) **Da morte**. Campinas: Papyrus, 1991. p. 25-49. (Estudos Brasileiros).

KOSEKI, N. M. O programa de cuidados paliativos do CAISM – o alcance da medicina. In: REZENDE, V. L. (Org.) **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Campinas: Editora da Unicamp, 2000. p. 23-31.

KOVÁCS, M. J. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In: CASSIORLA, R. M. S. (Org.) **Da morte**. Campinas: Papyrus, 1991. p. 79-103. (Estudos Brasileiros).

KOVÁCS, M. J. Morte, separação, perdas, o processo de luto. In: KOVÁCS, M. J. (Org.) **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992a. cap.9, p.153-69.

KOVÁCS, M. J. Pacientes terminais e a questão da morte. In: KOVÁCS, M. J. (Org.) **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992b. cap.11, p.195-211.

KOVÁCS, M. J. O profissional de saúde em face da morte. In: OLIVEIRA, M. F. P.; ISMAEL, S. C. (Orgs.) **Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia**. Campinas: Papyrus, 1995, p. 89-105.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: um desafio na formação de profissionais de saúde e educação.** São Paulo, 2002. (Tese - Livre-docência - Universidade de São Paulo).

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, 14(2): 115-67, 2003.

KOVÁCS, M. J. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L (Orgs.) **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004. cap. 17, p.275-89.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LANE, S. T. M. Linguagem, pensamento e representações sociais. In: LANE, S. T. M., CODO, W. (Orgs.) **Psicologia social: o homem em movimento.** 13.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p.32-9.

LANE, S. T. M. Avanços da psicologia social na América Latina. In: LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. (Orgs.). **Novas veredas da psicologia social.** São Paulo: EDUC/Brasiliense, 1995a. p.67-81.

LANE, S. T. M. Usos e abusos do conceito de Representação Social. In: SPINK, M. J. P. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1995b. p.58-72.

LANE, S. T. M. A dialética da subjetividade versus objetividade. In: FURTADO, O.; GONZÁLES REY, F. L. (Orgs.) **Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.11-7.

LEONTIEV, A. **Atividade, conciencia y personalidad.** Buenos Aires: Ciencias del Hombre, 1978a.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo.** Tradução de Manuel D. Duarte. Lisboa: Horizonte Universitário, 1978b.

LIPP, M. E. N. Burn-out: uma barreira entre o profissional da saúde e o paciente. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, XXIX, 1999, Campinas. **Resumos de Comunicação Científica...** Ribeirão Preto: SBP/Legis Summa, 1999. p. 27.

LISBOA, M. D. A formação de orientadores profissionais: um compromisso social multiplicador. In: LISBOA, M. D.; SOARES, D. H. P. (Orgs.) **Orientação profissional em ação: formação e prática de orientadores.** São Paulo: Summus, 2000. cap.1, p.11-23.

LOPES, A A **Formação e Práticas de Profissionais da Saúde em Interação com Pacientes Oncológicos.** São Carlos, 2003. (Tese – Doutorado - Universidade Federal de São Carlos).

LOPES, A. A.; COMBINATO, D. S.; REALI, A. M. M. R. Desenvolvimento e aprendizagem profissional de agentes educacionais: um estudo que envolve a área da saúde. In: SILVA, A.; ABRAMOWICZ, A.; BITTAR, M. (Orgs.) **Educação e pesquisa: diferentes percursos, diferentes contextos.** São Carlos: RiMa, 2004. p.289-308.

MACHADO, M. H.; REGO, S.; OLIVEIRA, E. S.; LOZANA, J. A.; PEREIRA, S. R.; PINTO, L. F. et al. **Os médicos no Brasil: um retrato de realidade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 244p.

MARANHÃO, J. L. S. **O que é morte.** São Paulo: Brasiliense, 1996. 77p. (Coleção Primeiros Passos)

MARTINS, L. M. A natureza histórico-social da personalidade. **Caderno CEDES.** 24 (62): 82-99, 2004.

MARTINS, S. T. F. **Psicologia social e saúde: a produção científica no Estado de São Paulo nos anos 90.** Botucatu: UNESP, 2004 (Relatório de pesquisa).

MARX, K.; ENGELS, F. Feuerbach. Oposição entre a concepção materialista e a idealista. In: ____ . **A ideologia alemã.** 4.ed. Lisboa/São Paulo: Presença/Martins Fontes, 1980. p.11-102.

- MCCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L (Orgs.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. cap. 11, p.167-80.
- MELEIRO, A. M. A. S. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. 271p.
- MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 44(2): 135-40, 1998.
- MELO, A. G. C. Os cuidados paliativos no Brasil. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L (Orgs.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. cap.18, p.291-9.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. 269p. (Saúde em Debate).
- MONTERO, M. El concepto de alienacion en la dependencia. Aspectos psicologicos. In: ____ . **Ideologia, alienacion y identidad nacional – una aproximación psicosocial al ser venezolano**. Caracas: Ed. dela Biblioteca, 1991. P.57-70.
- MORAES, M. C. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Editora Psy, 1994, p. 57-63.
- MORAIS, R. Homem e morte: visão antropológico-filosófica e senso comum. In: REZENDE, V. L. (Org.) **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Campinas: Editora da Unicamp, 2000. p.95-106.
- MORGON, F. H.; GUIRARDELLO, E. B. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 12(2): 198-203, 2003.
- OLIVEIRA, E. C. N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicologia: ciência e profissão**, 22(2): p.30-41, 2002.

OLIVEIRA, J. H. B. **Viver a morte: abordagem antropológica e psicológica**. Coimbra: Almedina, 1998. 255p.

PERDICARIS, A. A. M. A semiótica da morte e do morrer: um desafio à comunicação institucional. In: REZENDE, V. L. (Org.) **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Campinas: Editora da Unicamp, 2000. p.107-17.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. cap. 12, p.181-208.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Introdução. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.) **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 1-7.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 198p.

QUEIROZ, M. S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico**. Bauru/SP: Edusc, 2003. 230p.

QUINTANA, A. M.; CECIM, P. S.; HENN, C. G. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. **Revista brasileira de educação médica**. 26(3): 204-10, 2002.

REZENDE, V. L. Abordagem psicológica para pacientes terminais. In: REZENDE, V. L. (Org.) **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Campinas: Editora da Unicamp, 2000. p.69-81.

RIOS, T. A. **Ética e competência**. 11.ed. São Paulo: Cortez, 2001.86p.

RODRIGUES, J. V. ; BRAGA, E. N. Programa Cuidando do Cuidador em Fortaleza Ceará. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.) **Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver**. São Paulo: Summus Editorial, 1998, p.52-61.

- SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. P. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p.19-45.
- SALOUM, N. H.; BOEMER, M. R. A morte no contexto hospitalar: as equipes de reanimação cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 7(5): 109-19, 1999.
- SAWAIA, B. B. Dimensão ético-afetivo do adoecer da classe trabalhadora. In: LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. (Orgs.) **Novas veredas da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p.157-68.
- SCHRAMM, F. R. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 48(1):17-20, 2002.
- SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2. ed. atual. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2003. p.1142-82. v. 2.
- SIQUEIRA, J. E. A arte perdida de cuidar. **Bioética**. 10(2): 89-106, 2002.
- SIQUEIRA, J. E. Sobre a morte e o morrer: tecnologia ou humanismo? **Rev Assoc. Méd. Brasil**. 49(1): 7,2003.
- SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**. 9(1): 31-41, 2004.
- SOUZA, E. P.; GONÇALVES, S. P. Visão e atuação do enfermeiro na assistência a pacientes fora de possibilidades terapêuticas. In: REZENDE, V. L. (Org.) **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Campinas: Editora da Unicamp, 2000. p.49-59.
- SOUZA, M. T. M., LEMONICA, L. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. **Bioética**. 11(1): 83-100, 2003.
- VALENTE, S. H.; BOEMER, M. R. A sala de anatomia enquanto espaço de convívio com a morte. **Rev Bras Enfermagem**. 53(1): 99-108, 2000.

VALORES, L. A.; RAMOS, C. C. O compromisso social da universidade face à escolha da profissão e ao processo de construção da identidade profissional: a experiência de implantação de um serviço permanente de orientação profissional da Universidade Federal do Paraná. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ORIENTAÇÃO VOCACIONAL & OCUPACIONAL – ABOP, 4, 2001. São Paulo. **Anais...** São Paulo: Vetor, 2001, p.99-108.

VIANNA, A., PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. **Rev Ass Med Brasil**, 44 (1): 21-7, 1998.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: "*muito falado e pouco vivido*". **Rev Latino-am Enfermagem** 10(2): 137-44, 2002.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. Tradução de José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 191p.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. Tradução de Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 496p.

VYGOTSKI, L.S. Pensamiento y lenguaje. In: _____. **Obras escogidas II**. Tradução de José Maria Bravo. 2. ed., Madrid: Machado Libros, 2001. (Aprendizaje, v. XCIV).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who definition of palliative care. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> . Acesso em: 16 nov. 2004.

ANEXOS

Anexo I- Termo de consentimento livre e esclarecido

Sabe-se que a tarefa de lidar com a doença, dor e morte tem sido considerada penosa, difícil e altamente ansiogênica. Por isso, o cuidado com o cuidador – seja na formação acadêmica e/ou durante a atuação prática - é fundamental para o exercício profissional.

Com perspectivas futuras de implantar programas preventivos e/ou interventivos no âmbito educacional e do trabalho, garantindo assim a qualidade do serviço prestado pelo (*nome do hospital*) e a qualidade de vida no trabalho do profissional da saúde vinculado às Unidades de Terapia Intensiva (adulto), o objetivo desta pesquisa é investigar a concepção de morte e a atuação de profissionais da saúde nessas unidades, através de uma entrevista individual que será gravada em fita cassete.

Como o tema dessa pesquisa envolve questões existenciais, é possível que ao responder a entrevista você tenha algum desconforto e/ou sofrimento. Caso isso aconteça, você tem a liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento. Acompanhamento psicológico também será disponibilizado em caso de necessidade.

É garantido o sigilo das informações, assegurando a privacidade quanto aos seus dados confidenciais.

Sendo assim, eu _____,
RG _____ concordo em participar da pesquisa “A concepção de morte e a atuação de profissionais da saúde em Unidade de Terapia Intensiva: implicações educacionais”, autorizando a gravação da entrevista em fita cassete e a utilização dos dados obtidos nessa pesquisa para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalhos científicos, ressaltando o sigilo e a ética.

(município e data)

(assinatura)

Anexo II- Roteiro da entrevista

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome (iniciais):

Sexo: () feminino () masculino

Data de nascimento:

Estado civil:

Profissão:

Local e ano de conclusão do curso superior:

Pós-graduação: () sim () não Especificar:

Tempo de serviço (nesta profissão e neste local):

Religião:

QUESTÕES:

- 1- O que levou você a escolher a profissão de ... (médico, enfermeiro)?
- 2- Quais as atividades desempenhadas por você nesse hospital?
- 3- Considerando as atividades que hoje você desenvolve, quais os conhecimentos, habilidades e competências necessárias para o desempenho satisfatório da sua função?
- 4- Como você avalia a sua formação profissional em termos dos conhecimentos, habilidades e competências necessárias para o desempenho da sua função (Graduação e Pós-Graduação)?
- 5- Em algum momento você considera difícil desempenhar sua atividade junto ao paciente? Qual (is)? Como você lida nessa situação?
- 6- Hoje, qual o significado da morte para você?
- 7- Anteriormente, como a morte era vista por você (infância, juventude)?
- 8- Na sua história, existe alguma experiência de morte que o (a) tenha marcado? Qual? Quais os sentimentos e pensamentos presentes nessa situação? Como lidou com a situação?
- 9- A morte está presente na sua atuação profissional? Em que sentido? Como você lida com essa (s) situação (s)?
- 10- Para você, qual o papel do profissional da saúde diante de questões que envolvem a morte?

- 11- Você poderia relatar algum acontecimento envolvendo a morte no contexto profissional (quando foi; qual o vínculo que tinha com o paciente; quais os sentimentos, pensamentos e comportamentos que teve; como elaborou essa perda)?
- 12- Você conversa com o paciente sobre a morte? Em que ocasião? O que você fala? Como você se sente?
- 13- Você conversa sobre a morte com outras pessoas? Por quê? Com quem? O quê? Como você se sente?
- 14- A sua formação (graduação e/ou pós-graduação) contemplou o estudo de temas relacionados à morte? Como?
- 15- Qual o significado do trabalho para você?
- 16- Como você avalia seu ambiente de trabalho (estrutura física, condições de trabalho, interação com outros profissionais)?
- 17- Na sua opinião, quais os motivos de satisfação e/ou insatisfação do profissional da saúde que lida com questões que envolvem a morte?
- 18- Você se sente satisfeito atualmente no campo profissional? Por quê?
- 19- Como você está se sentindo, após esta entrevista e a respeito do que você falou?
- 20- Você gostaria de falar mais alguma coisa ou fazer alguma pergunta?