

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE – FANESE**
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
**ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E DA
FAMÍLIA**

JANINE MARTINS CARDOSO

**UM ESTUDO SOBRE OS IMPACTOS DO TRABALHO NA
SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DE
ATENDIMENTO AO PACIENTE TERMINAL**

Aracaju – SE

2009

JANINE MARTINS CARDOSO

**UM ESTUDO SOBRE OS IMPACTOS DO TRABALHO NA
SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DE
ATENDIMENTO AO PACIENTE TERMINAL**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-
Graduação e Extensão da FANESE,
como requisito para a obtenção do
título de Especialista em Gestão em
Saúde Pública e da Família.**

Aracaju – SE

2009

JANINE MARTINS CARDOSO

**UM ESTUDO SOBRE OS IMPACTOS DO TRABALHO NA
SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DE
ATENDIMENTO AO PACIENTE TERMINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe - FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e da Família.

Avaliador

Coordenador do curso

Janine Martins Cardoso

Aprovada com média: 8,5

Aracaju (SE), _____ de _____ de 2009.

RESUMO

As reflexões do presente artigo trazem questões acerca da morte e do morrer, dos impactos sofridos pelos profissionais da saúde nos cuidados dos pacientes que estão em fase terminal. Diante da prática hospitalar é possível observar que a equipe não consegue lidar com esse tipo de paciente e que a dificuldade em lidar com essa situação interfere diretamente na dinâmica de trabalho dos profissionais, suas reações diante da morte e também diante de todo processo do atendimento ao paciente. O contato com a morte irradia estímulos emocionais gerando um ambiente psiquicamente insalubre. Quando a equipe de saúde se defronta com pacientes que vão morrer, é mobilizada por idéias, sentimentos e fantasias de variadas intensidades, onde predominam aquelas com características que aterrorizam. Para o profissional de saúde, é importante que esteja em uma equipe integrada. Onde haja um espaço para discussões, troca de informações, possibilitando assim um melhor atendimento ao paciente e também um espaço onde esse profissional possa falar sobre suas dificuldades.

Palavras-chave: Morte. Paciente terminal. Equipe de saúde.

ABSTRACT

The reflections of this Article bring issues about death and dying, the impacts suffered by health professionals in the care of patients who are in the terminal stage. In the face of hospital practice can be observed that the team can not handle this type of patient and the difficulty in dealing with this situation directly interfere in the dynamics of working professionals, their reactions in the face of death and before the whole process of care patient. Contact with death radiates emotional stimuli generating an unhealthy psychological environment. When the health team is faced with patients who will die, is called by ideas, feelings and fantasies of different intensities, which dominate those with characteristics that terrorize. For the health professional, it is important that in an integrated team. Where there is a space for discussion, information exchange, therefore enabling a better service to the patient and also an area where the professional can talk about their difficulties.

Keywords: Death. Terminal patient. The health team.

SUMÁRIO

RESUMO.....	
1 INTRODUÇÃO	07
2 O PACIENTE TERMINAL	09
2.1 A Morte	09
2.2 O Paciente Terminal	11
3 A SAÚDE DE QUEM TRABALHA NA SAÚDE.....	14
3.1 O Trabalho	14
3.2 A Saúde Mental	15
4 OS IMPACTOS DO TRABALHO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE TERMINAL NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES	19
5 CONCLUSÃO	23
6 REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

É a morte que dá vida, pois a morte nos impõe a consciência da finitude de nossa existência. Ela confere a cada um dos nossos atos uma incomparável dignidade e a cada instante que passa a sua unidade. Na fluida duração, ela nos singulariza. Sem ela nós não seríamos ninguém, no sentido mais exato do termo (ZIEGLER, 1970, p. 12).

A morte é delimitada pela razão. As crenças existem para confirmar tal hipótese e vão além, quando asseguram o bem-estar da humanidade. Se não existissem promessas de recompensas pós-morte pelas boas maneiras, boas ações, o homem viveria ilhado em si mesmo.

A evolução permite assegurar que o conservadorismo nada mais é do que o medo da morte, que traz em si o medo de ser mortal - ou de não ser imortal. É o medo da mudança, do desconhecido, da finitude.

Somente quando se tiver a questão da própria morte "resolvida", poder-se-á lidar com a morte do outro. Elaborados os sentimentos, não precisará temê-los quando vêm à tona e estar-se-á preparado para escutar e partilhar dos sentimentos de quem está morrendo. Mas, e quando não há este preparo? Ou mesmo, como preparar-se para lidar com a morte do outro? Como o profissional que está confrontado com a possibilidade da morte do outro lida com as questões que surgem desta situação? São estes os questionamentos que se propõe discutir neste trabalho.

O interesse pessoal por esta questão vem da observação na prática hospitalar dos aspectos que interferem na dinâmica de trabalho dos profissionais e suas reações diante da morte / cuidado dos pacientes terminais. Percebe-se que a equipe não consegue lidar com esse tipo de paciente e qualquer um dos membros da equipe que desconheça as particularidades desse paciente poderá incorrer em erros que repercutirão em todo o processo do paciente.

Os objetivos do presente trabalho são o de desvelar quais os sentimentos que surgem na equipe diante do atendimento ao paciente terminal e investigar se esses sentimentos interferem na dinâmica do atendimento.

Com o intuito de discutir essas questões, foi realizada neste trabalho uma pesquisa bibliográfica. Este trabalho pretende abordar, através deste instrumento, a questão dos impactos que o atendimento a pacientes terminais trazem à equipe profissional.

Para uma melhor compreensão sobre o tema, este trabalho está dividido em 3 capítulos:

O Capítulo 1, intitulado "O paciente terminal", aborda questões acerca do paciente terminal. Também foi feito um breve relato sobre a morte com o objetivo de situar o leitor sobre a visão atual da mesma.

No Capítulo 2, "A saúde de quem trabalha na saúde", foi feito um embasamento teórico levantando questões sobre a saúde do trabalhador.

Por fim, o Capítulo 3, "Os impactos do atendimento ao paciente terminal", discutirá sobre os impactos que o atendimento a pacientes terminais traz ao profissional da saúde.

2 O PACIENTE TERMINAL

Oh, morte, teu servo bate à minha porta. Ele cruzou o mar desconhecido e trouxe ao meu lar o teu chamado. A noite é como breu e meu coração treme de medo; mesmo assim tomarei da lâmpada, abrirei os portões, e farei vénia em sinal de boas-vindas. É o teu mensageiro que está à minha porta. Eu o venerarei de mãos postas e com lágrimas nos olhos. Eu o venerarei, colocando a seus pés o tesouro do meu coração. Ele retornará com a missão cumprida, deixando uma sombra escura na manhã do meu dia; e, em meu lar desolado, só permanecerá o meu desamparado ser, última oferta de mim para ti.

Tagore

Gitanjali, LXXXVI.

2.1 A Morte

Morte, s.f. (lat. mors. mortis). Fim da vida animal ou vegetal: assistir à morte de alguém. Cessação completa da vida: morrer de morte violenta. A pena capital: ser condenado à morte. Maneira de morrer: uma bela morte honra a vida inteira. Fig. Grande desgosto, aflição profunda: ter a morte no coração. Falta de movimento de vida: tudo ali era silêncio e morte. Causa de ruína: a guerra é a morte do comércio. Termo, fim: a morte do Império Romano. Esqueleto nu ou envolto em mortalha, e armado de uma foice, que representa a personificação da morte. Morte civil: perda de todos os direitos de cidadão. Ódio de morte, ódio profundo, figadal. Morte natural,

a que é provocada por doença. Morrer de morte macaca. Duelo de morte, aquele que só deve terminar pela morte de um dos combatentes. Morte de alma, morte eterna, pecado mortal, privação da vida bem-aventurada. Entre a vida e a morte, em grande perigo de morrer. Em artigos de morte, quase expirar. Para a vida e para a morte para sempre. Loc. Adv. De morte, profundamente, mortalmente: Antôn.: nascimento, vida (GRAVE e COELHO NETO, [19--]).

O século XX traz a morte que se esconde, a morte vergonhosa, a morte que não pertence mais à pessoa, tira-se-lhe a sua responsabilidade e depois a sua consciência. A sociedade atual expulsou a morte para proteger a vida. Não há mais sinais de que uma morte ocorreu. O grande valor do século atual é o de dar a impressão de que “nada mudou”, a morte não deve ser percebida (KOVÁCS, 1992, p.39).

A sociedade mercantil cria um sistema de imortalidade das pessoas, negando qualquer status aos mortos, e carrega o momento da morte de todas as qualificações pejorativas que se possa imaginar, esvazia, oculta, nega a morte. É um sistema que aliena a quem morre, privando-o de sua própria morte. Mesmo com todo o poder na mão do médico e o paciente sem nenhum, o indivíduo continua sendo o sujeito epistêmico de sua morte (KOVÁCS, 1992, p.41).

O local da morte, na sociedade capitalista ocidental é transferido do lar para o hospital. No século XX, a maioria das pessoas não vê os parentes morrerem. O hospital é conveniente, pois esconde a repugnância e os aspectos sórdidos ligados à doença.

Ao negar a morte, deixa-se de viver a intensidade do hoje e vive-se uma eterna preparação para o amanhã. Quando o medo da morte é superado, surge a vontade de viver.

A morte é a cessação do ser humano como ser que age. É o final das fantasias e sonhos. É o término do desejo de imortalidade. É o limite máximo imposto pela finitude. É a afirmação do ser humano enquanto ser finito e limitado.

Quando retrocedemos no tempo, temos a impressão de que o homem sempre abominou a morte e, provavelmente, sempre a repelirá. É inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa vida na terra e, se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora do nosso alcance (KUBLER-ROSS, 1998, p.6).

2.2 O Paciente Terminal

Chama-se paciente terminal, aquele portador de uma doença incurável que o levará, num prazo mais ou menos curto, à morte. É, portanto aquele paciente que se costuma definir como “desenganado”.

O estado mórbido que se chama de doença terminal se caracteriza por algumas situações clínicas precisamente definidas, as quais se podem relacionar da seguinte forma:

1- Presença de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável.

2- Falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico.

3- Presença de numerosos problemas ou sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e alternantes.

4- Grande impacto emocional (no paciente e familiares) relacionado à presença ou possibilidade incontestável da morte.

5- Prognóstico de vida inferior a 6 meses.

O problema que o rótulo terminal ainda traz é a idéia de que nada há mais para fazer pelo paciente, já que a cura não é possível. Muitas vezes, então, o paciente fica abandonado à sorte e sua própria morte.

Os pacientes terminais apresentam peculiaridades próprias que o profissional deve conhecer. O controle dos sintomas do estado terminal deve ser abordado não só do ponto de vista farmacológico, mas também, do ponto de vista psicológico, social, familiar, espiritual etc.

Nesses pacientes, os sintomas costumam vir de diversos fatores. Podem ser decorrentes da própria doença que o levou ao estado terminal, ou do tratamento médico fortemente agressivo à saúde ou da debilidade física geral, ou de causas totalmente alheias à doença grave, como o estado emocional do paciente.

Sobre as possibilidades que surgem a partir da doença, Brandão (2002) aborda que:

O ser humano é imprevisível e os momentos de crise, de desorganização abrem-lhe caminho para múltiplas possibilidades de reorganização e crescimento. Se lhe dermos o suporte necessário, é no sentido deste crescimento e expansão de si mesmo como

pessoa que ele caminhará, sobretudo a partir da clara consciência de sua finitude, mesmo que cronologicamente pouco tempo lhe reste. A questão desloca-se do “quanto” para “o que” viver. E os últimos momentos são capazes de resignificar toda uma existência (BRANDÃO, 2002, p. 154).

Kubler-Ross (1998), em seu trabalho com pacientes terminais, descobriu que as pessoas, quando têm a notícia de que estão com uma doença incurável, passam por 5 fases. São elas:

1^a - A negação – Nesta fase, que ocorre em seguida à notícia de sua doença, o paciente nega esta realidade. Neste momento, é muito importante a participação dos familiares e amigos, pois se estes reforçam a negatividade, eles contribuem para a sua permanência nesta fase de negação que, apesar de ser muito importante como “pára-choque” da realidade, não deve ser conservada indefinidamente.

2^a - A raiva – Nesta fase o paciente já admite estar com a doença terminal, porém ainda questiona o por que de ser ele o doente. Sua atitude passa a ser de raiva, sentimento este que se volta contra o médico, contra a medicina, contra toda a equipe de saúde. Volta-se contra familiares, a sociedade e até mesmo contra Deus. Ele está à procura do responsável por sua doença e se rebela contra o fato de ser ele, e não outra pessoa, que está naquela situação.

3^a - A barganha – Uma vez admitido pelo paciente que ele está com uma doença terminal, que é ele mesmo e não outra pessoa, vem então a fase da barganha, quando ele tenta superar seu mal através de promessas e barganhas. Quando percebe que tais negociações também não produzem resultados, entra na quarta fase.

4^a - A depressão – Nesta fase, o paciente já tem como definitivo o seu processo patológico, mas ainda não está preparado para aceitar a morte. Ele precisa de silêncio e, por vezes, de isolamento. Ele mesmo busca tais situações, pois assim é que terá a oportunidade de reavaliar a sua vida, buscando aquelas coisas que gostaria de terminar.

5^a - A aceitação – Neste momento, o paciente completou todos os seus negócios que eram possíveis de serem completados. E já aceitou a impossibilidade de completar os que não eram possíveis. Está, então, pronto para o momento final.

Faz-se importante a questão de como o paciente terminal é visto pela sociedade, que muitas vezes o destitui de seus direitos como pessoa e como cidadão. A sua fala é desqualificada, as suas vontades e necessidades não são ouvidas, as suas avaliações e escolhas não são consideradas dignas de crédito. A ele é imposta uma completa submissão em nome de um “saber” e de um “cuidado” (BRANDÃO, 2002, p.145).

A pessoa tem o direito de tomar decisões sobre sua vida e sobre sua morte, o que pressupõe ela ter conhecimento de sua doença, do que lhe está acontecendo e das suas possibilidades de tratamento. Somente quando tiver essas informações, poderá participar do seu tratamento (BRANDÃO, 2002, p.146).

Seja qual for a origem dos sintomas e do quadro geral que o paciente apresenta, é necessário explicar, da melhor forma possível, sobre o que está ocorrendo e sobre as possíveis questões que possam estar preocupando-o. Também a família deve estar sempre bem informada, especialmente quando os cuidados estiverem a cargo dela.

Além dos cuidados práticos que são facilmente compreendidos pela família ou ficam a cargo da instituição, tem-se a questão social e psicológica que cercam os pacientes terminais. Como a maior delas temos o preconceito que advém da própria estrutura da nossa sociedade que valoriza a capacidade produtiva dos indivíduos e, no caso dos pacientes terminais, a perda da capacidade funcional levará a um desamparo social. Devido ao fato do doente estar excluído das condições impostas pelo sistema, ele é visto como alguém merecedor de pena, além do fato de ser portador de um quadro irreversível e estar, ilusoriamente, mais próximo da morte do que os outros.

3 A SAÚDE DE QUEM TRABALHA NA SAÚDE

*"Sem trabalho a vida estraga-se,
mas quando o trabalho é cruel, a
vida sufoca-se e morre".*

Albert Camus, 1942.

3.1 O Trabalho

Albornoz (1994) menciona que, em todas as línguas da cultura européia, trabalhar tem mais de uma significação. Em português, a palavra trabalhar, apesar da existência do sinônimo labor, suporta ambas as significações: a de realizar uma obra que expresse o sujeito, que dê reconhecimento social e permaneça além do nível individual da sua via; e a de esforço rotineiro e repetitivo, sem liberdade, de resultado consumível e de incômodo inevitável (MAURO, GIGLIO e GUIMARÃES, 1999, p. 118).

Para Dejours (1987), o trabalho é a ocasião do sujeito perseguir seu questionamento interior e de traçar sua história, de se inserir em relações sociais para as quais pode transferir o questionamento de seu passado e de sua história afetiva. O trabalho traz a possibilidade de jogar com o sofrimento que pode levar a descobertas e criações socialmente úteis e que trazem em contrapartida o reconhecimento e identidade. Portanto, o prazer no trabalho é um produto derivado do sofrimento, que adquire um novo sentido, dando acesso a uma história, a uma renovação. Pela série encadeada de suas descobertas ou de suas invenções, o sujeito se experimenta e se transforma. Assim, é um erro querer eliminar o sofrimento do trabalho. Antes, dever-se-ia proporcionar condições nas quais os trabalhadores pudessem gerir seu próprio sofrimento em proveito de sua produtividade (MAURO, GIGLIO e GUIMARÃES, 1999, p. 11).

O trabalho vem se tornando cada vez mais central na vida das pessoas. Essa centralidade traz consequências paradoxais para a integridade física, psíquica e social dos trabalhadores. De um lado, o trabalho – como atividade produtiva ontológica - constituinte da identidade do

trabalhador, assume papel essencial para assegurar a saúde. De outro, os contextos nos quais ele se insere podem se caracterizar pela precariedade das condições e pela falta de oportunidades de desenvolvimento profissional, contribuindo para um possível adoecimento dos trabalhadores (MENDES e CRUZ, 2004, p.40).

3.2 A Saúde Mental

A análise da inter-relação saúde mental e trabalho e processo de saúde/doença utiliza-se de várias referências científicas, daí as discussões sobre o que se chama saúde mental serem praticamente infindáveis entre os diversos autores.

A abordagem psicológica define a doença mental como uma desorganização ou perturbação da personalidade. Desta forma, as doenças mentais se definem a partir da amplitude das perturbações, do que é considerado como comportamento padrão ou personalidade normal.

Para a psicodinâmica do trabalho, as investigações sobre a saúde e doença mental estão na direção das estratégias elaboradas pelos trabalhadores para enfrentar a situação de trabalho. A normalidade é um fator de equilíbrio psíquico precário entre os constrangimentos do trabalho desestabilizante ou patogênico e as defesas psíquicas (MAURO, GIGLIO e GUIMARÃES, 1999, p. 112).

Segundo Dejours (1992), o sofrimento no trabalho vai além do espaço de trabalho; o sofrimento não implica só em processos que ocorrem no interior da instituição, mas acrescentam-se os processos que ocorrem fora da instituição, no espaço doméstico e na economia familiar do trabalhador. O indivíduo é visto como portador de uma história passada e de experiências subjetivas; são estas experiências que estabelecem um compromisso entre a história passada e seu presente, para transformar ou escolher o futuro. É neste ponto que surge a angústia. O que faz as pessoas viverem é seu desejo, esperanças, objetivos. Quando o desejo não é possível e não há como vencer a angústia é que se está diante do perigo, do sofrimento e da doença mental (MAURO, GIGLIO e GUIMARÃES, 1999, p. 113).

Pode-se inferir que, de acordo com a proposta da psicodinâmica do trabalho, as situações de doença e/ou morte iminente a que estão sujeitos os profissionais da saúde, não seriam os

únicos determinantes do sofrimento deste trabalhador; existe algo que vai mais além e que, na maioria das vezes, está registrado apenas em seu inconsciente. A relação do homem com a organização do trabalho, uma organização autoritária e que quase sempre não oferece saída apropriada à energia pulsional, irá provocar o aumento da carga psíquica e, consequentemente, se tornará fonte de desequilíbrio para a economia psicossomática.

Garcia (1989) buscou conceituar os “modos de produção de serviços de saúde”, chegando a identificar dois tipos. O primeiro seria o “modo de produção artesanal” com as características seguintes: os agentes são proprietários dos meios de diagnóstico, tratamento e cuidado; não existe um domínio claro de uma categoria sobre a outra na relação médico – paciente (PITTA, 1999, p. 46).

O segundo modelo ele denominou de “burocrático”, onde os agentes perdem o controle do processo global do trabalho: “o indivíduo são ou doente é visto de forma parcelada e surge a necessidade de uma organização total do trabalho. Ocorre, desta forma, a transformação do hospital, que se converte no centro de operações desta nova forma de atenção médica” (PITTA, 1999, p. 47).

A divisão do trabalho no hospital é a reprodução no seu interior da evolução e divisão do trabalho no modo de produção capitalista. A organização científica do trabalho, a supremacia do fenômeno biológico, a dessubjetivação das pessoas envolvidas nas práticas assistenciais e a violência dos discursos de saber e poder determinam o desenvolvimento de comportamentos de dominação e submissão que caracterizam a violência institucional (FAIMAN, DANESI e ZAHER, 2003, p. 257).

A violência institucional assim entendida, associada a alguns aspectos das mudanças que o atendimento em saúde vem sofrendo tem importantes repercussões sobre o profissional de saúde. Sua forma de trabalhar, sua identidade profissional, as expectativas que se deposita em seu trabalho, bem como a qualidade do trabalho e dos vínculos estabelecidos neste âmbito se relacionam a estes fatores. Todos estes aspectos remetem diretamente à saúde mental do profissional de saúde (FAIMAN, DANESI e ZAHER, 2003, p. 257).

A preocupação em melhor instrumentalizar discussões técnicas que valorizem e delimitem funções e tarefas têm levado, nos últimos anos, a um esforço teórico e de investigação deste particular processo de trabalho.

Individualmente, quem trabalha em hospital cuida e tem ideais, compromisso, engajamento, energia. Mas estes atributos podem ser suscetíveis ao *burnout*, que pode ser traduzido como apagar-se ou queimar-se. Trata-se de uma síndrome, fruto do estresse laboral crônico, que afeta os profissionais e sua relação com o trabalho.

O desgaste físico e emocional ao qual os indivíduos estão submetidos em seu ambiente de trabalho e na forma como exercem suas atividades é bastante significativo na determinação de transtornos relacionados ao estresse, como é o caso de depressões, transtornos de ansiedade, fobias, distúrbios psicossomáticos e *burnout*.

O *burnout* tem maior incidência em profissionais que desempenham função assistencial que exige deles elevado investimento na relação interpessoal, marcada pelo cuidado e pela dedicação. Com o passar do tempo, o profissional se desgasta, estressa-se e desiste. As manifestações dessa desistência são a queda da auto-estima, o esgotamento emocional, o surgimento de comportamentos inadequados frente a sua clientela (irritação, descaso, cinismo e distanciamento), a diminuição da produtividade e da auto-realização no trabalho, a instalação de problemas psicossomáticos e o absenteísmo (MENDES e CRUZ, 2004, p. 47).

A experiência de *burnout* pode não ser inicialmente reconhecida ou tornar-se consciente com efeitos posteriores. A negação e os mecanismos de defesa podem ser empregados para ajudar a enfrentar, com sentimentos de distresse (estresse que traz consequências nocivas). Entre os péssimos aspectos do *burnout* nos profissionais do hospital está a perda da motivação para o envolvimento, que promove a perda da fé na habilidade de ajudar aqueles pacientes que lá estão. O risco é maior com tarefas que envolvem cuidados de seres humanos e de maior incidência porque o trabalho é emocionalmente estafante, em parte pelos próprios pacientes, que possuem extremas necessidades psicológicas e físicas, que não serão resolvidas com simples e discretas intervenções (BIAGGI, 2001, p. 51).

O regime de turnos e plantões abre a perspectiva de vários empregos simultaneamente e longas jornadas de trabalho, comuns entre os trabalhadores de saúde,

especialmente num país onde os baixos salários pressionam para tal. Esta prática potencializa a ação daqueles fatores que por si só danificam sua integridade física e psíquica.

4 OS IMPACTOS DO TRABALHO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE TERMINAL NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES

Não tem receita.

Tem você, com todo seu conhecimento...

É uma grande viagem!

Aquilo que cada um vive, é dele, é especial.

Guimarães Rosa

O contato com a morte, mutilações, deformidades e limitações das doenças crônicas irradia intensos estímulos emocionais gerando um ambiente psiquicamente insalubre.

Quando o médico e a equipe de saúde defrontam-se com pacientes que vão morrer, são mobilizados por idéias, sentimentos e fantasias de variadas intensidades, predominando aquelas com características terroríficas.

Uma tarefa altamente ansiogênica, como é o contato diário com os problemas da doença e da morte, cria necessariamente na equipe médica e auxiliares comportamentos defensivos de distintos tipos. Um deles consiste no fato de que muitas tensões na equipe médica, que não são explicitadas e resolvidas neste nível, são deslocadas ao pessoal auxiliar ou às relações entre os pacientes entre si e com o pessoal auxiliar. O médico tende - como conduta defensiva - a adotar uma atitude onipotente que cria e fomenta uma in-comunicação entre os próprios médicos e entre estes com o pessoal auxiliar e os doentes; isto se combina, além disso, com uma exigência implícita de dependência dos pacientes, que se vê facilitada pela regressão a que conduz a própria doença (BLEGER, 1984, p. 61).

A angústia cresce à medida que se aproxima a situação limite, onde a equipe se depara com o paciente vivo, porém próximo à morte. Portador de uma doença que evolui a cada momento, o paciente terminal remete o profissional à realidade da finitude. A equipe, além do mais, não está do lado de um corpo emudecido pela morte: está frente a um indivíduo com o qual

interage, lhe faz perguntas e espera uma resposta. A idéia de que mais nada se tem a fazer reflete uma atitude e negação frente à própria mortalidade. Já que se encontra vivo, não se identifica mais com aquele que está praticamente morto. Surge um sentimento de culpa, não só pela morte do paciente, por vê-la como um fracasso, mas também, por tê-lo matado em mente (COELHO, 2000, p.29).

O risco de ser invadido por ansiedade intensa e incontrolada está presente na própria natureza do trabalho e certamente atenuada ou estimulada pelo próprio processo tecnológico do trabalho no hospital.

Segundo Pitta (1999), esses profissionais desenvolvem mecanismos de defesas estruturados socialmente, que tendem a se tornar aspectos da realidade externa com a qual os novos e os antigos membros da instituição devem entrar em acordo. Tais defesas descritas pela autora poderiam ser classificadas em:

- Fragmentação da relação técnico-paciente (quanto mais íntimo for este relacionamento, mais o técnico estará propício a experimentar angústia, portanto vale qualquer iniciativa na direção de parcelar as tarefas no sentido de reduzir os tempos de contato do técnico com o doente);
- Despersonalização e negação da importância do indivíduo – qualquer paciente é igual a qualquer outro paciente, portanto, ele não é alguém com registro afetivo diferenciado.
- Distanciamento e negação de sentimentos que têm que ser controlados, o envolvimento refreado, as identificações perturbadoras evitadas. Para isso a redução das diferenças individuais exerce um importante papel no desenvolvimento desta necessária couraça.
- Tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas. Nada como antecipar escutas e respostas para não ter, a cada momento, de dedicar-se de corpo e alma às demandas brutas, não estabelecidas em quaisquer sistemas de classificação e respostas.
- Redução do peso da responsabilidade – todas as possibilidades de fuga da angústia da responsabilidade e decisão estarão sendo mobilizadas através de uma série de verificações e contraverificações que o próprio parcelamento e fragmentação das tarefas, de cuidados aos doentes numa instituição concreta, se encarrega. Uma proteção adicional contra o impacto da

responsabilidade específica para tarefas específicas é fornecida pelo fato de que a estrutura formal e o sistema de papéis não logram definir de maneira suficientemente clara quem é responsável pelo que e por quem.

A questão que se coloca então, diante da observação dessas defesas, quanto à relação profissional da saúde-paciente, não é a de se envolver ou não, mas sim a de como se envolver mantendo o papel profissional sem deixar de ser pessoa. O mesmo pode-se dizer de qualquer indivíduo que trabalhe no hospital, desde o mais humilde servente ao diretor do hospital, e mais especificamente do envolvimento que cerca a presença da morte prevista ou acontecida.

Do médico espera-se a cura e o prolongamento da vida; do enfermeiro, cuidados maternais; do psicólogo, o poder de conferir alívio à mente. A equipe em conjunto teria, então, o poder de transformar o paciente e suas condições conforme distorções e expectativas que compõem um ideal pré-concebido; a instituição, o paciente e a própria equipe desejam algumas vezes dos profissionais mais do que podem oferecer. A equipe deve consertar as distorções através de um diálogo contínuo e de uma conduta profissional adequada, permitindo que o paciente expresse suas fantasias e discuta suas expectativas. As orientações acerca do tratamento ajudam a nortear o paciente e a estabelecer um clima de confiança (COELHO, 2000, p.28).

O médico, por exemplo, acostuma-se freqüentemente a desempenhar seu papel profissional através do modelo socialmente sancionado da eficiência que lhe é exigida, muito próximo da caricatura fria e distante desenhada por esta mesma sociedade exigente, o que acaba por lhe roubar a melhor parte – a da sua participação nas emoções e nos sentimentos. Com esta postura anti-natural age como que exilando-o da própria condição humana para o sótão de uma solidão muitas vezes incompartilhável, que acaba por lhe oferecer como alternativa o papel de semi-deus, encobrindo sua fragilidade (PERAZZO, 1984, p.1).

A defesa contra a presença da morte pode ser percebida através de diferentes estratégias, tais como a onipotência e a necessidade de manter o controle terapêutico que o levam, inclusive, a recusar muitas vezes a intervenção de outros profissionais. Tais estratégias de negação não visam apenas evitar a realidade penosa e frustrante, mas também manter com o paciente uma relação significante (TORRES; GUEDES, 1991, p.57).

Em alguns casos, entretanto, é possível que se estabeleça para o médico o conflito entre evitar a realidade e manter a relação com o paciente e, neste caso, o médico pode recorrer à omissão estratégica como forma de negação, o que se constata, principalmente, através da diminuição da freqüência e da duração das visitas, sobretudo na fase final do paciente (TORRES; GUEDES, 1991, p.58).

Encontra-se o médico, não como um profissional habituado ao trato com a morte, mas sim como um profissional que tem na morte seu limite e seu desafio e para quem a morte é sempre uma surpresa.

O lugar da enfermagem é caracterizado pela dúvida quanto a expressar os sentimentos para o paciente. Parece que há uma rotina na qual as tarefas, muitas e de grande responsabilidade, ficam associadas ao não errar e o não errar fica associado ao não deixar o paciente morrer, ocorrendo, como forma de defesa, uma cisão entre priorizar tarefas e estar com o paciente. Há uma sobrecarga da equipe de enfermagem, responsável por atividades mais burocráticas (passagem de turno, preenchimento de prontuários), por tarefas ligadas ao manejo do corpo do paciente e por ter de aliviar o paciente e a família de sua angústia (ESSLINGER, 2003, p.377).

Ao psicólogo cabe aquilo que chama-se de “cuidado à alma”, no sentido de escuta, do acolhimento da dor e do re-significar a vida, no caso do paciente gravemente enfermo, a partir do vislumbre concreto da morte. Por sua formação, o psicólogo deve facilitar o diálogo franco entre o paciente, a família, os médicos e a equipe de enfermagem, criando uma aliança favorável e imprescindível para qualquer terapêutica (ESSLINGER, 2003, p.380).

5 CONCLUSÃO

Se a morte é apreendida pelos profissionais de saúde como fim, ruptura, fracasso, vergonha e ocultação, ao se depararem com ela, essa experiência passa a ser “terrível” e mostra que os profissionais não são formados para compreender a morte enquanto um momento do ciclo da vida.

Dessa forma, os profissionais de saúde passam por momentos de questionamento sobre a sua finalidade profissional, manifestam sentimentos de insegurança, incapacidade, constrangimento, angústia, sofrimento, dor, culpa e procuram alguma falha nos procedimentos que a justifique.

Para o profissional da saúde, é importante que esteja em uma equipe integrada. Criando-se um espaço de discussão, onde informações são trocadas, a equipe passa a ser integrada, possibilitando assim um melhor atendimento a quem carece de tais cuidados.

Na interação da equipe, os profissionais, com sua formação acadêmica direcionada somente para a vida, viabilizam a integração vida/morte, até então omissa, tendo a oportunidade de elaborarem a morte enquanto condição inerente à vida. Sua relação com o paciente terminal deixa de ser ameaçadora e se faz possível que acompanhe de fato e de perto a evolução total do paciente, sem o sentimento de onipotência e com as questões relacionadas a sua saúde trabalhadas.

Percebe-se a importância de uma proposta educativa que venha preparar esses profissionais para essa experiência do seu cotidiano de trabalho e da vida e, assim, quem sabe, poderão apreender que a morte é um momento do ciclo da vida e, portanto, não é um desafio a ser vencido.

6 REFERÊNCIAS

- BIAGGI, Therezina M. Di. **A relação médico-família em unidade de terapia intensiva: um estudo sobre as percepções do médico intensivista.** 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- BLEGER, José. **Psico-higiene e psicologia institucional.** Tradução Emilia de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BRANDÃO, Lenise M. **Psicologia hospitalar: uma abordagem holística e fenomenológico-existencial.** Campinas: Livro Pleno, 2002.
- COELHO, Fernanda Rocha. **Sofrimento x esperança.** 2000. Monografia. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.
- ESSLINGER, Ingrid. **O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal?** Rev. O mundo da saúde. V.27. jul/set. (373-381), 2003.
- FAIMAN, Carla Segre et al. **Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais de saúde.** São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2003.
- GRAVE, J.; COELHO NETO. **Lello Universal:** novo dicionário enciclopédico Luso-Brasileiro. Porto: Livraria Lello, [19--].
- KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer.** Tradução Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MAURO, Marisa Lúcia F.; GIGLIO, Joel S.; GUIMARÃES, Liliana A. M. Saúde mental do adolescente trabalhador. In: GRUBITS, Sônia; GUIMARÃES, Liliana A. M. (Orgs.) **Série saúde mental e trabalho.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. Cap.7, p.109-127.

MENDES, Ana M.; CRUZ, Roberto M. Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, Álvaro. **Cultura e saúde nas organizações.** Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap.2, p.39-55.

MORIN, E. **O homem e a morte.** Portugal: Publicações Europa-América, 1970.

PITTA, Ana. **Hospital:** dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1999.

TORRES, Wilma da C.; GUEDES, Wanda G. **A morte no contexto hospitalar.** Rev. de Psicologia Hospitalar. n.2. jul/dez. (56-59), 1991.

ZIEGLER, Jean. **Os vivos e a morte:** uma sociologia da morte no Ocidente e na diáspora africana no Brasil, e seus mecanismos culturais. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.