

A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: A VISÃO DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM

(2008)

Liane Di Stefano Da Silva
Maria Eugenia Scatena Radomile
Ana Cristina Vizelli
Universidade São Francisco (Brasil)

Maria Odila Oliani Santos
Santa Casa de Misericórdia de Itatiba (Brasil)

Contactos:
silvaliane@uol.com.br

RESUMO

Participaram oito profissionais da equipe de enfermagem do setor de internação de pacientes de diversas especialidades médicas da Santa Casa de Misericórdia de Itatiba, interior do estado de São Paulo. As respostas das entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo. Os elementos norteadores evidenciados foram condutas com os pacientes, distanciamento e evitação. O distanciamento para manter a postura profissional e a possibilidade de realização da técnica. Em termos de sentimentos e condutas, a evitação do tema e a utilização de recursos de isolamento para proteção aos demais pacientes, familiares e como proteção para si mesmos além de manter uma postura íntegra e sigilosa. Por outro lado, a evitação é necessária, pois não há ainda um espaço para expressão dos sentimentos de impotência e incapacidade. Verificou-se a importância de investir em uma formação continuada, um espaço de apoio e suporte dentro da instituição hospitalar para os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Luto, análise de conteúdo, hospital

A morte é fenômeno de estudos de diferentes disciplinas. Uma delas é a bioética, que se refere à moralidade dos atos humanos que podem alterar, de forma significativa e irreversível, os sistemas representados pelos seres vivos. A bioética tem revelado um amplo leque de problemas

relativos ao processo vida-morte. Assim, trata do fim da vida quanto a sua organização, de ordem existencial e filosófica (Siqueira-Batista & Schramm, 2005).

Como ensinam as ciências da vida e da saúde e a reflexão filosófica e religiosa, e, sobretudo a própria experiência cotidiana: morte, fim e vulnerabilidade são características intrínsecas dos sistemas vivos, portanto um processo irreversível que inclui o nascer, o crescer, o decair e o morrer. A morte é uma certeza da condição humana (Freud, 1974 citado por Siqueira-Batista & Schramm, 2004), uma vez que os seres vivos pertencem a um sistema irreversível e em seu programa biológico de vida contém a mortalidade (Siqueira-Batista & Schramm, 2005).

Sendo assim, vida e morte devem ser consideradas como duas faces inseparáveis da existência humana, durante a qual são mediadas pelas situações de finitude chamadas vulnerabilidade. De acordo com Schramm (2002), apesar dos liames conceituais entre vida, morte, finitude, vulnerabilidade e proteção, há sérias dificuldades em definir a morte uma vez que o indivíduo não tem uma experiência direta com esta. Com efeito, se tem a experiência indireta da morte graças à morte dos outros, entretanto é quase impossível pensar na própria morte sem pensar também na própria vida. Em outros termos, a morte enquanto tal é praticamente impensável e quando, por alguma razão de força maior, ela se impõe à consciência e à elaboração, isso só se dá com muito sofrimento, em situações de vulnerabilidade e por meio de experiências dos seres humanos vivos que vivenciam a precariedade da condição humana, mas não a morte.

De acordo com Elias, (2001, citado por Siqueira-Batista & Schramm, 2004) o tema morte está longe de ser de fácil abordagem e manejo. Nos mais distintos ambientes e lugares a questão da morte como assunto de debate frequentemente é vedada, tornando o tema um genuíno tabu, em relação ao qual se verifica o afastamento como atitude principal. O rechaço ao tema parece ter ligado a si o sentimento de angústia e desamparo diante da idéia de finitude e do desconhecido (Schramm, 2002a citado por Siqueira-Batista & Schramm, 2004).

Enquanto sociedade, as pessoas lidam com a morte por meio da tentativa de excluí-la do seu quotidiano. Essa estratégia também acontece no trabalho dos profissionais da saúde. Então frente à morte do paciente a situação não poderia ser outra; uma vez que a morte deve ser recusada, deve-se, também, negar esta realidade. De fato, esta passa a ser fonte de angústia, constituindo-se num objeto fóbico, num tema que deve ser evitado (Quintana, Cecim & Henn, 2002).

Como consequência disso Quintana e colaboradores (2002) apontam que, em muitos casos, o médico resiste em informar ao paciente o seu diagnóstico. Isso pode assumir uma forma explícita, na qual o profissional simplesmente não responde às perguntas dos pacientes, ou uma forma implícita, por meio da qual o médico lança mão de uma fala técnica e isso implica em ocultar, mais do que transmitir a informação. Proporcional à gravidade da condição do cliente está essa resistência em comunicar o estado do mesmo.

No entanto, ao negar a informação correta ao paciente, não somente está lhe cerceando um direito, como também promovendo dificuldades em sua terapêutica. Com efeito, o paciente vivencia uma contradição quando se omite a gravidade do caso e este não colabora quando é necessário realizar tratamentos agressivos que exijam grandes sacrifícios de sua parte, afinal recebeu a informação do profissional para não se preocupar (Quintana & cols. 2002).

Ainda que esse seja muitas vezes um desejo da equipe médica, manter o paciente na ignorância de seu real estado, em muitos casos, é também anseio compartilhado pela família, o que estabelece um acordo em que a pessoa morre sem saber que ia morrer. Para Quintana e colaboradores (2002) mais do que um costume isso parece ter se transformado numa regra moral tanto que em diversas circunstâncias essa resistência em informar ao paciente sua verdadeira situação é justificada pela manifestação do doente à equipe médica de não querer ser comunicado sobre o seu diagnóstico. Se guiar por regras rígidas, as quais funcionam mais a favor das defesas do profissional contra a angústia gerada pela situação do que em benefício do paciente mostra uma ruptura das comunicações, que se inicia com a atitude de não falar da doença e que, posteriormente, vai contaminando todos os assuntos e como consequência o paciente passa por um isolamento e fingimento de otimismo.

Como observa Kübler-Ross e Kessler (2004) sobre a negação da proximidade do óbito, para um paciente que durante dias finge não conhecer a verdade sobre seu estado de saúde, seria desumano um profissional forçá-lo a aceitar a realidade, quando ele diz claramente não estar pronto ainda para ouvir. Com efeito, Kübler-Ross afirma que a necessidade de negação do paciente é diretamente proporcional à necessidade de negação por parte do próprio médico.

No âmbito da medicina, um duelo de poder é lema estabelecido com a morte no qual quando ela é vencida, a onipotência médica se reproduz e se reafirma em seu objetivo essencial. Os feitos mitológicos do setor corroboram e se atribui ao médico o poder quase divino enquanto a sociedade o reconhece apenas abaixo de Deus. Esses mesmos feitos, do ponto de vista cultural, impulsionam as avançadas pesquisas de genética e de inibição e retardamento do envelhecimento. A grande utopia do século XXI projeta-se no sonho de imortalidade que nunca foi tão vivido e revivido pela medicina e acariciado pela sociedade (Oliveira & Minayo, 2001).

Entretanto mesmo com espetaculares descobertas científicas e tecnológicas que prometem, antes da metade deste século, quase dobrar a expectativa de vida e com a longevidade média aumentando, a morte continua pairando sobre a sociedade nas bases das relações sociais. E assim, contra todas as ameaças de dor e sofrimento, sobretudo vivenciando individualmente, o ser deste novo século percebe a morte como simplesmente a outra banda da lógica da vida, pois ao nascimento, seu próprio germe, a morte está vinculada natural, social e culturalmente (Oliveira & Minayo, 2001).

Considerando a morte como um evento não repetitivo e não atribuível a um único fator, devem ser levados em conta os vários riscos concomitantes e competitivos que atuam na vida de

um ser humano. Segundo Chiang (citado por Barboni & Gotlieb, 1996) para a construção de vida, se pressupõe que em cada grupo etário seja constante a força de mortalidade, definida como coeficiente de mortalidade instantâneo. Em cada indivíduo os vários riscos de morte atuam simultaneamente, havendo para cada risco uma correspondente força de mortalidade o que o autor denomina de teoria dos riscos competitivos. Então para cada idade existe uma razão constante entre forças e o resultado da soma dessas é igual à força de mortalidade total.

A etiologia das doenças é multifatorial, com características biológicas, clínicas e epidemiológicas distintas e com um longo período de latência entre a exposição a um fator de risco e o início das manifestações clínicas. Para a saúde pública mundial, entretanto a etiologia das doenças constitui sério problema, com aumentos acentuados de incidência, em face de distintas características socioeconômicas e culturais (Barboni & Gotlieb, 1996).

No início da década de 80, a mortalidade por acidentes de trânsito, contribuía com cerca de 9% do total, elevando-se para 12,3% em 1990 (37% de aumento). É ainda uma das principais causas de morte no Brasil e merece especial atenção em função do escalonamento da sua ocorrência em todo o mundo. Nesse mesmo período, a taxa de mortalidade por violências elevou-se de 59 para 70 óbitos por 100 mil habitantes. Em 1996, o grupo das doenças do aparelho circulatório foi o grande responsável pela mortalidade em São Paulo (27,7%, em homens, e 38,1%, em mulheres) e em Salvador (24,3% e 34,2%, respectivamente), como em todo o Brasil. Em Salvador, o principal agrupamento de causas de morte foi o de doenças cerebrovasculares. Já em São Paulo foi o das doenças isquêmicas do coração, mais prevalentes em populações com piores condições sociais. Enquanto as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as causas externas de morbidade e mortalidade são típicas do processo de industrialização e urbanização (Barboni & Gotlieb, 1996).

Ainda homicídios, suicídios, violências no trânsito, no trabalho, nos lares são formas apresentadas para assustar pretensos imortais. Descuido, acidente e desobediência às regras do bem-viver também são motivos de morte. Quando adulto, o próprio indivíduo é julgado como culpado e, no caso da criança pequena, a família, por seu adoecimento e pelo “fracasso” que resultou em óbito (Oliveira & Minayo, 2001).

De acordo com as pesquisas de Chiavegatto Filho, Laurenti, Gotlieb e Jorge e Mello (2004) as estatísticas de mortalidade feitas somente com a causa básica podem levar a uma subestimação das causas presentes, já que nem sempre o óbito é consequência direta de apenas uma só causa, mas sim de um conjunto de doenças. A análise da mortalidade por idade no momento do óbito apresentou tendência de crescimento contínuo ao longo da faixa etária dos 20 aos 49 anos.

As transformações da estrutura demográfica e as mudanças dos padrões de morbi-mortalidade no século XX caracterizados pelo aumento da expectativa de vida, queda da fecundidade, envelhecimento das populações, diminuição expressiva da mortalidade infantil, aumento da importância das doenças crônico-degenerativas e elevação da morbi-mortalidade

decorrente da violência iniciou-se com a diminuição dos óbitos por doenças infecciosas, em especial pela diarreia.

A utilização de uma única causa de morte (causa básica de morte) para descrever padrões de mortalidade tem sido criticada por suas limitações, principalmente, quando se tratam de processos mórbidos envolvendo doenças crônico-degenerativas. Com o envelhecimento da população brasileira, a proporção de óbitos em idosos no total de óbitos é cada vez mais importante. Nem sempre, as menções de causas inscritas no atestado vêm contribuir para uma melhor compreensão do processo saúde-doença-morte (Vasconcelos, 2002).

Para dar conta da situação adversa de vida como componente social do processo saúde-doença, Ayres (citado por Batista, Escuder & Pereira, 2004) recupera o conceito de vulnerabilidade que, à semelhança do conceito epidemiológico de risco, busca aferir objetivamente como as características individuais de grupo podem implicar chances aumentadas de doença ou oportunidades diminuídas de proteção contra a doença. A principal conclusão do trabalho de Batista e colaboradores (2004) é a de que há diferenças entre óbitos de pessoas de diferentes origens étnicas e que essas diferenças podem ser caracterizadas. Constata-se que em um estado ocorreram 803 óbitos por gravidez, parto e puerpério e que o grupo de pessoas que concentram essas ocorrências é o de negras.

Sem o intuito de esgotar, mas com o objetivo de traçar um percurso do tema morte serão resgatados alguns pontos apresentados na literatura sobre este tema. De acordo com Schramm (2002) na Idade Média a morte era menos ocultada devido ao fato do morrer ser considerado uma questão mais pública e menos privada. Na sociedade medieval as pessoas morreriam serenas e calmas. A relação entre morte e vida era não só sabida, mas vivida coletivamente com tranqüilidade, resignação e sem expressão religiosa, como as duas faces de um mesmo fenômeno.

Desde finais do século XVIII, Oliveira e Minayo (2001) pontuam que rompendo sua tradicional convivência com o mundo dos vivos, a morte passa a ter um caráter extremamente dramático, com manifestações emocionais incontroláveis por parte dos parentes e amigos, que freqüentemente choram e gesticulam convulsivamente. Muros são construídos em torno dos cemitérios e estes são mantidos com as portas fechadas e longe das cidades e os mortos são lembrados com insistência pelos vivos, por meio da prática de construção de jazigos perpétuos e das visitas aos túmulos e cemitérios. Além disso, o testamento se torna um ato legal de transmissão da herança. Para Schramm (2002) na sociedade moderna, morrer tornou-se um fato meramente privado ou totalmente recalcado.

Oliveira e Minayo (2001) vão além, a morte é profissionalizada, medicalizada, sobretudo hospitalizada sendo desapropriada tanto do contexto do indivíduo e de sua família, quanto de seu meio social mais imediato. A interdição e a recusa da morte são fenômenos inegáveis, no domínio da medicina, sua dimensão biológica suplanta todas as outras e sua tecnificação é crescente, o que dificulta sobremaneira a detecção do momento exato em que ocorre,

transformando o falecimento, no mais das vezes, em um processo prolongadamente doloroso e solitário. É certamente a assim chamada medicalização da vida, sobretudo graças à crescente incorporação tecnológica à medicina, fato, este, que permitiu praticamente estabilizar muitas doenças terminais, como no caso de doentes que podem ser mantidos artificialmente em vida durante longos períodos, senão indefinitivamente.

Em decorrência de uma maior humanização as práticas de tratar e cuidar de quem precisa são concepções de cuidados paliativos. Por se basearem no princípio da qualidade de vida para o paciente e seu entorno, e por ter em conta a globalidade do paciente e de suas necessidades (Schramm, 2002).

Cresce paralelamente, a consciência da legitimidade moral da cultura do respeito da autonomia do paciente favorecendo uma nova atmosfera ao redor do morrer em que se questiona a medicalização mesmo contra os desejos do paciente, para impedir ou postergar a morte. Valoriza-se cada vez mais a qualidade de vida, o respeito à vontade e ao melhor interesse do paciente. Busca-se o “morrer com dignidade”, mais do que prolongar inutilmente a “morte” e o sofrimento do paciente. Nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), a morte é uma realidade muito presente a qual se luta de toda forma. Entretanto, ainda se encontra a adoção de terapias extraordinárias de suporte de vida as quais têm dificultado cada vez mais a definição dos limites terapêuticos nos cuidados intensivos, contrapondo os princípios éticos da beneficência e da não-maleficência. Observa-se, além disso, que de acordo com as diferentes crenças e culturas, tanto profissionais de saúde quanto pacientes e familiares assumem posições distintas diante das situações de pacientes com pouca ou nenhuma esperança de vida internados nas UTIs (Carvalho, Rocha & Lago, 2001).

Se por um lado os avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos são instrumentos de prolongamento de outro o aparecimento de microrganismos multirresistentes aos antimicrobianos usados rotineiramente na prática hospitalar tornaram as infecções hospitalares um problema de saúde pública. As maiores taxas de infecção hospitalar são observadas em pacientes nos extremos da idade e nos serviços de oncologia, cirurgia e terapia intensiva (Turrini & Santo, 2002).

A literatura médica recente e até a imprensa leiga têm abordado o que seria uma morte digna, decente, ou aceitável para um ser humano com relativa frequência em relação ao paciente. O Art. 20 dos Direitos das Crianças Hospitalizadas prescreve o direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis (citado por Garros, 2003). As medidas gerais que podem ser adotadas com relativa facilidade para fazer com que a morte de uma criança se torne cercada de dignidade, humanismo, compaixão e livre de sofrimento físico têm sido tema abordado. Ademais em última análise, facilitar uma boa morte deveria ser considerado um motivo de satisfação, de um dever cumprido, algo semelhante em alguns aspectos a salvar uma vida.

Considerando todos os aspectos supracitados, a morte é, em última instância, a mais difícil problemática humana, raiz de múltiplas angústias existenciais e sua aceitação requer um enorme grau de resignação, humildade e tolerância, que só um desenvolvimento emocional coeso permite alcançar. Inclusive a negação da morte e a fantasia de eliminá-la por meio da medicina é uma das motivações inconscientes da busca dos profissionais de saúde, já densamente demonstrada. Queiroz (2004) continua e propõe que aceitar a morte significa também estar satisfeito com as realizações existenciais, poder se sentir continuado por meio de sua própria obra e, inclusive, elaborar o problema do tempo perdido, das realizações não cumpridas. Viver significa fazer uma sucessão de lutos e aceitar uma série de perdas por imposições da própria vida, contudo não é possível fazer o luto final, por si mesmo.

A literatura atual revela que independente do modo como as pessoas vêm a óbito a temática morte, quando vivenciada no contexto hospitalar, parece ter uma dinâmica bastante característica entre os profissionais. A pesquisadora durante seu estágio de psicologia hospitalar, na Santa Casa de Misericórdia de Itatiba, no interior do estado de São Paulo, pode observar nas ocorrências de óbitos a dinâmica da equipe da enfermagem adulta. Assim, esta pesquisa surgiu do interesse de buscar elementos norteadores para compreender como é vivenciada a temática morte no contexto hospitalar por uma equipe de enfermagem.

Participaram desta pesquisa oito profissionais (88% sexo feminino e 12% sexo masculino) da enfermagem de um hospital público localizado no interior do estado de São Paulo. Todos os entrevistados tiveram contato com óbito de pacientes, durante seu plantão de trabalho (50% trabalham no período da manhã e 50% no período da tarde). A idade variou de 24 a 40 anos.

Todos cursaram até o ensino médio sendo que, cinco são técnicos e três são auxiliares de enfermagem. O ano de conclusão do curso técnico ou de auxiliar variou de 1999 a 2004. O tempo de atuação na profissão varia de 1 a 6 anos

A entrevista foi gravada e utilizou-se um roteiro dividido em duas partes: a primeira voltada à caracterização dos participantes e a segunda composta de questões abertas, norteadoras. As repostas transcritas na íntegra, respeitando a terminologia utilizada pelos entrevistados e posteriormente, este material foi submetido à técnica de análise de conteúdo.

A partir da transcrição e análise das entrevistas, todas as repostas foram divididas em argumentos. Esses argumentos foram agrupados em categorias específicas, conforme as características dos mesmos. Posteriormente, tais categorias foram reagrupadas em categorias globais encontradas na literatura, de acordo com a proximidade de definição das mesmas (Bardin, 1977).

Todas as categorias foram analisadas de acordo com a frequência (f) de aparecimento dos argumentos e submetidas à prova estatística de Qui-quadrado de Homogeneidade a fim de comprovar a existência ou ausência de diferença significativa entre o número observado de argumentos e o número esperado para uma amostra homogênea, baseada na hipótese de nulidade (Ho). Todas as frequências foram descritas em porcentagem.

Ao aplicar o teste qui-quadrado pretendeu-se determinar se as frequências observadas previamente diferem de modo significativo de uma distribuição equilibrada. Assim temos, para as categorias de respostas das questões 1 e 3 que há ausência de diferença significativa, já para questão 2 o teste qui-quadrado comprova a existência de diferença significativa entre o número observado de argumentos e o número para uma amostra homogênea.

Na pergunta número um - Quais os procedimentos que você realiza quando ocorre um óbito durante seu horário de trabalho? - se pretendia verificar procedimentos técnicos realizados pela equipe diante do óbito de um paciente, assim, encontrar a categoria “Condutas com o paciente” com frequência predominante (61,6%) é bastante coerente, pois preparar o corpo e realizar todos os procedimentos de enfermagem são as atitudes esperadas nesse contexto (Tabela 1).

A categoria “comunicação entre membros da equipe”, apresentou-se como a segunda mais frequente (21,1%). Apesar disso, essa atitude é a primeira a ser tomada, como é possível verificar na seguinte fala “Comunica a supervisão, sempre né, acima de tudo a supervisão”. Ademais, para iniciarem as condutas com os pacientes, é necessário, antes o laudo médico, a exemplo, “bem, depois da declaração do óbito, a gente primeiro desliga tudo do paciente, desliga tudo, prende o maxilar com fitas (...)”. Contudo, ao serem questionados quanto aos procedimentos realizados quando ocorre um óbito, 50% dos respondentes mencionam a comunicação entre membros da equipe no início de sua fala, 25% posteriormente “Geralmente a gente arruma o corpo, né ah ... avisa a geralmente tem a secretária que avisa o óbito para o médico” e 25% não mencionam a comunicação com os membros da equipe.

Em seguida, tem-se a categoria “atendimento ao acompanhante/ familiares” (13,5%) apesar de ter sido mencionada não são todos os acompanhantes que se encontram no quarto no momento do óbito. Então os dados parecem indicar que a comunicação aos familiares nem sempre é feita por esse profissional.

A categoria “espiritualidade” apareceu em escala bem pequena (3,8%). Por ser uma etapa objetiva, em que são aplicados procedimentos específicos, possivelmente os profissionais não visualizam a possibilidade de se aterem à espiritualidade nesse momento.

As respostas referentes à pergunta 2: O que você sente quando ocorre um óbito durante seu horário de trabalho? Foram agrupadas em 3 categorias, sendo elas, incapacidade -sentimento de incapacidade, impotência (10,6%). Distanciamento – evita contato (51,1%) e afetividade – sentimentos, emoções e sensações (38,3%), ver tabela 2.

Para essa pergunta, o objetivo era conhecer os sentimentos da equipe quando um paciente vem a óbito. A categoria que apresentou maior frequência (51,5%) referia-se ao “distanciamento” para evitar o contato com essa temática. A segunda categoria “afetividade” (38,3%) apresentou componentes referentes a sentimentos e emoções de maior proximidade com o paciente, por exemplo, “a gente pega um apego com o paciente, a gente fica amiga”, e maior impacto no momento da perda, por identificar-se com o paciente “é difícil vê morrer jovem”, fala de um dos respondentes jovens de 24 anos de idade. E por último, a categoria “incapacidade” com 10,6%, com argumentos de sentimentos de incapacidade e impotência, “a gente sente uma incapacidade, né, de não ter feito alguma coisa”.

As respostas referentes à pergunta 3: Como você age com os demais pacientes que presenciaram ou perceberam o óbito de um paciente? Foram agrupadas em 2 categorias, sendo elas, comunicação franca, o profissional fala sobre a morte (10%) e evitação, o profissional evita o tema morte e utiliza recursos de isolamento como proteção ao paciente e aos familiares (90%), ver tabela 3.

Como resposta para questão 3, esperava-se verificar sentimentos, comportamentos e os procedimentos da equipe com os demais pacientes que presenciaram ou perceberam o óbito de um paciente. Mediante as categorias encontradas, “evitação” com 90,0% de frequência e “comunicação franca” com 10% parece que não há um procedimento indicado pelos supervisores. E o fato de evitar corrobora com os argumentos encontrados nas respostas para a pergunta 2, quando há o distanciamento para evitar contato.

De fato, abordar os profissionais da área da saúde sobre o tema morte não é uma tarefa fácil. Esse tema é ainda considerado como um dos mais difíceis a serem tratados. Apesar de, anteriormente, terem assinado o termo de consentimento no qual continha o nome da pesquisa e era explicado do que se tratava, ao serem chamados para responder as perguntas alguns profissionais demonstravam espanto ou dificuldade para pensar sobre o assunto.

As respostas, por sua vez, podem de certa forma explicar esse movimento. Para duas das questões os argumentos foram agrupados em categorias que demonstram distanciamento e evitação. Houve inclusive, por parte dos participantes a preocupação em diferenciar esse distanciamento de frieza e justificá-lo por meio de procedimentos técnicos e do que aprenderam quando fizeram o curso de auxiliar ou de técnico de enfermagem. Candido, Pessalacia, Pinto e Ávila (2005) explicam que, os profissionais da área de enfermagem, como forma de enfrentamento das situações consideradas difíceis, utilizam algumas técnicas de defesa evitando o envolvimento excessivo com o paciente. Aqui eles também incluem a espiritualidade como mecanismo de defesa, na questão 1 a espiritualidade aparece em pequena porcentagem de frequência (3,8%).

Na questão 1 ainda, uma das categorias foi atendimento ao acompanhante e aos familiares (13,5%). Entretanto, os familiares frequentemente não participam dos últimos momentos de vida

do paciente hospitalizado (Kovács, 2003). A própria literatura mostra que com o avanço da ciência, o intuito de prolongar a vida passou a morte do âmbito público para o privado, de um momento que era vivido em família para uma situação mais individualizada de isolamento e distanciamento.

Antigamente, as pessoas faleciam em seus lares rodeadas de seus familiares, inclusive as crianças participavam dos rituais de despedidas. Era um acontecimento natural, discutido abertamente entre os familiares e a sociedade como um todo. No mundo contemporâneo, a morte é considerada como um evento dramático com manifestações incontroláveis por parte das pessoas ligadas afetivamente ao indivíduo que morreu (Oliveira & cols., 2002). Além de um evento dramático, para Campos, Maso, Gianini e Padovan (Casellato, 2005) a morte pode ser considerada como um fracasso. As pessoas evitam falar sobre ela, assim como os diálogos, o espaço para as despedidas desaparecem. Negam a morte, maquiando o corpo para que pareça adormecido, evitam o contato das crianças para protegê-las do sentimento de perda percebendo-se um comportamento de esquiva de todos os envolvidos.

Segundo Campos e colaboradores (Casellato, 2005), no decorrer da história do homem, identificam-se diferentes maneiras de lidar com a morte e o morrer. O ser humano tem várias representações sobre a morte, estas representações são permeadas por valores, crenças e informações advindas da religião, da cultura e da ciência. Apesar disso, muitas questões emergem no homem, especialmente na tentativa de dominar e controlar a morte, trazendo a sensação da impotência e podendo gerar angústias e ameaças à integridade psíquica. Afinal, a questão da finitude é percebida como possível apenas para os outros e não para si mesmo e aceitar a morte significa aceitar a própria vida mesmo sabendo que não será possível fazer o luto por si mesmo (Queiroz, 2004).

A questão 2, por estar relacionada a sentimentos, a conteúdos afetivos, foi uma das mais difíceis para ser respondida, e mesmo assim as respostas obtidas neste grupo não podem ser consideradas para uma frequência homogênea de respostas. Candido e colaboradores (2005), considera que o trabalho com pacientes terminais provoca desestabilização emocional na equipe e os sentimentos desenvolvidos variam entre a culpa, depressão, tristeza e ansiedade. Quanto à identificação com o paciente, pode levar o profissional a uma confrontação com a sua própria finitude, e com suas situações de perda. (Candido & cols., 2005 & Schramm 2002).

Na categoria “incapacidade” apresentou-se o sentimento de impotência na fala dos respondentes “Desapontado, um tanto incapaz”. O sentimento de impotência foi uma característica também encontrada nos estudos realizados por Costa e Lima (2005) com profissionais de enfermagem de um Centro de Terapia Intensiva Pediátrica, cirurgia, unidade especial de tratamento de doenças infecciosas, neurologia, pediatria e ortopedia de um hospital-escola.

Ainda referente ao sentimento de impotência diante do óbito de um paciente, sabe-se que, este pode provocar sofrimento no trabalhador de enfermagem, levantando questões do que poderia ter sido feito para recuperar aquele paciente. E mais, emergem conflitos entre a vida e a morte (Costa e Lima, 2005).

Os comportamentos e as reações frente à morte dos pacientes podem indicar a vivência do processo de luto, luto este nem sempre reconhecido pelos enlutados e pela sociedade (Parkes, 1998 citado por Casellato, 2005). Segundo Doka (1989 citado por Casellato, 2005), qualquer sociedade tem regras, inclusive quanto ao luto. Uma das razões apontadas pelo autor é o relacionamento não reconhecido, no caso os profissionais não têm uma relação com a pessoa perdida, baseada em laços afetivos e não pode ser um luto compreendido ou apreciado, comprometendo o enfrentamento e a elaboração da perda por parte desses profissionais (Casellato, 2005). Para Campos e colaboradores (Casellato, 2005) ressalta-se a importância de pensar no cuidado com cuidadores, mediante a possibilidade de reflexão frente às questões emocionais diante da morte de um paciente, de modo a se preparar melhor para lidar com um paciente morrendo.

A sugestão dos autores Kóvacs (2003), Kübler-Ross e Kessler (2004) e Candido e colaboradores (2005) é criar, junto ao serviço de psicologia grupos de apoio para os profissionais para favorecer as despedidas, prepara-los para o processo de separação e para processos de comunicação e suporte. Campos e colaboradores (Casellato, 2005), verificaram que os profissionais de saúde sofrem estresse emocional diante da morte presente no seu cotidiano de trabalho, apresentando sentimentos de frustração, de raiva e angústia que impedem ou limitam o contato com o paciente e seus familiares. O apoio que eles encontram vem, geralmente, de outro profissional, mais uma vez indicando a necessidade de grupos de suporte, de um espaço de escuta, troca de experiências e inclusive conhecimento sobre os processos de luto.

Na questão 3, volta-se a questão do diálogo a respeito da morte. Assim, como em família, falar com os demais pacientes sobre o óbito de outro paciente também é um diálogo evitado.

No próprio hospital a morte é vista como fracasso, acidente, um sinal de impotência ou imperícia médica (Kovács, 2003). Campos e colaboradores (Casellato, 2005) verificaram que faz parte da rotina hospitalar lidar de forma silenciosa com a morte na tentativa de esconder o morto para que os demais pacientes e a equipe de saúde não se mobilizem e se fragilizem diante da morte de um paciente. A equipe age rapidamente para que não se perca o controle e se desorganize.

A equipe de enfermagem, pelo caráter humano desse trabalho, sofre nessa situação de vida e morte, pois o envolvimento afetivo com as pessoas assistidas é inevitável. O profissional de enfermagem se deseja manter uma relação autêntica, necessita e deve se envolver emocionalmente com o paciente e as outras pessoas envolvidas nesse contexto. O envolvimento é

vital nessa relação, pois promove empatia e permite que o profissional conheça melhor o paciente e atenda às suas necessidades, sem prejudicar sua atuação (Palú, Labronici & Albini, 2004).

Conhecendo melhor o paciente, o profissional pode atuar de maneira personalizada. Geralmente, dizer a verdade é sempre a melhor atitude. É preciso verificar, no entanto, em cada situação e para aquele paciente em específico se ele quer de fato saber o que está acontecendo ou se para ele, saber da morte do paciente que estava ao lado, irá lhe causar mais angústia e até piorar seu estado de saúde. Quando o profissional mantém uma relação autêntica ele compreende como é aquele momento para o paciente e o profissional saberá distinguir se fala a verdade ou se evita comentários sobre o óbito.

Os profissionais entrevistados respondem que escondem a morte do paciente ao lado “pros outros não ficarem nervosos” e “pra num fica com aquele pensamento né que vai morrer só porque o outro morreu”. Apenas 10% contam a verdade e em nenhum momento responderam no sentido de indicar uma atitude personalizada. Os entrevistados demonstraram estabelecer um comportamento padrão, independente de cada paciente. Isso pode acontecer, pois sem o suporte para esses cuidadores eles também ficam fragilizados e possivelmente adotam uma atitude padrão, a que para eles parece ser a mais indicada. Diante disto, verifica-se quão importante é proporcionar espaços para o cuidado com os cuidadores. Campos e colaboradores (Casellato, 2005) indicam como fundamental, possibilitar uma reflexão frente às questões emocionais acerca de suas vivências e como elas interferem na sua prática profissional.

O tema morte é abordado em várias disciplinas, por diversos profissionais, entretanto ainda é um dos mais complexos e que demanda o envolvimento de cada um com a sua própria finitude e por isso é tão difícil de ser tratado. Ao falar de morte, estamos falando da vida e nem sempre o ser humano se sente preparado para se deparar com suas verdades, seus verdadeiros sentimentos. Pensar sobre esse tema é doloroso, angustiante e toca com muita profundidade no medo, na angústia, na dor e na impotência diante da morte.

A morte em si é ainda considerada um mistério, contudo é possível pensar e vivenciar os momentos que antecedem este evento e mais, estudar e aprimorar o suporte e o apoio aos cuidadores que continuam suas vidas e que passarão por outros óbitos em seu local de trabalho e também em sua vida pessoal. Este trabalho teve o objetivo de buscar elementos norteadores para a compreensão do comportamento de uma equipe de enfermagem frente à temática morte no contexto hospitalar.

Os elementos norteadores evidenciados pelos resultados são as condutas com o pacientes, o distanciamento e a evitação. Enquanto auxiliares e técnicos de enfermagem esses profissionais entram em contato com a morte ao realizarem os procedimentos de enfermagem, a parte técnica que cabe a eles executarem, os profissionais avisam a supervisão, o médico atesta o óbito e eles tamponam, esparadrapam o maxilar, os membros superiores e inferiores, identificam e cobrem o

corpo levando-o até o necrotério. Para realizar essas atividades da rotina de trabalho, o profissional requer o distanciamento, pois está lidando com um ex-paciente que, aliás, os profissionais entrevistados ainda consideram como paciente. O distanciamento ocorre para manter a postura profissional e a possibilidade de realização da técnica.

Contudo, em termos de sentimentos e condutas os movimentos mais presentes são em função de evitar o tema e utilizar recursos de isolamento para proteção aos demais pacientes, familiares, mas também como proteção para si mesmos. Do ponto de vista dos demais pacientes, evitando o tema esses profissionais mantêm uma postura íntegra e sigilosa. Por outro lado, a evitação é necessária, pois não há ainda um espaço para expressão dos sentimentos de impotência e incapacidade. Diante disto, verificou-se a importância de investir em uma formação continuada, um espaço de apoio e suporte dentro da instituição hospitalar para os profissionais de saúde. Neste encontro em equipe, de acordo com Campos e colaboradores (Casellato, 2005) é possível estimular os participantes a falar sobre os problemas, as dificuldades e angústias que surgem no cuidado de pacientes terminais, suas famílias e seus sentimentos, podendo ajudar a prevenir o estresse excessivo, facilitar os sentimentos relacionados ao luto e a perda proporcionando amadurecimento que contribui para o bem estar pessoal e maior compreensão dos colegas de trabalho, dos pacientes e dos familiares.

Como esta proposta envolve um processo de auto conhecimento do profissional, levando-o a reflexão relativa a questões pessoais e significados atribuídos à morte e ao morrer parece importante a iniciativa do psicólogo para facilitar esses encontros. O psicólogo pode contribuir na compreensão e manejo de situações disfuncionais por meio de estudos de casos, orientações e inclusive assistência psicológica focalizando no relacionamento entre o cuidador, os pacientes e os familiares.

A assistência à equipe de profissionais da saúde é importante porque eles sofrem um desgaste muito grande no desenvolvimento do trabalho na área hospitalar e da saúde. Então, um enfoque complementar é o trabalho em equipe que acrescenta conhecimentos, divide ansiedades e favorece o surgimento de soluções. Nesse sentido, algumas equipes multidisciplinares reúnem-se periodicamente para dividir suas angústias e ansiedades além de aproveitarem esse espaço para estudarem artigos científicos relacionados aos casos atendidos por toda a equipe. Porém o cuidado com os cuidadores ainda é uma atividade que precisa ser mais difundida entre as equipes multidisciplinares.

Pode-se dizer que a presente pesquisa contribui para a literatura voltada aos profissionais da saúde, à psicologia hospitalar e à tanatologia. Os achados permitiram concluir que pensar a morte, de uma maneira geral, além de ser um tabu é também uma dificuldade natural.

As evidências de se pensar a morte física dentro do contexto biológico demonstraram que existe por parte dos profissionais ligados diretamente na relação vida-morte um distanciamento natural no que tange perceber as situações de morte propriamente dita. Assim sendo, chegou-se

a seguinte evidência: profissionais que lidam diretamente com a morte não demonstram sentimentos próprios daqueles que convivem com a morte, tais como, tristeza, medo, saudade ou outros. Acredita-se que isto se dê devido ao profissionalismo pertinente ao escopo técnico propriamente dito.

O profissionalismo aqui mencionado é notório na maioria dos profissionais da área de saúde que atuam em estabelecimentos clínicos e hospitalares, contudo pergunta-se: a proximidade com a questão da morte não poderia, camuflar os verdadeiros e naturais temores bem como questões ligadas a essa circunstância, uma vez que antes do profissionalismo propriamente dito esteja o indivíduo, que sabe e conhece sua mortalidade?

Os gregos possuem um deus para a morte, Tânatus. Isto certamente implica que a percepção da finitude faz parte da vida não sendo possível desvincular a existência da vida da existência da morte. Por isso, é possível apontar o profissionalismo como uma necessidade. Pela equipe entrevistada, isto sem dúvida foi notório, porém tais pessoas, tais profissionais também lidam com seu próprio Tânatus intuindo certamente a sua própria mortalidade.

Por fim, acredita-se que a morte deva ser vista e trabalhada de maneira profissional quando assim houver tal exigência, entretanto é preciso não desmerecer a existência da morte física de maneira pessoal independente da profissional, pois mortais todos são. A visão do desconhecido deve ser trabalhada não de maneira “camuflada” pelo profissionalismo, mas, sobretudo de forma consciente permitindo-se o reconhecimento da natural vulnerabilidade do ser humano em relação à morte física de outros e de si próprio.

REFERÊNCIAS

Barboni, A. R., & Gotlieb, S. L. D. (1996). Impacto de causas básicas de morte na esperança de vida em Salvador e São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, 38 (1), 16-23.

Bardin, L., Pinheiro, A., & Reto, L. A. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Batista, L. E., Escuder, M. M. L., & Pereira, J. C. R. (2004). A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev. Saúde Pública*, 38 (5), 630-636.

Candido, J.B, Pessalacia, J.D.R, Pinto, M.H., & Ávila, L.A. (2005). A relação da enfermagem com o paciente terminal: como age o enfermeiro perante a “morte”?, *Revista Nursing* 86 (8), 308-313.

Carvalho, P. R. A., Rocha, T. S., & Lago, A. E. (2001). Modos de morrer na UTI pediátrica de um hospital terciário. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 47(4), 325-331.

Casellato, G. (org.) (2005). *Dor Silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade*. Campinas: Editora Livro Pleno.

Chiavegatto Filho, A. D. P., Laurenti, R., Gotlieb, S. L. D., & Jorge e Mello, M. H. P. (2004). Mortalidade por doença hipertensiva em mulheres de 20 a 49 anos no Município de São Paulo, SP, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, 7 (3), 252-258.

Costa, J. C., & Lima, R. A. G. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13 (2), 151-7.

Garros, D. (2003). Uma "boa" morte em UTI pediátrica: é isso possível? *J. Pediatr.*, 79, S243-S254.

Kóvacs, M. J. (2003). *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do psicólogo: Fapesp.

Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2004). *Os segredos da vida*. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

Oliveira, H., & Minayo, M. C. S. (2001). A auto-organização da vida como pressuposto para a compreensão da morte infantil. *Ciênc. saúde coletiva*, 6 (1), 139-149.

Palú, L. A., Labronici, L. M. & Albini, L. (2004). Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. *Enfermagem, 10* (3), 33-41.

Queiroz, A. (2004). O médico diante do paciente crônico e da morte. A psicossomática na prática médica, 1-6.

Quintana, A. M., Cecim, P. S. & Henn, C. G. (2002). O Preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica, 26* (3), 204-210.

Ramos, J. G. L., Martins-Costa, S., Vettorazzi-Stuczynski, J. e colaboradores. (2003) Morte Materna em Hospital Terciário do Rio Grande do Sul – Brasil: um Estudo de 20 anos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 25* (6),431-436.

Rodrigues, A. V. & Siqueira, A. A. F. (2003). Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. *Cad. Saúde Pública, 19* (1), 183-189.

Schramm, F. R. (2002). Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia, 48* (1), 17-20.

Siqueira-Batista, R. & Schramm, F. R. (2005). Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad. Saúde Pública, 21* (1), 111-119.

Siqueira-Batista, R. & Schramm, F. R. (2004). Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc. saúde coletiva, 9* (1),31-41.

Turrini, R. N. T. & Santo, A. H. (2002). Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. *J. Pediatr, 78* (6), 485-490.

Vasconcelos, A. M. N. (2002). Causas múltiplas de morte: uma análise de padrões de mortalidade entre idosos. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Minas Gerais.

Tabela 1. Frequência das Categorias de Respostas Encontradas para Pergunta Número Um

Categorias	Componentes	Exemplos de argumentos	Frequência	
			Nº itens	%
Comunicação entre membros da equipe	Avisa, comunica, pede auxílio.	“Avisamos o médico”, “Comunica a supervisão”, “Chamo os colegas.”	11	21,1
Condutas com o paciente	Procedimentos enfermagem	“Como tá arrumando o paciente”, “primeiro desliga tudo do paciente, identifica o paciente com o nome no peito, prende maxilar com fitas, prende membros superiores, inferiores, coloca o corpo na posição certa, procura deixar o semblante o melhor possível, leva pro necrotério.”	32	61,6
Atendimento ao acompanhante/familiares	Notícia do óbito	“Geralmente tem familiar no quarto a gente conversa, explica para sair dali, para não ver os procedimentos.”	7	13,5
Espiritualidade	Crer em Deus	“Eu sempre levo o pensamento a Deus e peço pra aquele espírito que tá ali.”	2	3,8
Total			52	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 2. Frequência das Categorias de Respostas Encontradas para Pergunta Número Dois

Categorias	Componentes	Exemplos de argumentos	Frequência	
			Nº argumentos	%
Incapacidade	Sentimento de incapacidade, impotência.	“Desapontado, um tanto incapaz né diante da morte.”	5	10,6
Distanciamento	Evita contato	“Normal.” “Ah, eu acho que tanto tempo, só se fosse da família mesmo, a gente faz ali.” “Parece que a gente, como fala, é fria.” “Nenhuma angústia.”	24	51,1
Afetividade	Sentimentos, emoções e sensações	“Fico agitada por dentro” “fico tranqüila” “a gente sente.”	18	38,3
Total			47	100

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 3. Frequência das Categorias de Respostas Encontradas para Pergunta Número Três

Categorias	Componentes	Exemplos de argumentos	Frequência	
			Nº argumentos	%
Comunicação franca	O profissional fala sobre a morte.	“Eu falo a verdade, que o paciente realmente foi a óbito. Eu passo a verdade pra ele.”	3	10,0
Evitação	Evita o tema morte e utiliza recursos de isolamento como proteção ao paciente e aos familiares.	“A gente esconde um pouco, tenta puxa a cortina, fala q não foi nada, o que a gente evitá comentá dentro do quarto, melhor.” “E os demais pacientes do quarto a gente procura poupa ele com um isolamento, faz alguma coisa assim pra que ele pelo menos não veja o que está acontecendo.”	27	90,0
Total			30	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota sobre os autores:

Liane Di Stefano Da Silva – Mestranda em Avaliação Psicológica em Saúde Mental no programa de pós graduação *Strictu Sensu* da Universidade São Francisco, Psicóloga Clínica Psicanalítica no atendimento individual infantil e adulto.

Maria Eugênia Scatena Radomile – Doutora em Psicologia Clínica (PUC-Camp); especialista em Psicologia Hospitalar docente da Universidade São Francisco em Clínica Psicanalítica e Hospitalar; Supervisora de clínica e hospitalar.

Ana Cristina Vizelli - Mestre em Psicologia Escolar (PUCCAMP), docente do curso de graduação em Psicologia da USF e Diretora do Núcleo de Educação Profissional da Fundação Síndrome de Down (Campinas/SP).

Maria Odila Oliani Santos – Graduada na Puc Campinas; formação em psicoterapia breve; especialização em psicologia hospitalar, atuando como Psicóloga em hospital geral há 6 anos.