

A perspectiva de residentes sobre a morte e seu reflexo na relação com os pacientes

The perspective of residents about the death and its reflection in their relation with the patients

Larissa Horácio Barbosa¹
Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Maranhão

Isalena Santos Carvalho²
Escola de Psicanálise do Maranhão
Universidade Federal do Maranhão

RESUMO

Os profissionais de saúde podem não receber uma formação adequada sobre a questão da morte. A partir disso, o presente trabalho visou discutir como são as relações dos residentes com pacientes sem perspectiva de cura e como a participação no programa de residência repercute em sua atuação junto a esses. Foi realizada uma pesquisa empírica pautada no método psicanalítico, por meio de roteiro semiestruturado de entrevista e observação participante, com 8 residentes de um hospital universitário. Segundo os depoimentos, é difícil estar diante de pacientes sem perspectiva de cura. Na graduação dos profissionais de saúde, o foco tende a ser a promoção da extensão da vida, ficando, assim, o tema da morte à margem. Nos programas de residência, as reflexões vivenciadas sobre o tema da morte ocorrem, sobretudo, através da prática. Há uma lacuna nas disciplinas acerca do tema. É em seu cotidiano que as residentes buscam como construir um trabalho que vá do sentimento de impotência à promoção da qualidade de vida para os pacientes sem perspectiva de cura e de um cuidado aos seus familiares durante a internação e após sua morte.

Palavras-chave: morte; residência; formação profissional.

ABSTRACT

Health care professionals may not receive adequate training on the issue of death. Based on that, this paper aims to discuss how the relationships of residents with patients without prospect of cure are and how to participate in the residency program reflects in the residents performance together with these

¹ Psicóloga do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão – Barra do Corda – Maranhão. E-mail: larissahbarbosa@yahoo.com.br

² Membro da Escola de Psicanálise do Maranhão, docente Adjunto IV da Graduação e da Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão – São Luís – Maranhão. E-mail: isalenasc@yahoo.com.br

patients. Empirical research guided by the psychoanalytic method was carried out through semi-structured interviews and participant observation with 8 residents of a university hospital. According to the statements, it is hard to be in front of patients without prospect of cure. In the graduation of healthcare professionals, the focus tends to be to promote the extension of life, the subject of death staying, thus, on the sidelines. In residency programs, the reflections about death occur mainly through the practice. There is a gap in the disciplines about the death. It is in their daily lives that residents are seeking to build a practice that goes from the feeling of powerlessness to promote the quality of life for patients without perspective of cure and care of their families during hospitalization and after his death.

Keywords: death; residency program; staff development.

Introdução

O hospital, por ser um local de tratamento, é visto como um ambiente de vida, porém, é permeado também pela morte, já que tantas vezes não há possibilidade de cura. Os profissionais que o elegem como seu campo de trabalho se deparam constantemente com a circunstância da morte e com a decorrente questão: como lidar com ela?

Os profissionais que iniciam seu trabalho no contexto hospitalar precisarão desenvolver estratégias para o difícil manejo de sua missão de salvar vidas e de situações em que a morte é inevitável. Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo discutir como residentes de diferentes áreas da saúde lidam com a morte. A escolha desse grupo decorreu do fato de se referir a profissionais que se encontram em processo de qualificação, em razão do mote dos programas de residência – treinamento em serviço. Logo, é deles esperado que a sua aprendizagem ocorra de forma concomitante ao exercício de suas atividades, o que requer contato constante com os pacientes nas enfermarias.

Para tanto, o método psicanalítico conduziu a realização do trabalho pela consideração de que a escuta psicanalítica é possível nos mais variados contextos, já que o sujeito do inconsciente está presente em todo enunciado e é por meio da relação que se estabelece entre pesquisador e pesquisado que

se irá desenvolver a questão a ser estudada, procurando integrar teoria, prática e pesquisa (Rosa & Domingues, 2010).

Freud (1915/2010) é o principal autor para as discussões, com destaque para o seu escrito “Nossa atitude para com a morte”, em que discorre a respeito do modo como o sujeito se porta diante da finitude da vida, de sua busca por manter-se cada vez mais afastado da ideia da morte, por se acreditar, em seu inconsciente, imortal. Em paralelo com textos de Freud, foram utilizadas obras de autores que discutem o tema morte no contexto hospitalar e na formação acadêmica.

Freud escreveu o texto citado em um momento crítico, de guerra, mas suas reflexões podem também ser estendidas ao contexto hospitalar, em que a morte é igualmente iminente. Para ele, “grande número de mortes simultâneas nos atinge como algo extremamente terrível” (Freud, 1915/2010, p. 300), pois trai a tentativa de colocar a morte como um acaso e lembra o sujeito de sua inevitabilidade. Sendo a morte algo constante no ambiente hospitalar, os residentes são lembrados a cada dia da impossibilidade de evitá-la, o que pode ser causa de conflito e sofrimento. Apesar de ser um fato no contexto hospitalar, a morte parece ser esquecida durante a formação dos profissionais. De acordo com Lima e Buys (2008, p. 53):

Esses se preparam durante anos e com muito ardor para exercerem a futura profissão da maneira mais brilhante possível. Entretanto, as especialidades acadêmicas são conservadoras, refletindo, em decorrência, os valores culturais dominantes, como a negação da morte, deixando, dessa forma, uma lacuna no preparo profissional.

Ao comentar sobre a morte ao longo dos séculos, Bellato e Carvalho (2005) afirmam que há uma mudança da morte familiar para uma morte escondida e inconveniente, devido à mudança de mentalidade e à busca por sua negação: “Assim, tanto a repulsa pela morte como os conhecimentos adquiridos para o seu adiamento indefinido por parte da medicina, legitimaram a passagem do quarto do moribundo da sua casa para o hospital” (p. 103). Há uma tendência a procurar a cada dia adiar a morte por meio dos avanços tecnocientíficos.

A lacuna na formação acadêmica aliada ao contexto de negação e de busca pelo adiamento da morte podem levar os residentes a vivenciar conflitos quando colocados diante de pacientes sem perspectiva de cura. Freud (1915/2010, p. 299) afirma que temos uma: “[...] tendência inegável para por a morte de lado, para eliminá-la da vida”. Nessa situação, podem ocorrer, para o residente, questionamentos quanto ao seu fazer profissional. Embora se esforce para evitar que a morte ocorra, isso nem sempre é possível. Mesmo com todos os avanços científicos, a morte permanece inexorável. Não há como ele a colocar de lado.

Preparar residentes para lidar com pacientes em processo de adoecimento está além do ensino de conhecimentos científicos. Requer reflexões sobre a questão da morte do outro e a sua própria finitude, a fim de que o profissional possa lidar com seus limites pessoais e de sua profissão e promover conforto e qualidade de vida ao paciente, tenha essa perspectiva de cura ou não.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como forma de captação e análise de dados o método psicanalítico, que, de acordo com Rosa (2004, p. 341):

(...) é a escuta e interpretação do sujeito do desejo, em que o saber está no sujeito, um saber que ele não sabe que tem e que se produz na relação que será chamada de transferencial (...). A observação dos fenômenos está, em interação com a teoria, produzindo o objeto da pesquisa, não dado *a priori*, mas produzido na e pela transferência.

A pesquisa em Psicanálise parte da premissa de que aquele que fala é quem possui o saber. A particularidade do método psicanalítico, portanto, está na forma da escuta direcionada às questões que se estabelecem na relação de pesquisa. Há uma escuta atenta ao que é dito, a como é dito e em que contexto é dito, seja nas entrevistas ou na observação.

Assim como no contexto da análise individual, nos enunciados sociais também existem não-ditos que precisam ser escutados, considerando que o inconsciente está presente em todo enunciado. Por isso, “se pode trabalhar a

partir da escuta psicanalítica de depoimentos e entrevistas, colhidos em função do tema do pesquisador que, por sua vez, reconstrói sua questão nessa relação” (Rosa, 2004, p. 342). Ainda conforme a referida autora, o pesquisador deve estar a serviço da questão que se apresenta, sendo guiado pela relação que se estabelece entre ele, os sujeitos e o ambiente pesquisados.

O estudo foi realizado nas Clínicas Médica e Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. O referido hospital foi escolhido por ser o único da cidade de São Luís-MA a possuir os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Médica, contemplando a qualificação de diversos profissionais para a assistência em saúde. As clínicas citadas foram escolhidas por serem os locais onde se encontram as enfermarias em que os pacientes permanecem internados, em contato diário com os residentes. A pesquisa teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da citada instituição sob parecer de número 907.230 de 18/12/2014.

Para atender aos critérios de inclusão, os profissionais deveriam estar no 2º ano de residência, pelo maior tempo de participação no programa. Também foram consideradas para a pesquisa as categorias profissionais que apresentam convivência diária com os pacientes internados nas enfermarias. Desse modo, não foram incluídas as áreas de Odontologia, Farmácia e Educação Física. Foram selecionados, de forma aleatória, oito residentes que pertenciam às áreas de Psicologia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Medicina, integrantes dos programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e de Residência Médica. Os participantes da pesquisa foram todos do sexo feminino, com idade entre 23 e 31 anos no momento da entrevista e com tempo de graduação concluída de 2 a 9 anos.

Os dados foram coletados por meio de observação participante e de roteiro de entrevista semiestruturado. O roteiro contemplou questões sobre a noção de morte, o tema da morte na formação acadêmica e no programa de residência e como é lidar com pacientes sem perspectiva de cura. Foram contextualizados os objetivos e os procedimentos metodológicos da pesquisa

aos participantes em paralelo à apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Mediante a assinatura do Termo, a pesquisa foi iniciada. As entrevistas foram gravadas.

Resultados e Discussão

Três entrevistadas – médica, psicóloga e terapeuta ocupacional – apresentaram noções espirituais com relação à morte: “[...] tenho esse conceito espiritual, ou seja, que não existe morte eterna, que em algum lugar nós continuamos vivos” (médica). Outras três profissionais definiram a morte como algo natural – fonoaudióloga, fisioterapeuta e nutricionista. Segundo a última, “[...] depois que eu entrei na residência, eu comecei a pensar na morte como um processo – que é um processo natural, onde, apesar da medicina ter avançado, alguns casos é inviável a manutenção da vida”. A enfermeira, por sua vez, caracterizou a morte como um momento delicado, “[...] porque nesse momento a gente não sabe nem o que a gente fala, se deve ficar calado, se dá um abraço, se dá um apoio”. Para a assistente social, a morte é um processo “que envolve não só as questões biológicas, [...], mas eu acho que também envolve os processos sociais”, tais como a “questão do isolamento [...], que essa pessoa [que se encontra doente] se isola ou é isolada, isso vai contribuindo também [para a morte do paciente]”. A assistente social acrescentou: “É algo que eu não penso, então, como a gente não pára pra pensar realmente, a gente acaba que não tem uma definição clara sobre o que é a morte”.

Conforme acima sinalizado, dentre as noções de morte, houve mudança de perspectiva sobre a morte após o ingresso na residência:

Bom, antes de vir pro hospital, eu pensava em morte como o fim, fim mesmo, e tinha medo. Depois que eu comecei aqui no hospital, na residência, eu penso que é inevitável e que faz parte da vida mesmo. Tem um momento que você vai chegar e pode ser hoje, pode ser amanhã, então eu já considero um evento natural, ainda tenho medo, mas considero (fonoaudióloga).

Ao falar sobre a nossa atitude diante da morte, Freud (1915/2010, p. 230) afirma:

Para quem nos ouvisse, naturalmente nos dispúnhamos a sustentar que a morte é o desfecho necessário de toda vida [...], que a morte é natural, incontestável e inevitável. Mas na realidade nós agíamos como se as coisas fossem diferentes.

Embora todos se deparem com situações de morte ao longo de sua vida, seja de familiares, amigos ou conhecidos, é uma questão pouco discutida. A morte é apreendida como algo “natural”, mas estar diante dessa situação é algo diferente. Mesmo que as residentes tenham noção dessa inevitabilidade, existe a sensação de medo, do não saber o que fazer ou mesmo de deparar-se com algo sobre o qual não se parou para refletir, como se observa nas falas da fonoaudióloga, da enfermeira e da assistente social. Por maior que seja o contato com a morte, defini-la é uma tarefa complicada, bem como lidar com pacientes nessa situação, podendo fazer advir os mais diversos sentimentos na prática dos residentes. Dificuldades que tendem a se acentuar pelo modo como a sociedade atual percebe a morte.

Os avanços científicos contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população e para a oferta de um maior conforto para os pacientes sem perspectiva de cura. São avanços que favorecem a crença pelos profissionais de saúde que conseguirão adiar a morte indefinidamente, podendo prorrogar a vida do paciente a todo custo.

“Apesar de lidarem direta e frequentemente com a morte, os profissionais da área de Saúde, em sua maioria, encontram-se pouco preparados para essa situação, em virtude de certa distorção curricular, que nitidamente privilegia os aspectos biológicos do homem” (Lima & Buys, 2008, p.53). Em sua formação, os profissionais, por vezes, são levados a aprender prioritariamente técnicas para lidar com o corpo adoecido, mas não com os sujeitos adoecidos e as diversas situações que os envolvem, como a possibilidade da morte. A carência ou mesmo ausência de reflexão quanto ao tema da morte na graduação faz com que os profissionais ingressem no mercado de trabalho apenas com a visão de que devem salvar vidas, o que pode trazer-lhes grande angústia ao depararem-se com pessoas sem perspectiva de cura, como relata a fisioterapeuta:

Eu, na verdade, não pensava em relação à morte. O que a gente pensa quando a gente vai trabalhar na área da saúde é

na manutenção da vida, de melhorar esse estado por mais difícil que ele esteja. Quando eu escolhi fazer um curso da área da saúde, eu tinha curiosidade pela saúde, pelo corpo humano, mas não pelo tema de morte. Que foi até uma dificuldade quando a gente vai pro estágio que começa a ver isso, que tu vai ter que ver, que tu vai ter que lidar com aquilo. Eu acho que nas nossas disciplinas acadêmicas a gente só é preparado pra lidar com aquela possível morte, mas não pra encarar ela como um fato, que aquilo vai acontecer nas tuas mãos, perto de ti.

É possível perceber na fala acima o quanto o tema da morte compareceu em sua graduação como algo distante, um acontecimento possível na teoria em decorrência de condições orgânicas desfavoráveis, mas não como algo real, que acontece diante do profissional. Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006) apresentam como razão para esse distanciamento nas grades curriculares da área da saúde a própria dificuldade dos professores em lidar com o tema, o que acaba por perpetuar a falta de discussão e reflexão sobre a morte.

Cabe ressaltar que a maioria das entrevistadas não se recorda de alguma experiência de discussão sobre o tema da morte em sua graduação, apenas a médica e a fonoaudióloga afirmaram que a questão foi colocada de forma tangencial em disciplinas como Bioética. Dessa forma, as primeiras experiências da maioria das participantes com morte de pacientes foram causa de grande sofrimento, como é possível perceber no relato da enfermeira:

Foi a pior possível, porque foi no ambiente da UTI e eu acho assim, por ter pacientes muito graves, tem alguns pacientes por estar em cuidados paliativos não tem mais a indicação de um atendimento de urgência e emergência na hora da parada. E ver um paciente morrendo sem ninguém fazer nada, pra mim, foi chocante, tanto que foi o setor que eu menos gostei. Porque eu acho que eu estudei e estudo é pra melhorar a vida das pessoas, é pra promover a vida e não a morte. Eu acho um absurdo ver o paciente morrer e não fazer nada, mesmo que ele esteja desenganado.

A fala da enfermeira suscita a questão dos sentimentos que advém diante da impossibilidade de salvar uma vida, de estar diante de e em uma equipe que permite que a morte aconteça. Ao lidar com um paciente sem perspectiva de cura, é necessário ao profissional reconhecer os limites da ciência e procurar maximizar a qualidade de vida daquele, conforme o que é

possível em função de seu estado e do fazer específico de cada área. Tratamentos invasivos, que seriam úteis para outros pacientes, tornam-se questionáveis nesse momento, pois podem trazer ainda mais sofrimento ao paciente em questão. Conforme Moritz e Nassar (2004, p. 18):

O desenvolvimento tecnocientífico permitiu a cura de pacientes considerados anteriormente irrecuperáveis; entretanto, em muitos casos, permitiu também o prolongamento do morrer. O profissional da saúde, treinado para curar e salvar vidas, sente-se angustiado ao reconhecer que a sua profissão o obriga a conviver com a morte. Essa angústia torna-se ainda mais evidente nas UTI's onde salvam-se muitas vidas, mas também onde é rotineiro o retardo da morte.

Para o residente, lidar com suas limitações profissionais pode, por vezes, fazê-lo se deparar com questionamentos quanto ao seu fazer como um todo, pelo sentimento de impotência diante da situação de morte iminente. Por outro lado, a percepção de que, diante da impossibilidade de salvar um paciente, é possível lhe propiciar algum conforto – como fornecer “os cuidados higiênicos, ter a sedação adequada, analgesia adequada, pra que ele não sinta dor, o envolvimento com a família” (nutricionista) – contribui para que se evite ou se minimize outros sofrimentos a todos os envolvidos: paciente, família e mesmo a equipe.

Uma questão muito presente nas entrevistas foi o contato com a família dos pacientes, tanto como causa de angústia quanto como fator que auxilia na abordagem após a morte do paciente:

[...] se é um familiar que eu já acompanho, isso pra mim é muito mais tranquilo nesse sentido, de que eu vou saber fazer a abordagem de uma forma mais fácil. [...] Mas aí a gente fica se perguntando, e a gente, qual foi o tipo de relação que a gente estabeleceu com o paciente? E quando a gente conhece, fica mais difícil nesse sentido, mas, assim, de qualquer forma, eu ainda prefiro ter o contato [...] com essa família, com esse paciente (psicóloga).

O contato com os familiares, em especial os que acompanham o paciente diariamente na enfermaria ou nas visitas na UTI, faz com que os profissionais conheçam, envolvam-se com essas pessoas. Para a assistente social entrevistada, o contato anterior faz com que a situação se torne mais difícil: “Às vezes, você se envolve tanto com o paciente, ou às vezes nem tanto

com o paciente, mas com a família, com aquele acompanhante que tá ali todo dia. E, quando aquela pessoa morre, você fica sentido de alguma forma, ou pelo paciente ou pela família”.

Em relação ao trabalho do assistente social no hospital pesquisado, em situação da morte de um paciente, ele intervém no sentido de dar informações, caso sejam necessárias, quanto à certidão de óbito, providências quanto ao traslado. Sobre isso, a assistente social referiu que:

[...] então isso prolonga ainda mais a nossa agonia, digamos assim. Porque a pessoa morreu e aí tá ali na nossa frente o familiar chorando e aí é lá do não sei aonde, do final do Maranhão, que não tem ninguém aqui, [...] então é muito mais complicado, porque você vai fazer ações de entrar em contato com o local de origem daquela pessoa ou com alguns familiares e aí você também não sabe o que dizer pr'aquela pessoa, pra amenizar a dor dela, pelo menos eu fico muito inquieta, porque eu queria saber falar alguma coisa, mas a gente sabe que, nesse momento, não tem nada que se diga, que se faça, que vá confortar a perda, porque nada substitui.

Bellato e Carvalho (2005, p.100) consideram que:

Nossa incapacidade de dar àqueles que morrem a ajuda e afeição de que mais que nunca precisam, quando se despedem dos outros seres humanos, se dá exatamente porque a morte do outro é uma lembrança de nossa própria morte.

A dificuldade de dar afeição também comparece no trabalho com os familiares. Fragilizados pela morte do paciente, muitos residentes não conseguem acolher a família que se despede daquele ente querido. No caso da residente acima citada, é possível perceber a disponibilidade em oferecer à família a ajuda necessária nesse momento delicado, mas também uma inquietação por querer fazer algo a mais para acolhê-los em sua dor quando nenhum auxílio será suficiente para confortar alguém que perdeu um familiar.

É sabido não haver o manejo para lidar com as situações de morte que permeiam o cotidiano do hospital; muitas vezes, até as palavras se tornam desnecessárias. Porém, as relações que o profissional estabelece com a família, o modo como a recebe e executa seu trabalho nesses momentos são importantes para que os familiares sintam-se acolhidos e não vejam as

informações que lhes são passadas ou as ações realizadas como algo protocolar.

Para a psicóloga, assim como para a assistente social, a possibilidade de um trabalho aí com a família é difícil, dado o vínculo anteriormente estabelecido. Ao tratar sobre o vínculo, Costa e Lima (2012) trazem os sentimentos de perda e separação sofridos por alguns profissionais de saúde diante da morte de pacientes dos quais eram mais próximos. Silva e Ruiz (2003), por sua vez, destacam a importância do vínculo para que haja uma troca entre o profissional e o paciente sem perspectiva de cura. No que tange à importância dessa troca com a família, pode-se notar na fala da psicóloga que, apesar de ser um momento delicado, a proximidade existente com os familiares permite que faça uma abordagem mais adequada pelo conhecimento do caminho de adoecimento percorrido pelo paciente e pela família. O psicólogo pode, então, estar presente para os familiares como o profissional que os acompanhou durante o difícil tempo de internação, o que marca uma diferença no processo de luto da família.

Nos momentos de observação do cotidiano do hospital pesquisado e nas entrevistas realizadas, foi possível perceber que, apesar da dificuldade de lidar com a morte do paciente, a maioria dos profissionais que eram próximos do paciente se faz presente junto à família após a sua morte. Foi possível observar alguns casos em que residentes e também outros profissionais foram ao encontro de familiares para lhes oferecer consolo em decorrência da perda, particularmente nos casos em que o paciente ficou bastante tempo internado e de pacientes jovens. Os vínculos surgidos durante a internação tornam-se fator importante para que o profissional possa destinar ações de cuidado com os familiares, da forma como lhe é possível.

Trabalhar com um paciente sem perspectiva de cura é, de modo geral, algo angustiante, porém, nas entrevistas realizadas, observou-se uma dificuldade maior em cuidar de pacientes jovens nessa condição:

Eu lembro que eu chorei muito, eu fiquei muito mal, porque era uma paciente jovem, que eu tinha tido um contato assim muito próximo e que, apesar do fato dela ser muito grave, eu não esperava que ela morresse, eu nunca tinha pensado na possibilidade dela morrer. Então, mesmo ela muito grave na

UTI, eu ainda tinha esperança, né? E quando ela morreu, pra mim, aquilo ali foi muito chocante. Eu lembro que eu cheguei a subir aqui pro 4º andar, pra chorar e pensei: 'meu Deus, pessoas jovens também morrem' (terapeuta ocupacional).

Claro, quando são os pacientes jovens, isso é muito complicado, até porque não é complicado só pra eles, é complicado pra gente também. [...] Porque eu fico me imaginando no lugar dos pais desse paciente. Mas, isso aí, com o tempo, a gente vai obtendo mais experiência. Agora, os pacientes que, de certa forma, viveram muito tempo, já é um pouco mais fácil você dar [a notícia da morte], você diz não, já viveu muitos anos, mas esses pacientes jovens... (médica).

Na fala da terapeuta ocupacional nota-se como lidar com a morte trouxe-lhe questionamentos sobre a própria morte, já que se dá conta de que pessoas jovens também morrem e ela própria é uma pessoa jovem. Sobre a questão da própria morte, Freud (1915/2010, p. 230) afirma:

Pois a própria morte é também inconcebível, e, por mais que tentemos imaginá-la, notaremos que continuamos a existir como observadores [da morte do outro]. De modo que na escola psicanalítica pudemos arriscar a afirmação de que no fundo ninguém acredita na própria morte; ou, o que vem a significar o mesmo, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade.

Cada um tende a refletir sobre a morte do outro, vendo-a como algo distante. Cada um tende a conceber a própria vida sempre em continuidade. É o que nos permite agendar os compromissos do dia seguinte, elaborar planos para o futuro, viver o cotidiano sem pensar em um fim, como se tudo viesse a se seguir indefinidamente. Mas a cada vez que ocorre a morte de alguém próximo de alguma forma, como no caso citado, a ideia de imortalidade é colocada em xeque. A realidade da morte lembra a cada um a realidade de sua finitude e a possibilidade de que isso ocorra a qualquer momento, já que não se pode ter controle sobre ela.

Lidar com a morte se torna, portanto, um conflito para o residente. Ao mesmo tempo em que, inconscientemente, o residente está convencido de sua imortalidade, é convocado, pelo seu cotidiano de trabalho, a questionar essa ideia. É no momento que a morte ocorre que o profissional a percebe como algo real.

Quanto à noção de ser a morte mais aceitável quando ocorre na velhice, conforme indicado pela médica entrevistada, Bellato e Carvalho (2005, p. 102) discorrem:

A medicina desnuda a morte, buscando munir-se, através dela, de conhecimentos e técnicas para ludibriar ou, pelo menos, adiar a finitude humana. Assim, morrer de velhice passa a ser considerada a forma natural de morte. Por consequência, todas as outras maneiras de se morrer são consideradas contra a natureza e, por isso, mortes desnecessárias.

O que os autores referem quanto à medicina, pode-se também inferir em relação às demais áreas da saúde. A morte de pessoas jovens passa a ser considerada como algo inadmissível para os profissionais. Quanto às repercussões da morte para os familiares de um jovem, Freud (1915/2010, p. 232) apontou: “Paralisa-nos o pensamento de quem haverá de substituir o filho para a mãe [...]”. É possível que a morte de um paciente idoso não paralise o profissional como a morte de um jovem pela consideração dos laços que o último ainda teria que cuidar ou poderia formar, ao contrário do primeiro. O idoso, por ser idoso, é como se não houvesse mais dele o que esperar.

Outro relato de desconforto diante do paciente sem perspectiva de cura encontra-se na fala da assistente social:

Chega um momento em que você não tem mais o que fazer ali. Então, às vezes, você evita de ir ou você vai menos, porque, em determinadas situações, não tem mais o que fazer dentro da nossa atuação, dentro do serviço social. Então, é muito ruim, porque você não sabe como agir, você não sabe o que falar [...].

Tal fala sinaliza a dificuldade da residente em reconhecer que o papel do residente não se restringe ao que as técnicas de sua área possam oferecer. A partir do vínculo criado anteriormente, no processo da morte, a visita do profissional, mesmo que não tenha por finalidade qualquer procedimento, seja de que especialidade for, pode servir de conforto àquele paciente e sua família. Para que possa oferecer algum conforto, é necessário que o profissional se sinta confortável para tanto, o que implica não impor a si mesmo uma obrigação de estar ao lado do paciente e sua família.

Um ponto importante destacado por Freud (1912-13/2012) na obra “Totem e Tabu” sobre os povos primitivos, que remete às relações vivenciadas

no hospital diante da possibilidade de morte dos pacientes, é o tabu de não poder falar o nome do morto: “Falar o nome do morto pode ser remontado ao contato tido com ele” (p. 97). Pode-se inferir que o modo de alguns profissionais de saúde de tratar aquele que está sob seu cuidado, chamando-o pelo número do leito ou pelo nome da patologia que porta, é uma forma de evitar uma proximidade com o paciente para o qual não pode propiciar alguma perspectiva de cura. Ao observar o cotidiano das clínicas, foi possível perceber esse distanciamento em residentes, estagiários e outros profissionais, como nas situações em que solicitavam atendimento psicológico com o relato de todo o caso clínico e do porquê do encaminhamento, mas não sabiam o nome do paciente. Sobre a proximidade ou não com o paciente e suas implicações para o exercício de suas atividades, a médica relata:

[...] nos outros lugares [de atuação profissional], tu maneja o paciente que tu não tá com ele todo dia, tu não é o rotineiro dele, então isso facilita pra ti dar uma notícia de um óbito de um paciente que não é teu. Agora tu dar a notícia de óbito de um paciente que é teu, é duro, viu? É ruim, porque tu tava com aquele paciente todo dia ali. Ah, é muito complicado.

Ao comentar sobre seus outros contextos de atuação profissional, por exemplo, a médica citou um hospital de urgência e emergência em que também trabalha. Nesse local, os profissionais não convivem diariamente com os pacientes, apenas nos dias de seus plantões; além disso, trata-se de uma assistência diferente e rápida, por ser emergência. Não há uma convivência com o paciente. Assim, para a médica entrevistada é mais fácil lidar com pacientes com os quais não convive diariamente, já que não tem proximidade com eles e não considera o paciente como sendo seu, visto que estará com ele apenas por pouco tempo. No hospital pesquisado, o paciente tem profissionais de referência, participando as residentes entrevistadas do cotidiano dos pacientes. Por se tratar de um local de alta complexidade com restrito número de pacientes, é esperado que os residentes saibam os nomes das pessoas que atendem, algo de sua história. O desconhecimento indicado, por parte de alguns profissionais, aponta a dificuldade envolvida em ser responsável por um paciente sem perspectiva de cura ou, como nas palavras da médica, por “um paciente que é teu”.

A falta de vínculo entre profissional e paciente, que é sinalizada pelo desconhecimento do nome de alguém que se atende, parece se constituir como uma forma de se minimizar ou mesmo evitar sentimentos de perda e de impotência profissional. É uma falta que não contribui para a promoção de qualidade de vida para o paciente sem perspectiva de cura. Questionadas se já falaram com algum paciente sobre a morte, a maioria das residentes afirmou que foram alguns pacientes que já tinham falado a respeito com elas:

Quando eu noto um paciente mais receoso, eu tento, além de passar uma tranquilidade enquanto profissional, dizer pra ele que o tratamento é assim, que leva tempo. Tento assim ir passando uma tranquilidade, por mais que talvez não seja verdadeiro o que eu tô dizendo, de dizer assim: “olha, esse remédio é bom, o senhor vai ficar bom”. E eu nem afirmo assim. Eu tento dizer que o tratamento é um pouco demorado, que tem que ir fazendo tudo corretamente, que ele vai melhorar (fisioterapeuta).

[...] alguns pacientes, eles fizeram uma pergunta que, pra mim, é a pergunta mais cruel que eu pude escutar nesses anos de residência. Alguns pacientes me perguntaram se eles iriam morrer. E a gente não tem certeza que a pessoa vai morrer, até porque a perspectiva é que a gente tá lutando pra que ela viva, mas é um pouco impactante alguém te perguntar e alguém ter a sensação de que tá em um risco de morte iminente e essa pessoa conseguir perceber isso e tá consciente nesse processo (nutricionista).

Em razão da falta de uma formação em que compareça a discussão sobre a questão da morte e do lugar que esse tema ocupa na sociedade atual, o relato das profissionais reflete um desconforto quando questionadas pelo próprio paciente, ou mesmo um impacto, como colocado pela nutricionista. Pela dificuldade em saber o que dizer, a fisioterapeuta responde algo que tranquilize o paciente, ainda que sua fala não se aplique para aquele caso (“que ele vai melhorar”). Na graduação, os futuros profissionais são instigados a desenvolver bem o seu trabalho, porém, a discussão de que esse trabalho está atrelado àqueles que o recebem, que não são sujeitos passivos, parece ser carente. Os pacientes trazem questionamentos com os quais os profissionais, por vezes, não sabem como lidar. Não há como estar preparado para todas as situações que venham a ocorrer no exercício da profissão; contudo, quando se pode vivenciar, ainda na graduação ou na residência,

discussões não apenas sobre a doença, mas também sobre o cotidiano dos sujeitos que irão encontrar, é possível promover reflexões que permitam que o profissional viva os possíveis impactos de certos questionamentos de forma mais branda.

No hospital pesquisado, mostrou-se comum, quando se trata de um diagnóstico difícil, como de câncer ou outros com prognóstico ruim, a informação ser dada à família, não ao paciente. A família, então, deve decidir se revela ou não ao paciente, o que é algo questionável, mas que não cabe na discussão deste trabalho. Quando isso ocorre, os profissionais parecem estabelecer um 'pacto de silêncio' com a família, evitando falar sobre o assunto e diminuindo as idas ao leito do paciente, já que se torna difícil sustentar essa relação. Conforme foi possível perceber na observação participante, como o paciente não é informado sobre sua condição, os profissionais não sabem o que dizer quando são questionados por ele sobre seu diagnóstico e, para que não passem por situações constrangedoras, muitas vezes acabam por ir ao seu leito somente quando é indispensável. Há comentários entre os profissionais sobre a situação do paciente, o que virá dali em diante, mas, em sua presença, nada é dito; quando se quer conversar algo sobre o adoecimento dele, chama-se o acompanhante para o lado de fora da enfermaria. Falando sobre a nossa atitude diante da morte, Freud (1915/2010, p. 230) considera que:

No tocante à morte de outra pessoa, o homem civilizado evita cuidadosamente falar dessa possibilidade quando aquele destinado a morrer pode escutá-lo [...] O adulto civilizado não admitirá de bom grado nos seus pensamentos a morte de outra pessoa, sem aparecer aos seus próprios olhos como insensível ou mau; a não ser que como médico, advogado, etc., tenha a ver com a morte.

Conforme a médica entrevistada: "Se a família permitir falar, eu falo, só que todos os meus pacientes até hoje a família nunca permitiu falar, graças a Deus". É possível perceber, nessa fala, um aparente alívio quanto ao fato de os familiares não permitirem que o paciente seja informado do diagnóstico. Por ser o médico o profissional responsável pela transmissão do diagnóstico ao paciente, quando se trata de uma doença sem perspectiva de cura, ele se vê

diante da responsabilidade de ser o portador de uma árdua notícia. A fala da médica denota que colocar para um sujeito a possibilidade real e próxima de sua morte é mais que uma tarefa delicada. Envolve reconhecer para o paciente a ineficiência de qualquer técnica perante o seu adoecimento.

Perguntada sobre como é lidar com os pacientes que não têm conhecimento do diagnóstico, a psicóloga responde:

É muito daquilo que a gente, no decorrer dos nossos dois anos [de residência] a gente comenta, de que a gente tem que sentir do paciente o que ele quer, o que ele não quer. [...] E aí, de alguma forma, ele dá sinais. E aí, não é muito fácil trabalhar com esse paciente, que a equipe toda sabe, a família sabe, menos ele, que ele tá com uma doença terminal, que ele tá em cuidados paliativos, mas que, no final das contas, ele sabe, ele sente, né? Porque tá todo mundo nessa direção e aí o corpo fala, as outras coisas falam, não é só a palavra. Não é muito fácil tá trabalhando com esse paciente, mas aí a gente também tem que trilhar o caminho dele.

Ainda que as outras pessoas – profissionais e familiares - estabeleçam um pacto de silêncio quanto à condição do paciente, ele percebe o que acontece na clínica, como os exames a que é submetido ou mesmo o fato de não existirem mais exames para fazer e ainda assim permanecer internado, as conversas dos outros no corredor, etc. A psicóloga entrevistada indica o que pode fazer nesse momento, ou seja, trabalhar o que o paciente traz em seu discurso, como suas questões e preocupações sobre a morte, ou mesmo o seu não querer saber daquilo que se passa à sua volta – como quando o paciente diz que prefere não saber do diagnóstico e que os profissionais devem conversar com sua família.

Em um dos casos acompanhados por uma das autoras do presente trabalho, uma idosa, que havia sido internada para uma cirurgia considerada simples, foi diagnosticada durante a internação com um câncer na região abdominal, sem perspectiva de cura. Os familiares não quiseram que ela soubesse do diagnóstico. Nos atendimentos à paciente, era possível notar que ela havia percebido que se tratava de algo mais grave. Nos dias que antecederam a sua morte, ela dizia que não aguentava mais o sofrimento e queria descansar. Os familiares e alguns outros profissionais afirmavam que tudo ficaria “bem”, que ela não deveria pensar nessas coisas. O papel do

psicólogo foi o de acolher aquilo que ela trazia, não silenciando sua fala sobre o seu sofrimento.

Segundo Peralva (2008, p. 68), “[...] a morte para a psicanálise não remete ao fim, à impossibilidade de escuta, mas sim ao que urge para o sujeito. E a urgência está além do biológico, ela está no desejo [...]”. Ainda que os familiares e mesmo os profissionais não queiram falar sobre a morte, o paciente precisa de um espaço para colocar, como lhe for possível (“quero descansar”), suas questões, quaisquer que sejam elas.

Sobre o modo como os profissionais lidam com a morte dos pacientes, a psicóloga indica:

Eu percebo que os profissionais, eles fogem, né? ‘Ah, aquele paciente tá em cuidados paliativos, eu não vou nem lá’ ou ‘a família tá chorando, chama o psicólogo’. Sendo que, lógico que talvez nós temos, vamos dizer assim, os aparatos melhores pra lidar com isso, mas isso também não significa dizer que um outro profissional não possa tá dando, de alguma forma, algum tipo de suporte.

No local do estudo, há profissionais de diversas categorias e, durante a internação, o paciente é atendido constantemente por aqueles que mais necessita para o seu tratamento. No entanto, a fala da psicóloga mostra que os momentos de sofrimento para o paciente ou para sua família tendem a ser vistos por outros membros da equipe como algo que não faz parte de seu campo de atuação profissional.

Quanto à formação sobre o tema morte no programa de residência, a maioria dos profissionais considerou insuficiente o que foi trazido nas disciplinas, não havendo nenhuma disciplina específica sobre o assunto. O programa de disciplinas da Residência Multiprofissional da turma entrevistada é composto por disciplinas gerais (comuns a todos) e específicas (de cada categoria profissional), sendo que, no caso das específicas, havia a possibilidade dos profissionais optarem por outras duas que não as de sua área. No caso da Psicologia, há uma disciplina intitulada “Terminalidade no Contexto Hospitalar”, que é cursada por todos os psicólogos e alguns profissionais de outras categorias que por ela optaram. Algumas das entrevistadas fizeram a referida disciplina. Na Residência Médica, conforme

relato da médica entrevistada, não há disciplina sobre o assunto. Assim, chama a atenção que em programas de residência em saúde o tema da morte compareça como disciplina obrigatória para uma área, mas como opcional para as outras.

Apesar de não ter tido disciplina que abordasse explicitamente a questão da morte, a fonoaudióloga destaca a importância da prática para o aprendizado:

Porque o professor pode não falar nas disciplinas, eu falo da parte teórica, ele pode não falar, mas ele pede exemplo de alguma coisa, depois a gente vai e resgata um caso e aí, tudo o que ele fala ali, a gente consegue visualizar na clínica que a gente tá, no hospital que a gente tá. Então, a gente é levado a falar sobre isso, mas eu não acho que nós somos convidados a falar sobre isso [a questão da morte], que existe uma preparação. Eu acho que, no início da residência, não importando a categoria, todos os residentes deveriam ter uma conversa sobre isso. Deveria ter uma aula com um psicólogo, acho que é o psicólogo o profissional mais habilitado pra falar sobre isso com a gente.

A terapeuta ocupacional comenta sobre suas reflexões após ter cursado a disciplina de “Terminalidade no Contexto Hospitalar”, bem como o que aprendeu em sua prática:

Pois é, eu não pensava muito na questão da morte, até mesmo pela formação acadêmica que não propiciava essa reflexão. E aqui, com a residência, com as cadeiras que a gente fez de Psicologia, principalmente, que falava muito da questão da morte, a gente passa a refletir mesmo até a questão da nossa própria morte, que a gente também é finito. Então, eu penso que a morte em si é o fim e que o processo de morrer é mais importante do que a reflexão sobre a finitude, sobre a morte. Então, o que eu pensava antes era nada e o que eu penso agora é tentar maximizar esses momentos antes da morte em si.

Segundo as entrevistadas, foi a prática propriamente dita que permitiu aos residentes um meio de refletir suas ações junto ao paciente sem perspectiva de cura. A experiência prática obtida através da residência foi vista como algo que trouxe às residentes um cuidado diferenciado para a qualidade de vida dos pacientes sem perspectiva de cura. A nutricionista e a fonoaudióloga entrevistadas, por exemplo, muitas vezes desenvolveram um trabalho conjunto, a fim de oferecer ao paciente algo que ele desejasse comer,

mesmo que não estivesse no cardápio do hospital e mesmo que ele não pudesse engolir, mas somente sentir o gosto do alimento.

As reflexões vivenciadas, sobretudo, através da prática pelos profissionais quanto aos pacientes sem perspectiva de cura destacam a lacuna ainda existente na formação dos residentes, o que repercute na sua atuação profissional com esses pacientes. Como referiu a fonoaudióloga, não há um espaço explícito para a discussão do tema. É o próprio cotidiano que faz com que os residentes cheguem a algumas discussões por vivenciar isso nas clínicas. A dificuldade de se lidar com a morte sempre existirá, mas sua discussão é o que poderá permitir aos residentes desenvolver um trabalho mais condizente com as questões dos pacientes no fim da vida.

Considerações Finais

Ao falar sobre a morte, algo importante a ser considerado é o momento que vive a sociedade atual. A morte é vivenciada particularmente no hospital, onde as técnicas utilizadas, os avanços tecnológicos tendem a adiá-la cada vez mais, trazendo aos homens a ilusão de que ela pode ser eliminada da vida, o que torna o assunto ainda mais complexo e velado. A formação acadêmica durante a graduação não propicia a discussão do tema da morte e, por vezes, chegam a deixá-lo à margem. Ao depararem-se com a realidade da profissão, os residentes percebem que a morte de seus pacientes é algo com que precisam lidar de algum modo, pois constitui uma questão que nunca fica à margem.

Por meio das entrevistas realizadas e da observação participante, foi possível perceber o quanto é difícil para as residentes entrevistadas estar diante de pacientes sem perspectiva de cura, bem como do questionamento sobre a possibilidade da morte iminente feito pelo próprio paciente.

Estar preparado para lidar com a morte talvez seja algo inalcançável para o residente pela própria prerrogativa de cada profissão envolvida de promover a extensão da vida, conforme pôde ser percebido nos achados deste artigo. Passar por perdas nunca é fácil, como disse a fonoaudióloga: “[...] nós não estamos preparados pra perder nada”. Mas isso não implica a

impossibilidade de construção de um percurso de trabalho que vá do sentimento de impotência, nos casos em que não é mais possível se prolongar a vida, à promoção da qualidade de vida para os pacientes sem perspectiva de cura e de um trabalho junto à família durante sua internação e após sua morte.

No estudo realizado, destaca-se que, embora as disciplinas dos programas de residência apresentem-se deficientes quanto à abordagem do tema da morte, a parte prática do programa juntamente com as discussões interdisciplinares possibilitou às residentes reflexões sobre o assunto. Sugere-se, portanto, que a grade curricular dos cursos de graduação da área da saúde e de outros que também atuem no contexto da saúde, bem como, de forma especial, dos dois programas de residência aqui colocados atentem-se em contemplar esse aspecto tão importante para profissionais que lidam com pessoas em processo de adoecimento. Não há como eximir-se de lidar com a morte num contexto hospitalar, sendo assim, por que eximir-se da discussão desse tema?

Referências Bibliográficas

- Bellato, R. & Carvalho, E. C. (2005). O jogo existencial e a ritualização da morte. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 99-104.
- Brêtas, J. R. S., Oliveira, J. R. & Yamaguti, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 477-483.
- 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. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(2), 151-157.
- Freud, S. (2010). A nossa atitude perante a morte. In S. Freud. *Obras psicológicas completas* (v. 12, pp. 229-246). São Paulo: Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (2012). Totem e tabu: algumas concordâncias entre a vida psíquica dos homens primitivos e dos neuróticos. In S. Freud. *Obras psicológicas completas* (v. 11, pp. 13-244). São Paulo: Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1913-1914)
- Lima, V. R. & Buys, R. (2008). Educação para a morte na formação de profissionais de saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(3), 52-63.

- Moritz, R. D. & Nassar, S. M. (2004). A Atitude dos Profissionais de Saúde Diante da Morte. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 16(1), 14-21.
- Peralva, E. L. M. (2008). O confronto com a finitude na clínica hospitalar: da morte como limite à urgência da vida. *Revista Práxis e Formação*, 1, 65-72.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 4(2), 329-348.
- Rosa, M. D. & Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Revista Psicologia e Sociedade*, 22(1), 180-188.
- Silva, A. L. L. & Ruiz, A. M. (2003). Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. *Revista Estudos de Psicologia de Campinas*, 20(1), 15-25.