UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CARLA VIEIRA GOMES DE FARIA

As representações sociais da morte para equipes de saúde de dois Centros de Terapia Intensiva

Belo Horizonte

2014

CARLA VIEIRA GOMES DE FARIA

As representações sociais da morte para equipes de saúde de dois Centros de Terapia Intensiva

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Social

Linha de Pesquisa: Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação

Orientador: Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento

Belo Horizonte

2014

Nome: Carla Vieira Gomes de Faria

Título: As representações sociais da morte para equipes de saúde de dois Centros de Terapia Intensiva.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Luciene Alves Miguez Naiff

Instituição: UFRRJ Assinatura: _____

Profa. Dra. Ingrid Faria Gianordoli-Nascimento

Instituição: UFMG Assinatura: _____

Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento

Instituição: UFMG Assinatura: _____

Dedico este trabalho à minha filha Ana Carolina Vieira.

Para mim é um privilégio ser sua mãe. Te amo infinitamente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A Deus, pela oportunidade de crescimento espiritual nesta jornada da vida.

A minha amada filha Ana Carolina, por deixar a minha vida diariamente repleta de leveza, alegria e amor.

Aos pacientes e familiares de pacientes, que são a minha maior motivação pela busca constante de aprimoramento profissional.

Aos meus pais Desy e Waldemar, e ao meu irmão Roberto, por estarem sempre ao meu lado, incondicionalmente.

Aos meus avós Iracema e Sebastião, que embora já tenham morrido, permanecem presentes na minha memória e influenciam muito da forma como conduzo a minha vida.

Ao Christian Eduardo Pacheco, por construirmos juntos um amor leve e belo.

Ao meu querido orientador Adriano Roberto Afonso do Nascimento, por toda paciência e sabedoria com as quais conduziu a realização deste trabalho, bem como por ter acreditado que, apesar de trabalhar em dois lugares e ter uma filha pequena, conseguiria concluir esta pesquisa. Para mim, você é um exemplo de competência, ética e paciência.

Ao meu amigo Eder Luiz Nogueira, meu principal incentivador para a realização deste trabalho. Obrigada pelo carinho e disponibilidade.

A minha amiga Michele Romani, que não se importou de mudar o seu horário de trabalho, e consequentemente, sua rotina de vida por diversas vezes ao longo deste mestrado, para que eu pudesse realiza-lo. Sem a sua ajuda eu jamais teria concluído esta pesquisa.

Aos meus amigos-irmãos Camila Simões, Julliana Schuery, Luciana Shiroma, Izabela Mendes, Lizandra Siqueira, Leonardo Gomes e Wisley Daniel, por serem meu porto seguro.

Aos meus colegas da prefeitura de Nova Lima e do Hospital Odilon Behrens, por todo apoio que me deram durante esta pesquisa.

A professora Ingrid Faria Gianordoli-Nascimento, pela disponibilidade e humildade que sempre demonstrou durante o nosso tempo de convivência.

Aos meus colegas de mestrado, em especial Sara Angélica, Lucas Eduardo, Izabela Terra e Elizabete Rabelo, pela agradável convivência e pela parceria.

Aos demais amigos e familiares, com os quais sempre tenho a grata oportunidade de encontrar, de aprender e de me alegrar.

"A morte não é terrível. Passa-se ao sono e o mundo desaparece - se tudo correr bem. Terrível pode ser a dor dos moribundos, terrível também a perda sofrida pelos vivos quando morre uma pessoa amada. Não há cura conhecida. Somos parte uns dos outros. Fantasias individuais e coletivas em torno da morte são frequentemente assustadoras. Como resultado, muitas pessoas, especialmente ao envelhecerem, vivem secreta ou abertamente em constante terror da morte. O sofrimento causado por essas fantasias e pelo medo da morte que engendram pode ser tão intenso quanto a dor física de um corpo em deterioração. Aplacar esses terrores, opor-lhes a simples realidade de uma vida finita, é uma tarefa que ainda temos pela frente. (...) Talvez devêssemos falar mais abertamente e claramente sobre a morte, mesmo que seja deixando de apresentá-la como um mistério. A morte não tem segredos. Não abre portas. É o fim de uma pessoa. O que sobrevive é o que ela ou ele deram às outras pessoas, o que permanece nas memórias alheias".

Norbert Elias

RESUMO

Faria, C. V. G. de (2014). *As representações sociais da morte para a equipe de saúde de um Centro de Terapia Intensiva de um hospital público.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Admite-se atualmente que, na sociedade ocidental contemporânea, a morte, ao mesmo tempo em que configura um interdito, faz-se onipresente, invadindo o cotidiano, seja pelos meios de comunicação em massa, que veiculam notícias de mortes violentas diariamente, ou de forma silenciosa, por meio do contato com os que estão morrendo, como, por exemplo, no cotidiano de um hospital. Estudos realizados abordando esse último contexto têm identificado que, para profissionais de saúde, a morte de um paciente é entendida com freqüência como sinônimo de fracasso profissional. Tal sentimento de fracasso tem sido identificado de forma mais recorrente nos chamados Centros de Terapia Intensiva (CTIs). Segundo a literatura disponível sobre as condições de trabalho nesses Centros, a morte de pacientes também desperta nos profissionais intensivistas sentimentos de culpa e impotência, além de suscitarem nesses mesmos profissionais pensamentos relativos à possibilidade da sua própria morte e da morte de pessoas de seu vínculo social. Assim, o conhecimento das representações sociais dessas equipes de saúde em relação à morte, objetivo geral deste trabalho, pode mostrar-se relevante para a prevenção de tais agravos, além de permitir adicionalmente a proposição de ações que tenham como objetivo uma melhor qualidade no cuidado ao moribundo e a seus familiares. Com esse objetivo, foram entrevistados dezoito profissionais intensivistas de dois CTI1s, localizados em um hospital municipal da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O roteiro semi-estruturado utilizado contemplou os seguintes temas: a) dados sociodemográficos; b) trajetória profissional; c) condições gerais de trabalho no CTI; d) avaliação de situações

características do trabalho no CTI relativas aos pacientes e seus familiares; e) significados da morte; e f) aspectos profissionais e emocionais relativos à morte no cotidiano do CTI. Os dados coletados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, com a formação de categorias que procuraram contemplar, em sua relação, os aspectos psicossociais de interesse para a investigação. Conclui-se que as representações sociais de morte estão ancoradas em duas perspectivas, uma pessoal e outra profissional. A primeira objetiva a morte como "a vida em outro lugar" e a segunda como "o inimigo a ser vencido".

Palavras-chave: Representações Sociais, Morte, CTI, Equipe de Saúde.

ABSTRACT

Faria, C. V. G. de (2014). *Social representations of the death to the staff a health center intensive care - Brazil.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Nowadays, it is admitted in the contemporary Western society that death is at the same time an interdict and omnipresent fact. It invades day-to-day life both through the mass means of communication which broadcast news of violent deaths on a daily basis or in a silent way through the contact with those who are dying as it happens, for instance, in a hospital. Studies carried out approaching the topic in hospitals have identified that for health care professionals, a patient's death is often perceived as professional failure. Such a feeling of failure has been identified more often in Intensive Care Units (ICTs), which are places characterized by having state-of-the-art technology of care/cure in medicine. According to the literature available on working conditions in such Centers, the death of patients also brings forth in the Intensive Care Units professionals the feeling of impotence and guilt. It also produces thoughts regarding such workers' possible death and also of those who are a part of their social bonds. Thus, the knowledge of these health care workers' social representations in relation to death, the general objective of this work, can be relevant to prevent such harms. It can also allow the proposal of actions that aim at a better quality in the care of dying patients and their families. To achieve this goal, 18 Intensive Care Units professionals were interviewed in a hospital located in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais State, which only takes care of patients from the Sistema de Saúde Único (SUS), the Brazilian government-based health care system. The semi-structured script included the following themes: a) socio-demographic data; b) professional history; c) general working conditions in

ICUs; d) an assessment of the situations which are characteristic of the work done in ICUs in relation to patients and their families; e) meanings of death; and f) professional and emotional aspects related to death in ICUs. The data collected were analyzed using Content Analysis forming categories that try to contemplate the psychosocial aspects of interest for this investigation in their relation. It is concluded that the social representations of death are anchored in two perspectives, one being personal and the other professional. The first aims death as “life in another place” and the second as “the enemy to be beaten”.

Keywords: *Social Representations*, D*eath*, Intensive Care Unit, Health Care Staff.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Significado de morte.....100

Figura 2 - Morte natural/ não natural.....102

Figura 3- Tendências para tentar "domar" o objeto morte.....104

Figura 4 - Sentimentos despertados pela morte do paciente na equipe de saúde.....107

Figura 5 - Tríade morte do paciente/ própria morte/ morte de pessoas próximas.....108

Figura 6 - Práticas relacionadas ao objeto morte.....110

Figura 7 - Dificuldades em relação aos familiares.....112

Figura 8 - Características do CTI.....113

Figura 9 - Formação para lidar com a morte.....115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Significado de morte.....69

Tabela 2 - Dificuldades em geral relativas ao contato com o paciente.....73

Tabela 3 - Dificuldades relacionadas ao contato com os familiares.....78

Tabela 4 - Sentimentos em relação ao paciente em processo de morte.....83

Tabela 5 - Sentimentos relacionados ao contato com os familiares.....88

Tabela 6 - Influência do cotidiano profissional no cotidiano não profissional.....91

Tabela 7 - Formação acadêmica e aspectos relacionados à morte e ao morrer.....95

Tabela 8 - Como os sujeitos entrevistados lidam com a morte do paciente.....97

LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
HOB	Hospital Odilon Behrens
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO.....08

ABSTRACT.....10

LISTA DE FIGURAS.....12

LISTA DE TABELAS.....13

LISTA DE SIGLAS.....14

1. MORTE.....17

1.1. Da morte domesticada à morte domada.....17

1.2. Os profissionais de saúde e a morte.....28

2. A MORTE NO CTI.....36

2.1. CTI.....36

2.2. A morte no CTI.....43

3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MORTE.....50

3.1. Representações Sociais.....50

3.2. Representações Sociais de morte.....57

4. OBJETIVOS.....63

4.1. Objetivo geral.....63

4.2. Objetivos específicos.....63

5. MÉTODO.....64

6. RESULTADOS.....69

7. DISCUSSÃO.....100

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....120

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....122

APÊNDICES.....130

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....130

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista.....131

ANEXOS.....133

ANEXO A - Parecer do comitê de ética em pesquisa da UFMG.....133

ANEXO B - Parecer do comitê de ética em pesquisa do HOB.....137

1) MORTE

1.1 - Da morte domesticada à morte domada

Para ser compreendida, a morte deve ser considerada em um dado contexto social, buscando-se as representações simbólicas que norteiam o seu significado, bem como os elementos que, ao longo da história, se associaram na construção dessas representações. Nesse sentido, os significados relativos à finitude humana relacionam-se de forma direta às relações entre os grupos de uma determinada sociedade e mesmo entre as sociedades, considerando-se suas diferenças, por exemplo, ideológicas e religiosas.

Como é sabido, o homem é o único ser que tem claramente a consciência da morte. Essa consciência da sua própria finitude, segundo Rodrigues (2011), é a marca da humanidade. Por esta razão, a morte do homem não é apenas a deterioração de um corpo físico, mas também de um ser em relação. Assim, o vazio que a morte traz é percebido primeiramente como um vazio de interação. Desta forma, a morte "não atinge somente os próximos, mas a globalidade do social em seu princípio mesmo, a imagem da sociedade impressa sobre uma corporeidade cuja ação - dançar, andar, rir, chorar, falar...- não faz mais que tornar expressa" (Rodrigues, 2011, p. 20).

Apesar da inevitabilidade da morte, refletir sobre a finitude é desafiador. Barbosa, Francisco e Efken (2008) apontam que "desde o instante em que nascemos, começamos a morrer. Cada dia vivido torna-se um dia a menos no calendário da existência" (p. 33). Schmitt (2010), por sua vez, argumenta que "a percepção da finitude leva o ser humano a procurar compreender, com todos os meios possíveis, o sentido de sua existência. Em grande medida, as concepções de morte implicam concepções de vida" (p. 21). A autora esclarece que essa compreensão, juntamente com os comportamentos e atitudes a ela relacionados, sofreu mudanças significativas ao longo da história. Porém, em todas as épocas, os rituais relativos à morte e ao morrer caracterizaram-se por trazer, em si, uma grande carga simbólica.

Assim, como ponto inicial de reflexão sobre a forma como a sociedade atual concebe a morte, torna-se importante resgatar os estudos de Ariès (2003) sobre as atitudes do homem em relação a ela no período compreendido entre a Alta Idade Média e o século XX, na sociedade ocidental.

Segundo Ariès (2003), as atitudes diante da morte sofreram mudanças frequentemente lentas e despercebidas. Na Idade Média, os homens eram mais ativos no seu processo de morrer, com atitudes de familiaridade em relação à morte, atitudes estas que ele identificou como características de uma “morte domada”. A morte, nesse período, acontecia como uma cerimônia pública, que era organizada e dirigida pelo próprio moribundo. Ao saber da proximidade da sua morte, o moribundo se "organizava" para este momento, pedindo perdão por seus erros e distribuindo seus pertences. A casa e o leito do moribundo eram transformados em um lugar público, onde se encontravam reunidos parentes, vizinhos e amigos. Também as crianças participavam dessa cerimônia. Nesse contexto, os ritos fúnebres aconteciam sem dramaticidade ou emoções excessivas.

Schmitt (2010) contribui com esta discussão apontando que, no período pré-industrial, de culturas camponesas e de aldeias, o grupo social era a base do sujeito em todas as suas fases de vida. Nessas culturas, ninguém deveria ser abandonado em sua morte ou velhice, e, quando a morte ocorria, era vivida como um fenômeno do grupo, no qual a família era amparada pelos demais membros da sociedade. Morte e vida eram indissociáveis, uma vez que a morte era vista como uma continuidade da vida, pois havia a crença de que a forma como se vivia influenciava o pós-morte. Assim, a morte para esses homens e mulheres era tida como uma passagem de um mundo terreno para um mundo divino, que era considerado uma projeção da "vida cotidiana". Havia, portanto, uma solidariedade coletiva, que, aliada aos rituais de luto, ajudava o sujeito a "superar a dor e retomar a vida" (Schmitt, 2010, p. 22). A casa do moribundo era aberta à visitação da comunidade. O sepultamento também tinha uma grande

participação das pessoas. A morte, desta forma, era tida como um evento público, que mobilizava e era vivenciado pelo grupo. Nesse contexto, segundo Maranhão (2010), a morte súbita era considerada uma maldição, pois impedia que o indivíduo se organizasse frente à proximidade da morte e se preparasse para o pós–morte.

Essa forma de lidar com a morte não significava desejo de que ela ocorresse, nem mesmo uma receptividade para com ela. Tratava-se sim da percepção da morte como algo inevitável, imperativo. Segundo Schmitt (2010), a "rebelação" contra a morte, de acordo com a crença deste período, poderia acarretar em uma "molestação" da alma no pós-morte, uma preocupação que progressivamente se tornará muito presente no período caracterizado por outro conjunto de atitudes frente à morte, nomeado por Ariès (2003) como “morte de si mesmo” e que será exposto a seguir.

A segunda atitude do homem perante a morte foi chamada por Ariès (2003) de “morte de si mesmo” e vigorou do século XI ao século XIV. Tal atitude tinha como característica principal a percepção aguda da finitude da própria existência. A morte passou, assim, a ser vista de forma mais personalizada, associando-se a um maior apego às pessoas e às coisas. Segundo Ariès (2003), nesse período, temos a origem do Individualismo. Havia também uma preocupação com o Juízo Final, que estava ligado à ideia da biografia individual, prevalecendo na relação com a morte o sentimento de medo. A morte assumiu a forma de uma prestação de contas com Deus. Perdeu-se, naquele momento, a atitude de aceitação da morte, como na “morte domada”. Para lidar com esse medo, o homem buscava realizar alguns ritos, como orações ao morto, realização de missas e elaboração de testamentos que mostrassem um desapego com bens materiais.

A ocorrência das grandes epidemias, tal como a Peste Negra, que teve início em 1348 em Gênova e Florença, advinda da Ásia, segundo Schmitt (2010), também teve impacto na forma como as coletividades lidavam com o fenômeno da morte. Segundo Elias (2001), as

grandes epidemias reforçavam o caráter público e visível da morte. Outros fatores que contribuíam para esta relação de proximidade da sociedade com a morte naquela época eram a baixa expectativa de vida e a alta incidência da mortalidade infantil.

Para Schmitt (2010), o homem medieval temia o morto por acreditar que este poderia se apresentar "fantasmaticamente" aos vivos. Acreditava-se que os mortos tinham um poder maior do que os vivos, pois eles detinham o saber sobre "o grande mistério da existência", *o saber do pós-morte*. Essa ideia da alma que vaga entre os vivos foi incorporada pelo cristianismo, que oferecia aos seus fiéis a oração como forma de se proteger dos mortos e de cuidar dos mesmos. A vida terrena era tida como uma preparação para a "verdadeira vida", a vida eterna.

Elias (2001) aponta que, nesta época, os fortes sentimentos religiosos de culpa e de castigo marcavam a relação com a morte de forma penosa, como algo ruim, como uma punição. Os rituais fúnebres, segundo este autor, tinham como principal função uma visível demarcação entre os que estão vivos e aqueles que estão mortos, visando diminuir a insegurança frente à ameaça da morte. Nesse sentido, Schmitt (2010) esclarece que, neste período, a morte passa do estatuto de um evento para tomar a forma de alguém, como, por exemplo, o esqueleto que veste um manto e carrega uma foice. O morrer passa, portanto, a ser considerado algo particular e o homem passa a "temer não o fim da vida em si, mas um *processo de morte:* o que se perde, o que se deixa, como ocorrerá e o que virá após" (Schmitt, 2010, p. 151). Desta forma, a autora explicita que:

> A decomposição da carne era a comprovação da frágil condição humana. O horror causado por ela e a preocupação crescente com os restos mortais explicita uma série de identificações do homem com sua matéria. O corpo, mesmo sem vida, representa o indivíduo. Essa relação aparecia, nos quinhentos e nos seiscentos, por exemplo, na celebração de missas de corpo presente, isto é, com a presença do cadáver no altar da igreja para as primeiras missas do luto. Era ainda uma prática restrita

> às figuras mais ilustres, mas indica um sentimento de presença do sujeito através de seu corpo, mesmo sem vida (Schmitt, 2010, p. 157-158).

A terceira atitude em relação à morte, apontada por Ariès (2003), é a chamada "morte do outro", que teve seu apogeu entre os séculos XIX e XX. Tal atitude foi caracterizada pela visão da morte como ruptura, não mais tolerada e aceita como anteriormente. Lidou-se com a morte, nesse período, de forma dramática, teatralizada e insuportável, dando início ao processo de distanciamento social da morte. Segundo o autor, em relação à morte, o homem "exalta-a, dramatiza-a, deseja-a impressionante e arrebatadora, mas ao mesmo tempo se ocupa menos da sua própria morte. Assim, a morte romântica, retórica é antes de tudo a morte do outro" (p. 64).

Schmitt (2010) traz outro aspecto que também mostra a forma como a morte era incorporada pela sociedade nesse período: as novas formas de se lidar com os rituais fúnebres. A autora identifica, como prática que objetivava manter a memória sobre o morto, a ampla difusão dos testamentos. Outra prática que tinha também este objetivo era a mudança no local onde os corpos eram colocados após a morte. As fossas comunais cediam lugar aos túmulos, que tornavam explícita a identificação do morto e apresentavam informações sobre sua vida. O corpo passou então a ter uma valoração, como uma forma de permanência daquele que morreu.

A quarta atitude diante da morte, chamada de "morte invertida", predomina a partir do século XX e foi caracterizada por uma percepção da morte enquanto inimiga, oculta, vergonhosa, interdita. Há a prevalência da negação da morte. Assim, Ariès (1982) afirma que "a sociedade já não faz uma pausa: o desaparecimento de um indivíduo não mais lhe afeta a continuidade. Tudo se passa na cidade como se ninguém morresse" (p. 613). Ariès (2003) ressalta que, nesse período, a morte vai se apagar e desaparecer, tonando-se objeto de

vergonha. Como desdobramento desta atitude, as pessoas que cercam o moribundo tentam poupá-lo e ocultar-lhe a gravidade do seu estado de saúde. Segundo Ariès (2003):

> A primeira motivação da mentira foi o desejo de poupar o enfermo, de assumir sua provação. Porém, bem cedo esse sentimento (...) foi superado por um sentimento diferente, característico da modernidade: evitar não mais ao moribundo, mas à sociedade, mesmo aos que o cercam a perturbação e a emoção excessivamente fortes, insuportáveis, causadas pela fealdade da agonia e pela simples presença da morte em plena vida feliz, pois, a partir de então, admite-se que a vida é sempre feliz, ou deve sempre aparentá-lo. (p. 84-85).

Desta forma, Schmitt (2010) esclarece que, com estas mudanças na forma de se lidar com a morte nas sociedades pós-industriais e capitalistas, marcadas pelo individualismo e pelas práticas de competição entre os indivíduos, aliadas ao enfraquecimento das religiões, houve um esvaziamento dos espaços públicos e coletivos que amparavam os sujeitos moribundos e as famílias enlutadas. A partir de então, o homem passa a ter "pavor" do que não conhece, e a morte, portanto, é afastada das preocupações do dia-a-dia. Este panorama fez com que, nesta sociedade pós-industrial, de forma oposta ao que ocorria na sociedade pré-industrial, a dor e o luto das pessoas devessem ser "resolvidos" de forma individual, sem apoio e compartilhamento com o restante da sociedade.

Segundo Ariès (2003), as manifestações de luto e dor atualmente estão condenadas a desaparecem. Isso pode ser percebido, por exemplo, na mudança do vestuário. Hoje em dia não se usam mais roupas escuras para expressar o luto. A manifestação da dor não mais desperta pena nas pessoas, mais sim repugnância, e é interpretada como uma perturbação mental ou mesmo como uma falta de educação. Assim, o enlutado só pode chorar sozinho, quando ninguém está por perto, o que agrava a dor pela perda do ente querido.

Nesse sentido, em seu livro “História da morte no Ocidente”, Ariès (2003) esclarece que:

> Em um mundo sujeito à mudança, a atitude tradicional diante da morte parece como uma massa de inércia e continuidade. A antiga atitude segundo a qual a morte é ao mesmo tempo familiar e próxima, por um lado, e atenuada e indiferente, por outro, opõe-se acentuadamente à nossa, segundo a qual a morte amedronta a ponto de não mais ousarmos dizer seu nome. Por isso chamarei aqui esta morte familiar de morte domada. Não quero dizer com isso que anteriormente a morte tenha sido selvagem, e que tenha deixado de sê-lo. Pelo contrário, quero dizer que hoje ela se tornou selvagem. (p. 35-36).

Por sua vez, Elias (2001) explica que hoje em dia a morte é tida como recalcada, e que este recalque acontece tanto no plano individual quanto no plano social. Do ponto de vista individual, o recalcamento é entendido como uma retirada desta da memória do sujeito, através de mecanismos psicológicos. Nesse sentido, Elias (2001) relata que “a visão de uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a ideia de sua própria morte” (p. 17). Já no plano social, em relação às atuais formas específicas de se lidar com a morte, apresentam-se comportamentos sociais de exclusão e segregação da morte, e consequentemente do moribundo, da vida pública.

Segundo Elias (2001), o que mudou ao longo do tempo não foi o recalcamento e encobrimento da morte, que ocorreram desde a antiguidade, mas sim a forma como este "encobrimento" é realizado: "O terror e o temor são respeitados somente pela imagem da morte na consciência dos vivos. Para os mortos não há temor nem alegria" (p.53). Na Alta Idade Média, o principal modo de lidar com a morte era através de fantasias coletivas, tais como a vida eterna após a morte no paraíso, que desempenham ainda hoje um papel importante. Porém, atualmente, com a ênfase no individualismo, as fantasias individuais e privadas tomam maior relevância, tal como a fantasia individual de imortalidade, na qual

todos morrem, todos morrerão, menos eu. Nesse sentido, Elias (2001) cita as seguintes características como impulsionadoras da representação da morte na atualidade:

1) O aumento da expectativa de vida;

2) A morte é tida como o último estágio de um processo natural. Tal visão tem nos progressos médicos sua base de significação. Assim, saber que a morte é inevitável, mas ocorrerá ao final de um processo natural, ameniza a angústia avassaladora da destruição;

3) O alto grau de pacificação interna nas sociedades atuais, que faz com que a morte seja visualizada de forma bastante específica: percepção de que a morte ocorrerá de forma pacífica, calma, resultante de uma doença ou da velhice. Esta percepção é completamente destoante da morte violenta, tão comum nos grandes centros urbanos. Mas esta última é vista sempre como uma exceção, algo distante das pessoas em geral.

4) O alto grau e padrão específico de individualização. Na nossa sociedade atual, as pessoas se percebem como seres individuais, independentes, isolados do restante do mundo. "Esse modo específico de experimentar a si mesmo, a autoimagem do *homo clausus* característica de um estágio recente da civilização, está intimamente ligado a um modo igualmente específico de experimentar, como antecipação de nossa própria morte e provavelmente na situação real, o nosso próprio ato de morrer" (p. 61-62).

Após este conjunto de informações mais gerais, sobre a morte e o morrer nas sociedades ocidentais, convém passarmos à consideração de alguns aspectos relativos às percepções e atitudes sobre morte especificamente no Brasil. Koury (2003) relata que, apesar da colonização do Brasil ter sido feita pela Europa Ocidental desde o século XVI, o que influencia na forma como a morte é representada, houve um processo formativo singular na nossa sociedade, marcado por rupturas e continuidades em relação à cultura europeia. Entretanto, Koury (2003) reconhece que as categorias elaboradas por Ariès sobre as formas de se lidar com a morte e o morrer na Europa e nos Estados Unidos também servem para

pensarmos sobre a forma como a cultura funerária se apresenta no Brasil. Este autor afirma que, no nosso país, a morte, até meados do século XIX, era vista como um rito de passagem entre a vida física e a vida atemporal. O agir e o sentir sobre a morte eram marcados por uma preocupação com a vida eterna, e a vida terrena era tida como uma preparação para "se morrer bem" (p 58). Koury (2003) aponta que o contato entre vivos e mortos, através de orações para estes últimos, por exemplo, é uma característica presente no Brasil do final do século XVIII, se estendendo por boa parte do século XIX. Já o processo de domesticação da morte, segundo Koury (2003), pode ser observado no Brasil no século XIX. Paulatinamente, também no século XIX, ocorreu o processo de privatização da morte e do morrer, através da separação entre o destino do cadáver e o destino da alma. Ainda segundo esse autor, a forma de se lidar com a morte a partir da segunda metade do século XIX passou a sofrer influência também do aumento populacional no Brasil, tornando a forma de se lidar com a morte cada vez mais técnica e racional. A partir do final dos oitocentos até próximo ao ano de 1960, a forma de se lidar com a morte no Brasil sofre influência do discurso médico e higienista, e o corpo passa de um estatuto de objeto de veneração para o de um corpo contaminado e que contamina. A morte, portanto, segundo Koury (2003), torna-se uma questão sanitária. Em relação à forma de vivenciar a morte, também aqui ela se torna cada vez mais individualizada e solitária.

Menezes e Barbosa (2013) afirmam que, no século XX, houve uma administração da morte pela medicina, que, através das suas novas tecnologias, promoveu a redução das taxas de mortalidade infantil e neonatal, bem como contribuiu para o prolongamento da vida. Através das medidas de prevenção e controle da saúde e da doença, a medicina desempenha um papel central no afastamento da morte da cena pública. Neste sentido, Uchoa e Camargo (2010) explicitam que:

> No pós II Guerra Mundial, particularmente a partir das duas últimas décadas do século passado, o acelerado desenvolvimento científico e tecnológico amplia de maneira dramática as possibilidades de intervenção médica, redefinindo

> os limites da vida e da morte, ao migrar da intervenção médica manual à fortemente armada com a tecnologia. Este processo diversifica e redefine o significado da técnica e do agir profissional (p. 2242).

Nesse sentido, Rodrigues (2011) aponta que, historicamente, a transferência do moribundo da sua casa para o hospital se deu em função de uma "ignorância" em torno da morte. Neste local, a morte já não é mais uma "cerimônia pública". No hospital, o doente é decomposto em peças (órgãos), perde sua individualidade, é chamado pelo número do leito que ocupa, é cercado por linguagens incompreensíveis, é controlado por máquinas, tubos e aparelhos. Nesse cenário, a morte passa a ser regulável e ocorre de forma processual, através de sucessivas frustrações do tratamento médico proposto. "O controle da morte se transformou em objeto e objetivo da ciência e os homens passaram a exigir desta o que esperavam antes da magia e da religião" (p.167).

Hermes e Lamarca (2013) ressaltam esta mudança da morte como um episódio público para um acontecimento que se dá em um Centro de Terapia Intensiva (CTI), repleto de tubos e aparelhos. Esse contexto gera um processo de despersonalização dos sujeitos internados nos hospitais, pois, segundo Souza, Soares, Costa, Pacífico e Parente (2009), o paciente é identificado principalmente pelo número do leito que ocupa ou pela patologia que o acomete. Portanto, percebe-se o crescente poder médico acompanhado pela desumanização do paciente.

Rodrigues (2011), por sua vez, admite que essa preocupação social em afastar a morte supõe uma consciência realista da ameaça que ela traz. Assim, o autor aponta que os aparelhos sociais são usados para diminuir a ameaça que a morte representa, tal como a "rotinização" da morte, vista, por exemplo, no funcionamento de um hospital, visando a inserção da morte em um esquema de expectativas. Isso ocorre porque "a morte do outro é o anúncio e a prefiguração da morte de 'si', ameaça à morte do 'nós'. Ela mutila uma comunidade, quebra o curso normal das coisas, questiona as bases morais da sociedade,

ameaça a coesão e a solidariedade de um grupo ferido em sua integridade" (Rodrigues, 2011, p. 82).

Contudo, Menezes e Barbosa (2013) afirmam que, de fato, a medicina não pode controlar a morte, mas administrar as circunstâncias do processo de morrer e a cena final. Apresenta-se na literatura atual um debate no qual argumenta-se que "a crescente normatização e medicalização do 'bem morrer' cria e afirma determinada concepção da pessoa, caracterizada por valores preeminentes na sociedade ocidental" (p. 2654). Assim, os cuidados com os moribundos ficam a cargo dos profissionais de saúde, que, junto com a rotina hospitalar, serão os agentes responsáveis por administrar a forma como a morte ocorrerá no hospital. A seguir, abordaremos como estes profissionais de saúde lidam e se preparam para lidar com a morte em seu cotidiano profissional.

1.2 - Os profissionais de saúde e a morte

Como vimos, o avanço das ciências médicas nos últimos séculos pode ser entendido como resultado da busca do homem pelo prolongamento da sua própria vida. Entretanto, como prática associada a esse avanço, tivemos, no século XX, um processo cada vez mais intenso de afastamento do moribundo da sua comunidade (Menezes, 2004). Assim, em conjunto, o avanço das ciências médicas e esse progressivo afastamento, que tiveram também como resultados a diminuição da morbidade e da mortalidade e um congruente aumento da expectativa de vida, acabaram por contribuir para a intensificação da negação da morte em nossa sociedade (Kóvacs, 2003; Blank, 2000; Cassorla, 1991). Tratando de maneira mais específica do local que talvez mais tenha contribuído para a associação desses dois elementos, Klafke (1991) reconhece que embora o hospital tenha se tornado o cenário privilegiado para que a morte aconteça, nem sempre ele apresenta condições adequadas para a assistência ao paciente moribundo e sua família.

Em relação ao paciente, diversos autores (Menezes, 2004; Freire, 2006; Kóvacs, 2003) reconhecem que, nesse local, os sujeitos hospitalizados são submetidos, ao mesmo tempo e de forma associada, a uma intensa medicalização e ao assujeitamento, tendo pouca possibilidade de saber sobre seu processo de adoecimento e as possíveis opções de tratamento.

Nesse sentido, embora Pessini (2007) afirme que no contexto hospitalar o objetivo da medicina deve ser a promoção do bem-estar do paciente, buscando manter a vida, mas também reconhecendo a morte como parte do processo de vida, e não uma inimiga, o fato é que, no hospital, a morte e o processo de morrer apresentam-se como um acontecimento solitário. Contribui para isso, por exemplo, a forma como a família do paciente é vista nesse local.

Klafke (1991) ressalta que, muitas vezes, a família é tida como um empecilho no trabalho da equipe de saúde, e tem seu acesso ao paciente controlado e normatizado, ocorrendo um afastamento entre o paciente e os familiares, principalmente no caso de pacientes com pouca chance de sobrevivência. Kovács (1991) caracteriza a atuação do hospital de esconder a doença como conveniente. Assim, "a família também fica afastada, para não incomodar o silêncio dos hospitais, não atrapalhando o trabalho dos médicos e não tornando visível a presença da morte através de suas lamentações, choros e questionamentos" (p. 81-82).

Nesse sentido, Klafke (1991) exemplifica que alguns hospitais não oferecem nem mesmo um espaço adequado para conversar com os familiares de pacientes internados, por exemplo, no CTI, espaço que seria necessário principalmente para se falar sobre a morte. Segundo ela, "muitas vezes isso é feito num corredor, onde a pessoa não tem um mínimo de privacidade para derramar sua dor ou perguntar algo sobre seu ente querido" (p. 26). Nesse contexto, adicionalmente, é comum ocorrer o que Hermes e Lamarca (2013) nomearam como conspiração do silêncio, que ocorre quando as informações sobre o quadro clínico do paciente não são repassadas a ele, principalmente a pedido da família. Muitas vezes a família julga como prejudicial o paciente ter tal informação, pois acham que é melhor para o paciente que se proceda desta forma, denunciando por vezes a fragilidade da própria família em compartilhar com o moribundo a situação em que este se encontra.

Esta fragilidade ocorre não apenas no paciente ou no familiar, mas também nos profissionais de saúde. Combinato e Queiroz (2011), ao estudarem a construção social do conceito de morte em geral e especificamente para profissionais de um CTI, a partir dos seus resultados, reafirmaram a dificuldade que estes profissionais encontram em lidar com a morte, chegando por vezes a se culpar por este acontecimento. Segundo estes autores, além da não expressão do luto pelos profissionais de saúde, estes apresentam dificuldade em se relacionar

com o moribundo, e a sua presença pode causar embaraço e dificuldade em saber o que fazer ou falar.

Afonso e Minayo (2013) também afirmam que a vivência de um cotidiano com pacientes que apresentam risco elevado de morrer desperta sentimentos dolorosos, além de identificação com pacientes e familiares, que influenciam não apenas na prática clínica, mas também na saúde dos profissionais de saúde.

Oliveira, Amaral, Viegas e Rodrigues (2013), em seu estudo sobre a morte e o morrer com profissionais que atuam em uma instituição de longa permanência para idosos, também apontaram que o contato do profissional de saúde, ressaltando aqui o intensivista, com a morte e o processo de morrer é permeado por vivências de angústia, despreparo e frustração. Entendendo a morte como inimiga, um alvo a ser combatido, sua ocorrência pode fazer com que os profissionais de um CTI sintam-se responsáveis e culpados por seu acontecimento.

Bousso e Poles (2009) reforçam que as causas do distanciamento entre o paciente e a equipe de saúde são justamente os sentimentos de impotência, culpa e insatisfação despertados frente à morte. Assim, o cotidiano de cuidado com pacientes graves faz com que os profissionais de saúde desenvolvam alguns mecanismos de defesa para lidar com a angústia que tal situação pode despertar.

Estes mecanismos de defesa dos profissionais podem levar a prejuízos na relação médico/paciente, no tratamento e até mesmo, como visto, na comunicação entre estes atores. Neste sentido, Bousso e Poles (2009) explicam que, apesar dos profissionais de saúde buscarem um cuidado humanizado, a efetivação destes cuidados na prática torna-se um desafio. Ele cita, por exemplo, dois modelos de abordagem ao paciente e à família. No primeiro modelo de abordagem centrado no médico, ou centrado na doença, a equipe de saúde tem como objetivo a busca de informações sobre a doença e seu diagnóstico, sem levar em

conta as preferências e escolhas do paciente e dos familiares, estabelecendo uma comunicação vertical entre o médico, o paciente e a família. Já o segundo modelo de abordagem é chamado de colaborativo, no qual o foco do cuidado é o paciente e a família, e o médico tem como objetivo ser um cuidador, uma referência de suporte no relacionamento com o paciente e com a família, e estes últimos participam das decisões relacionadas ao tratamento e cuidado. A base do relacionamento nesta abordagem é a confiança entre os diversos atores. Segundo Bousso e Poles (2009), o primeiro modelo é o mais comum nas práticas de saúde, embora não se configure o mais adequado.

Buscando contextualizar o cotidiano dos profissionais no hospital, citaremos algumas características das categorias médica e de enfermagem.

Especificamente em relação à categoria médica, estes profissionais tomam para si o papel de decidir a hora e a circunstância em que o paciente vai morrer (Santos, Aoki e Oliveira-Cardoso, 2013). Porém, os conflitos advindos desta situação tendem a ser escamoteados, para que o sofrimento dos profissionais não seja percebido e não se torne "objeto de reflexão e cuidado" (p. 2633).

Tais conflitos podem ser vistos, por exemplo, na pesquisa realizada por Staniscia, Pereira, Guimarães, Mekler e Rezende (2011), com médicos intensivistas, que classificaram como pontos positivos do seu trabalho: resultado em pouco tempo, concretude, rapidez e urgência nos momentos de intervenção, atendimento de emergência, não existir imposição na conduta do médico por parte dos pacientes e dos familiares, maior suporte da equipe e a possibilidade de bom vínculo com familiares. Já como aspectos negativos, os médicos apontam: lidar com a gravidade do paciente, com o fim da vida, a necessidade de adaptação, a alta intensidade das emoções, estressante, carga horária extensa, falta de resposta da equipe e, principalmente, a grande responsabilidade do trabalho.

Em relação aos trabalhadores de enfermagem, Shimizu e Ciampone (2002) afirmam que, por eles não terem autonomia nas decisões dos cuidados, que normalmente são delegadas à equipe médica, a equipe de enfermagem possui um intenso sentimento de impotência, o que faz com que desejem, por vezes, que o paciente sob seus cuidados permaneça sedado para não manifestar a sua dor. Este sofrimento em relação ao cuidado, segundo as autoras, pode estar associado a uma identificação com o paciente ou com o seu familiar, fazendo com que, por vezes, o profissional se coloque no lugar deles.

Assim, de uma forma geral, em relação ao profissional de saúde, nota-se que:

> Em uma sociedade que nega, oculta e 'rotiniza' a morte, valorizando a juventude, a saúde, a beleza e o desempenho do corpo jovem, receber o ônus social de cuidar dos doentes e moribundos é uma tarefa árdua, laboriosa e de extrema delicadeza (Menezes, 2006, p. 98).

Os profissionais de saúde, desta forma, têm em seu cotidiano profissional contato frequente com a morte, com o processo de morrer e com o luto, o que, segundo Kappaun e Gómez (2013), pode levá-los, como visto, a refletirem sobre a sua própria fragilidade e finitude. Como também visto, são eles os sujeitos que irão cuidar do moribundo e de seus familiares durante o processo de morrer do primeiro até a morte propriamente dita. Porém, é recorrente a constatação que a formação acadêmica deficitária do profissional de saúde em relação à morte é um fator que contribui para o despreparo em lidar com esta situação (Silva, Pedreira, Santos e Faustino, 2013; Nascimento *et al*, 2013; Combinato e Queiroz, 2011).

Silva, Souza, Pedreira, Santos e Faustino (2013) apontam uma insuficiência das instituições formadoras para que haja uma assistência adequada ao moribundo e aos seus familiares. Também neste sentido, Nascimento *et al* (2013) pontuam que, desde a graduação, a formação teórico-prática tem como objetivo apenas a prevenção, tratamento e cura da doença. Combinato e Queiroz (2011) também encontram a origem da dificuldade em lidar

com a morte na formação deficitária e focada na obstinação terapêutica, tecnicista e no cuidado do corpo físico, sem maiores preocupações com o cuidado de si ou do outro.

Em pesquisa realizada sobre artigos publicados em periódicos sobre enfermagem e morte, ainda nesse sentido, Santos e Hormanez (2013) reiteram a avaliação de despreparo das instituições formadoras, afirmando que tal despreparo gera sofrimento e limitação técnica para lidar com as situações de morte no exercício profissional.

A morte, portanto, do ponto de vista técnico não é discutida. Do ponto de vista prático é desqualificada. Isto pode ser constatado, por exemplo, no pouco tempo que o médico fica no quarto do moribundo (Schliemann, 2009).

Schliemann (2009) aponta ainda, em relação à formação do médico, a não expressão da dor e do sofrimento frente à morte. A aula de anatomia, por exemplo, é uma situação comumente ridicularizada. O cadáver a ser estudado não é tratado como corpo de alguém que teve uma história, buscando-se assim a não identificação com o mesmo. Nesse sentido, também essa autora avalia que há uma insuficiência da formação dos profissionais de saúde para lidar com a morte e o morrer.

Como possíveis saídas para diminuir tal despreparo, parece ser importante haver primeiramente uma disponibilidade para este preparo para lidar com a morte. Nesse sentido, além de uma formação acadêmica que contemple o tema morte, Kubler-ross (2005) esclarece que o trabalho com o moribundo exige do profissional uma maturidade que vem através da experiência. Segundo ela, "temos de examinar detalhadamente nossa posição diante da morte e do morrer, antes de nos sentarmos tranquilos e sem ansiedade ao lado de um paciente em fase terminal" (Kubler-ross, 2005, p. 275). Porém, segundo Bisogno (2008):

> É detectável que a academia, por vezes, ensina a imortalidade, fazendo-os [profissionais de saúde] personagens despreparados para lidar com a morte. A ênfase na cura parece permear as práticas dos profissionais de saúde e sabe-se que muitos

> acreditam que, quando não há mais tratamento para a cura, não há mais o que fazer pelo paciente (p. 19).

Santos, Menezes e Gradvohl (2013), em sua pesquisa com estudantes concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia, apontaram que estes possuem um baixo conhecimento sobre a ortotanásia, acreditam ser importante a participação dos familiares nos processos decisórios e não se sentem preparados para lidar com a morte, ressaltando a importância de mudar o enfoque relacionado à terminalidade, buscando uma formação mais adequada para lidar com a morte.

Outra mudança urgente diz respeito à necessidade de reformulação curricular dos cursos da área da saúde (Santos, Menezes e Gradvohl, 2013; Hermes e Lamarca, 2013) visando atender a carência dos alunos em relação à tanatologia (estudo da morte), através da inclusão de disciplinas que despertem a reflexão sobre a morte e o processo de morrer. Combinato (2005) destaca que estas mudanças devem visar a construção de novos sentidos e novas formas de atuação e não uma mudança apenas de discurso.

Percebe-se, assim, que o despreparo na formação acadêmica para lidar com a morte, aliada a um cotidiano em que ela se faz comumente presente, fazem com que os profissionais de saúde apresentem intenso desgaste emocional (Kovács, 1991). Este desgaste também foi evidenciado em um estudo feito por Kappaun e Gómez (2013) com profissionais de saúde que cuidam de pacientes terminais com câncer. Tal estudo evidenciou que, embora os profissionais valorizem muito o trabalho que desenvolvem, eles apontam um desgaste emocional relacionado ao mesmo, atribuído ao convívio com o sofrimento dos pacientes e familiares, e um desgaste físico, devido à grande demanda de assistência.

Ainda em relação ao desgaste emocional, Nascimento *et al* (2013) afirmam que, quando um paciente morre, os profissionais de saúde enfrentam sentimentos de temor,

desamparo e insegurança. Em um estudo realizado com médicos sobre terminalidade a pacientes submetidos à transplante ósseo, Santos, Aoki e Oliveira-Cardoso (2013) citam como sentimentos e atitudes despertados no exercício profissional a solidão, a desesperança, o cinismo, a frustração, a perda do senso de missão, o esgotamento e a depressão.

Esta dificuldade em lidar com a morte faz com que ela seja negada inclusive pela linguagem do dia-a-dia no hospital (Klafke, 1991). Percebe-se que a palavra "morte" raramente é pronunciada, tendo como seus substitutos palavras como "parada cardíaca" ou "óbito". Nesse mesmo sentido, segundo Maranhão (2010),

> Dentro do contexto hospitalar, o paciente não morre: 'expira', 'se perde na mesa', 'vai a óbito', é 'SWAT negativo' ('swat - expressão utilizada para designar a equipe de reanimação cardíaca do hospital), ou, se está agonizando, é 'paciente com síndrome de JEC' (Jesus está chamando) (p. 11).

Adicionalmente, a morte não é dita no contexto hospitalar, pois muitas vezes é tida como sinônimo de fracasso (Souza, Soares, Costa, Pacífico e Parente (2009). Nesse sentido, Klafke (1991) esclarece que a morte do paciente, quando percebida como um fracasso, tanto pessoal quanto da medicina de uma forma geral, gera sentimentos de impotência e culpa. Tais sentimentos, segundo o autor, são efeitos da negação da morte e produzem, como visto, grande sofrimento no profissional. Sebastiani (1992) ressalta que esse sentimento de fracasso frente à morte é intensificado no Centro de Terapia Intensiva (CTI), que é um lugar onde mais se luta pela vida, por possuir as mais avançadas tecnologias de cuidado/cura na medicina.

A seguir, iremos descrever especificamente o cotidiano de um CTI, devido à relevância deste para a presente pesquisa.

2) A MORTE NO CTI

2.1 - CTI

O CTI tem sua origem nas grandes batalhas, conflitos e epidemias convalecedoras. Segundo Biaggi (2001), o CTI surgiu em 1799, na campanha de Napoleão Bonaparte, no Egito, e foi proposto pelo cirurgião D. J. Larrey, na batalha de Aboukir, quando se idealizou ambulâncias com recursos materiais e humanos para atender feridos graves no campo de batalha. Esta autora aponta portanto que o CTI tem sua origem em técnicas especializadas para o cuidado com o paciente crítico. No Brasil, segundo Menezes (2000), o surgimento dos primeiros CTI's ocorreu na década de 60, época de grande desenvolvimento econômico e tecnológico, que teve seus efeitos na área da saúde.

Segundo Orlando (2001), atualmente pode-se pensar como objetivos de um CTI as seguintes ações: prevenir o surgimento ou progressão de estados deletérios prejudiciais ao equilíbrio corporal; promover a recuperação completa ou parcial dos estados mórbidos que comprometam a saúde dos pacientes; restabelecer, temporária e parcialmente, a harmonia orgânica afetada pelo adoecimento; prolongar vidas, desde que a qualidade seja compatível com a dignidade dos seres humanos; zelar pelo bem-estar e conforto dos pacientes terminais, evitando a prática da distanásia[1].

O CTI é caracterizado por possuir as mais avançadas modalidades terapêuticas e alternativas de sobrevida, sendo que sua equipe é treinada e organizada para oferecer assistência na luta contra a morte, sendo o lugar de máximo recurso para manter a vida. Este local, portanto, é considerado o fio da navalha, onde há um limite tênue entre vida e morte.

[1] "Distanásia é sinônimo de tratamento fútil ou inútil, sem benefícios para a pessoa em sua fase terminal. É o processo pelo qual se prolonga meramente o processo de morrer, e não a vida propriamente dita, tendo como consequência morte prolongada, lenta e, com frequência, acompanhada de sofrimento, dor e agonia" (Biondo, Silva & Secco, 2009, p. 9).

Também em relação às características do CTI, ele é considerado "uma unidade fechada, de acesso restrito" (Alcântara, Sant'Anna e Souza, 2013, p. 2509). Esta restrição, segundo estes autores, não está relacionada apenas ao universo social, mas também ao isolamento das demais estruturas assistenciais de saúde intra e extra-hospitalares.

Segundo Menezes (2000), o CTI é um lugar que concentra três componentes críticos: os doentes graves, os equipamentos sofisticados e caros, e a equipe com maior conhecimento e experiência.

Em relação ao ambiente do CTI, segundo Menezes (2000), vale ressaltar que ele:

> Apresenta uma série de características sensoriais específicas: muitos ruídos, desde as vozes dos profissionais até os sons da aparelhagem, com seus alarmes sonoros, preenchem o local. Há também um odor no ambiente: uma mistura de cheiros (desinfetante, medicações, materiais para curativos e de secreções), combinação enjoativa e variável. O ambiente é muito claro, iluminado artificialmente por luz fluorescente, com as janelas sempre fechadas e recobertas por um filtro, de forma que não é possível ver a luz do dia. A temperatura geralmente é fria e mantida constante por aparelhagem de ar condicionado central. Tais características fazem com que o CTI seja um local onde há quase uma total abolição do tempo e um isolamento do mundo exterior (p. 30).

Neste sentido, segundo Lemos e Rossi (2002), os barulhos dos aparelhos e a luz acessa noite e dia, somados à gravidade da doença, procedimentos invasivos, isolamento social - uma vez que comumente não se permite a permanência de acompanhante nesta unidade -, bem como ao afastamento do paciente de sua rotina diária são fatores que podem desencadear, dentre outros, estresse em pacientes no CTI. Lemos e Rossi (2002) explicitam estes efeitos ao mencionarem que “os clientes internados em CTI podem desenvolver ansiedade devido a fatores como a ameaça de desamparo; perda de controle; sensação de perda de função e auto-estima; falha de defesas anteriores; sensação de isolamento e medo da morte” (p. 350).

Especificamente em relação ao medo da morte, Lemos e Rossi (2002) explicam que o CTI é comumente pensado como um lugar aonde a pessoa vai para morrer. Esta ideia, por vezes equivocada, não se justifica se levarmos em conta os critérios de admissão de pacientes em tal unidade, uma vez que pacientes que não têm nenhuma perspectiva de sobrevida não são a prioridade de admissão no CTI. Neste sentido, Biaggi (2002) expõe que as prioridades de admissão de paciente no CTI se dão na seguinte ordem: pacientes cuja sobrevida sem CTI é pequena, porém com UTI é grande; pacientes cuja sobrevida sem CTI é pequena, porém com UTI pode ser grande; pacientes que não estão gravemente enfermos, mas possuem alto risco de se tornarem; pacientes com pequena probabilidade de sobrevida, apesar dos recursos disponíveis no CTI.

Ainda a respeito da escolha sobre qual paciente deve ter ou não prioridade para admissão no CTI, um estudo realizado por Freitas e Schramm (2009) explicita que o envelhecimento da população gera um aumento da demanda pelos serviços de saúde. Porém, este aumento não é congruente com os recursos disponíveis, fazendo com que ocorram difíceis decisões sobre quem vai receber ou não determinado recurso, como o acesso ao tratamento em um CTI. Neste sentido, estes autores elucidam:

> Os médicos intensivistas lidam diariamente com decisões difíceis em relação a quem admitir e excluir na admissão ao CTI, um processo conhecido como triagem, baseado na ponderação da doença que motivou a internação do paciente; na disponibilidade de tratamentos; no impacto esperado sobre o resultado do tratamento e na avaliação dos benefícios para o paciente. Além disso, as diferenças na cultura e nas crenças - religiosas ou não - podem influenciar diferentemente nas decisões de triagem. Por exemplo, intensivistas europeus dão maior peso a suas crenças pessoais, sobre a idade e a qualidade de vida do paciente, do que os seus homólogos norte-americanos (Freitas e Schramm, 2009, p. 434).

Neste sentido, Menezes (2000) aponta que o médico intensivista se vê assim tendo como rotina diária a tomada de decisões que variam desde qual doente deverá ser internado nestas unidades até quais medicamentos e aparelhos usar, enfim, qual investimento terapêutico deverá ser dispensado ao doente, o que pode gerar angústias, uma vez que tais decisões são ancoradas em “fatores técnicos, sociais e morais” (p. 36). Menezes (2006) aponta ainda que o intensivista, por ser um profissional que detém amplos recursos técnicos, por vezes se iguala a uma "entidade superiora", que tem o poder de devolver a vida ao paciente que quase não tinha perspectiva. Este saber é ressaltado pelos doentes que respondem adequadamente ao tratamento, e colocado em questão quando o paciente morre. Também nesse sentido, segundo Alcântara, Sant'Anna e Souza (2013), por ser considerada uma unidade detentora de uma tecnologia avançada e recursos humanos altamente qualificados, por vezes, os profissionais podem criar "uma expectativa de eliminarem o desconforto, a dor e o sofrimento dos pacientes, expectativa essa muitas vezes frustrada, apesar da tecnologia e recursos empregados" (p. 2509).

Ainda em relação aos aspectos da vida do profissional dentro do CTI, Menezes (2006) esclarece que ela se dá de forma intensa, cercada de detalhes, números, ações rápidas e que exigem grande perícia. "Quando 'dentro' do CTI, passa a se desenrolar em torno de inumeráveis detalhes, das prescrições, dos números e regulações" (p. 19). O intensivista fica totalmente imerso neste "outro" mundo, o mundo, como visto, do limiar entre a vida e a morte. Desta forma, segundo Menezes (2006), o intensivista constrói sua auto-imagem através de situações limítrofes e ambíguas, tais como vida e morte, dentro e fora, razão e "desrazão".

Estudos realizados com estes profissionais de terapia intensiva, como o de Shimizu e Ciampone (2002), apontam que, apesar destes trabalhadores gostarem muito do tipo de atividade que desenvolvem, e sentirem-se úteis ao auxiliar o doente em seu processo de recuperação, eles sinalizam como aspectos dificultadores da prática profissional o seu

cotidiano de convívio com dor, sofrimento e morte, sem um espaço de compartilhamento dos sentimentos e emoções advindos destas vivências, além de uma rotina caracterizada pela repetitividade de tarefas, numerosos procedimentos com manuseio de material biológico e perfuro-cortante - o que aumenta o risco de acidentes de trabalho -, o excesso de cobrança, uma vez que os procedimentos precisam ser realizados de forma precisa, o ritmo intenso de trabalho, e a precariedade de materiais e estrutura, principalmente no caso de hospitais públicos.

A importância da interdisciplinaridade para o atendimento a pacientes críticos é destacada por Alcântara, Sant'Anna e Souza (2013). Segundo estes autores, a equipe deve ser composta por "profissionais da área médica, enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e assistência social" (p. 2510). Estes autores ressaltam que a interdisciplinaridade não anula a disciplinariedade, bem como não significa a justaposição dos diversos saberes. Segundo eles, ela desperta a percepção dos limites e das possibilidades dos diferentes tipos de saber dos profissionais no cuidado com o paciente. Assim, "a interdisciplinaridade no campo da Saúde Pública alcança cada vez mais um status de necessidade, diante da complexidade que o problema da saúde impõe" (Alcântara, Sant'Anna e Souza, p. 2011).

Ainda em relação ao aspecto relacional dentro da equipe do CTI, Menezes (2000) relata que entre diversas categorias profissionais, percebe-se que as relações se dão de forma hierarquizada, onde o médico ocupa espaço privilegiado, dotado de maior autonomia, responsabilidade e prestígio legitimado pelo restante da equipe e pela sociedade em geral. Porém, no CTI, mesmo havendo relações hierarquizadas e “apesar das diferenças e tensões entre os diversos grupos profissionais que constituem o CTI, há uma identidade profissional singular, claramente delineada, que agrega os agentes” (Menezes, 2000, p. 32). Também neste sentido, Bastos (2001) aponta para uma “identidade organizacional da terapia intensiva” (p.

298), a qual foi influenciada pelo modelo de assistência de "cuidado progressivo ao paciente" (p. 298), que deu origem ao CTI. Esta identidade, apontada por estes autores, valoriza a organização, o trabalho em equipe, normas rígidas e condutas técnicas adequadamente padronizadas. Porém, em sentido oposto ao que estes autores apontaram, uma investigação feita por Silva, Souza, Pedreira, Santos e Faustino (2013) com uma equipe de intensivistas evidenciou uma fragilidade na articulação entre as diversas categorias profissionais na qual destacou-se a existência de uma abordagem estritamente técnica nos relacionamentos entre eles.

Ainda em relação aos agentes diretamente envolvidos no cotidiano do CTI, os familiares - entenda-se aqui pessoas que mantêm vínculo social significativo com o paciente - também são influenciados pelas características específicas deste local. Neste sentido, um estudo feito por Urizzi *et al* (2008) sobre a vivência da família do paciente internado em um CTI aponta esta como sendo uma experiência que precipita medo, ansiedade, preocupação e insegurança em relação ao tratamento e curso da doença. Em relação a esse grupo específico, e considerando-se ainda os aspectos relacionais no CTI, pesquisas, como a de Matuiti e Galdeano (2007) sobre trabalhadores de enfermagem nesta unidade, apontam que a relação destes com os familiares de pacientes internados estabeleceu-se de forma burocrática, formal e despersonalizada, estabelecendo diálogos superficiais. Tal comportamento, como visto anteriormente, pode ter como origem, dentre outras, uma forma de defesa para não entrar em contato com o sofrimento e os sentimentos dos familiares. Neste estudo, Matuiti e Galdeano (2007) discutem acerca da importância do estabelecimento de uma relação de ajuda e de confiança entre equipe e família, buscando minimizar o distanciamento e possíveis iatrogenias relacionais durante o processo de internação no CTI.

Este "funcionamento burocrático" do CTI, citado por Matuiti e Galdeano (2007), foi confirmado por Dezorzi e Crossetti (2008), que apontam que no CTI privilegia-se a realidade

externa e mensurável, em detrimento da dimensão subjetiva. Menezes (2001) reintera essa informação ao ressaltar que a expressão emocional não encontra espaço entre as rotinas das equipes de saúde, e a "morte – tão presente no CTI – é silenciada, regulada e rotinizada, talvez como uma tentativa de banalização desse fenômeno" (Menezes, 2001. p. 126).

Iremos abordar especificamente, a seguir, como a morte ocorre nesse ambiente de terapia intensiva.

2.2 - A morte no CTI

O deslocamento da morte para os hospitais, e especificamente para o CTI, sinaliza, como visto anteriormente, o processo de interdição e medicalização da morte. Menezes (2004) faz um comparativo aonde, antes a morte era representada por uma caveira segurando uma foice, e após a Segunda Guerra Mundial, tal representação foi substituída pela de um paciente internado em CTI: um lugar frio, cheio de maquinário estranho, no qual o paciente se vê ligado a vários tubos e fios, isolado do seu mundo externo.

Pessini (2007) ressalta que a sociedade é organizada pela busca da analgesia. Assim, segundo ele, com a retirada da dor e da morte da cena pública para o hospital, parece ter havido uma retirada das pessoas da capacidade de enfrentamento dessas situações. Também Oliveira & Callia (2005) afirmam que estaria ocorrendo uma perda cultural em relação à questão da morte, justificada pela inabilidade atual em lidar com ela. Segundo Pessini (2007), "estamos em uma sociedade secularizada em que o sofrer não tem sentido, e por isso somos incapazes de perceber o sentido do sofrimento" (p. 286).

Como visto anteriormente, e ainda nesse sentido, Menezes (2000) ressalta que o avanço da tecnologia médica trouxe inúmeros benefícios em relação aos cuidados de saúde, mas também serviu tanto para postergar quanto para ocultar a morte. Segundo a autora, o médico assume um papel centralizador, que muitas vezes vai decidir sobre a vida e morte do paciente. Além disso, atualmente, não se pode pensar em uma nítida fronteira entre a vida e a morte, e esta passa a acontecer de forma gradual e, algumas vezes, reversível. Porém, segundo Menezes (2006), ao mesmo tempo que esta centralização de decisões se encontra na figura do médico, colocando-o em um lugar de poder, aponta também para a sua fragilidade, uma vez que coloca-se "em questão o alcance do poder médico, o limite das possibilidades técnicas e o caráter exclusivo de sua decisão, mais até do que a própria natureza da morte" (p. 19). Desta forma:

> O emprego de tecnologia médica para a manutenção da vida, particularmente a utilização do respirador artificial, conduz a profundas alterações tanto do processo do morrer quanto do próprio conceito de morte. A morte deixa de ser um fenômeno pontual, caracterizado pela parada cardíaca e/ou respiratória, e emerge um novo critério: o de morte cerebral. (...) Com a evolução das técnicas da medicina durante o século XX, foi preciso redefinir a morte e os princípios éticos que regem a ação dos médicos (Menezes, 2004, p. 33-34).

Nesse sentido, Pessini (2007) afirma que, apesar do avanço no combate à dor, a medicina ainda encontra-se muito frágil em relação ao alívio do sofrimento. Assim, segundo Combinato (2005):

> A cultura da negação da morte esconde na UTI as necessidades do paciente terminal; (...) a formação tecnicista, vinculada ao paradigma mecanicista de ciência que manipula o corpo, mas não cuida da pessoa; a atividade e a divisão do trabalho que separa o técnico-especialista-administrador do técnico executor" (p. 147-148).

Estas preocupações com a "cura" e o emprego da tecnologia fazem com que muitas vezes os profissionais se esqueçam que existe um ser humano por trás dos equipamentos e aparelhos (Bousso e Poles, 2009). Elias (2001) também evidencia que o cuidado com os moribundos, através do conforto físico e do alívio da dor, ocorre no hospital de forma mecânica e impessoal. Segundo ele, até mesmo os familiares não sabem o que falar ou fazer diante do processo de morrer. Isto pode gerar no moribundo um sentimento de solidão, uma vez que, embora ainda esteja vivo, pode sentir que já não tem mais significado para o outro.

Nesse sentido Silva, Souza, Pedreira, Santos e Faustino (2013) contribuem para esta reflexão ao afirmarem que "quando se trata de pacientes terminais, há uma imperiosa necessidade de estabelecer os limites entre a melhor qualidade possível de vida e alongamento desta" (p. 2598). Desta forma, estes autores pontuam a importância de uma atenção especial

ao paciente e aos seus familiares que encontram-se neste processo.(Silva Souza, Pedreira, Santos e Faustino, 2013, p. 2598).

Também Menezes (2006) afirma que "no hospital moderno, a morte não é mais um evento simples e sim como um fenômeno complexo, passível de ser decomposto analiticamente em morte clínica, biológica e celular" (p. 19). Nesse sentido, Alcântara, Sant'Anna e Souza (2013) referem-se à morte no CTI como uma "morte limpa, longe dos olhos, ilusoriamente sem sofrimento e sem a presença da família" (p. 2510). Já Sousa e Sousa Filho (2008) esclarecem que, em geral, as pessoas associam o CTI a um lugar sombrio, no qual a morte é quase certa. Isto faz com que a internação neste local possa desencadear "medo, ansiedade, agitações psicomotoras, *stress*, depressão, abandono, desamparo, dependência, culpa" (p. 334).

Guerra (2005) também afirma que o CTI traz um medo frente ao desconhecido e à finitude. Além disso, a autora ressalta que a internação nesta unidade é entendida como um atestado antecipado e certo de morte. A autora aponta ainda a separação do paciente do seu cotidiano social, que gera efeitos na sua vida e na de seus familiares. Diante disto, Guerra (2005) indica a importância de se oferecer um tratamento humanizado e que leve em conta a singularidade de cada pessoa internada nesta unidade.

A morte, portanto, é considerada uma constante no CTI (Menezes, 2006). Segundo Silva, Souza, Pedreira, Santos e Faustino (2013), há uma estimativa que, nos Estados Unidos, 20% dos pacientes morrem nas unidades de terapia intensiva. Esta informação aponta que, por mais dedicado que o profissional intensivista seja, nem sempre ele alcança seu objetivo. Além disso, é muito comum no CTI um "doente inicialmente classificado com o 'viável', ao não apresentar resposta terapêutica favorável, pode tornar-se 'inviável'. Os recursos técnicos, o saber e a competência do especialista são limitados diante desses casos" (Menezes, 2006, p. 78).

Quando um paciente é classificado como "morredor", ocorrem algumas providências, tais como contato com a central de doação de órgãos, a comunicação com a família sobre o estado do paciente, a escolha do paciente que ocupará o leito vago. Ainda segundo Menezes (2006), os "morredores" comumente mobilizam diversas reações na equipe e, geralmente, quando se trata de paciente mais jovem, a equipe mostra-se mais mobilizada afetivamente. Nesse sentido, a autora explica que "o 'morredor' é a prova do limiar da ação heróica do intensivista" (Menezes, 2006, p. 80).

Importante resgatar que a morte dos pacientes no CTI é, por vezes, acompanhada de sentimentos de culpa, incompetência e fracasso, além de suscitar nos profissionais a possibilidade da sua própria morte e a de pessoas de seu vínculo social e recuperar a lembrança de perdas de pessoas significativas (Shimizu e Ciampone, 2002). Percebe-se ainda que comumente não existem programas ou estratégias institucionais que visam à prevenção do adoecimento psíquico desta equipe. Também não existe espaço ou tempo para vivenciarem o luto ou a dor após a morte de um paciente, uma vez que, devido à alta demanda por leito no CTI, o leito no qual o paciente morreu é logo ocupado por outra pessoa e, raramente, fica vazio por algumas horas. “O luto é assim empurrado para o porão da consciência e os trabalhadores precisam ‘rapidamente’ acumular forças para começar de novo” (Shimizu & Ciampone, 2002, p. 151).

Menezes (2000) reforça ainda que a morte dos pacientes, sendo vista pelos profissionais de saúde como fracasso, perde sua importância e a equipe passa a não mobilizar muitos recursos ao moribundo.

> Muitas vezes, os profissionais falam e agem próximos ao leito do paciente como se ele já não estivesse mais vivo, referindo-se ao doente no tempo verbal passado. (...). Apesar de a equipe buscar um distanciamento emocional do “morredor”; muitas vezes, sentimentos emergem, especialmente através do contato com seus familiares, quando, por vezes, surge na equipe um

> sentimento de perda e a percepção do limite de seu saber e poder (Menezes, 2000, p. 43 - 44).

Alcântara, Sant'Anna e Souza (2013) propõem o recurso da interdisciplinaridade para que haja uma efetiva comunicação e estabelecimento de elos entre a equipe, paciente e família, em busca de um cuidado efetivo da saúde neste momento de fragilidade. Nesse sentido, Biondo, Silva e Secco (2009) esclarecem que:

> A comunicação permeia todas as ações nos cuidados, envolvidos no processo de morrer, bem como todas as dimensões do ser humano, e a forma como o profissional se comunica na relação com o paciente e sua família ficará para sempre lembrada, como foi o momento no qual alguém amado se foi, faleceu (p. 13).

Porém, Menezes (2004) afirma que as regras e procedimentos no hospital restringem a interação dos atores sociais, bem como a expressão das emoções destes durante o processo de morrer.

De forma corriqueira a equipe de saúde busca um afastamento também da família do moribundo, por esta despertar nos intensivistas emoções que eles querem evitar, uma vez que a família faz com que a equipe entre em contato com sentimento de perda, desespero, além do seu próprio limite técnico de poder e de saber. Segundo Menezes (2006), muitas vezes "os sentimentos emergem e são expressos sob a forma de humor negro" (p. 81). Este contato equipe-família faz com que se trate não apenas de um "corpo-objeto", mas de alguém que tem uma história, vínculos sociais, o que dificulta a estratégia usada pela equipe de um certo distanciamento emocional. Nesse sentido, pode-se pensar que:

> A rotina das equipes é organizada de forma a silenciar a expressão emocional dos profissionais, dos doentes e de seus familiares. Desse modo a morte, tão presente, é silenciada, banalizada, regulada e rotinizada. As palavras morte e morrer são evitadas e os eufemismos são largamente utilizados pela

> equipe intensivista: 'está descendo a ladeira', 'está indo embora', 'está no finzinho', 'não há mais o que fazer', 'está afundando', 'está entregue a Deus', 'não vai durar muito', 'parou, tentaram reverter e não deu', 'não vai passar de hoje', além de 'faleceu' (Menezes, 2006, p. 83).

Porém, esta autora explica que esta tentativa de distanciamento emocional do moribundo não pode ser traduzida como indiferença, uma vez que o cuidado com o moribundo gera na equipe cansaço e por vezes mobilização de ação profissional. Assim, a equipe, ao seu jeito, deixa-se afetar pela situação de morte.

A partir deste contato próximo com a morte em seu cotidiano, o profissional intensivista, segundo Menezes (2000), desenvolveu uma forma de classificar o processo de morrer em "mal" ou "bem". O morrer "mal" se refere a um processo lento, cheio de tubos, longe dos vínculos sociais que são importantes ao moribundo. Já o morrer "bem" se refere à morte rápida, sem dor e de preferência na própria casa do paciente. "Paradoxalmente, o profissional que idealiza o morrer 'bem' é o mesmo que demonstra a eficácia de seu saber e reafirma seu poder no enfrentamento da morte" (Menezes, 2000, p. 45), ou seja, a atuação do profissional de saúde está mais relacionada ao que ele julga como "morrer mal".

Uma outra forma de enfrentamento da equipe de saúde em relação à rotina de sofrimento e morte no CTI, ainda segundo pesquisa realizada por Dezorzi e Crossetti (2008), é a espiritualidade, tanto para pacientes e familiares como para a própria equipe de saúde. Além dessa, outro recurso utilizado pela equipe, segundo Cruz e Souza (2008), é o auto-conhecimento, no sentido de estar atento aos seus próprios sentimentos e dificuldades relacionadas à sua atuação do profissional de saúde.

Portanto, a morte no CTI parece ser vista como uma inimiga a ser combatida, gerando grande dificuldade da equipe de saúde do CTI para lidar com estas situações. A seguir, iremos abordar a Teoria das Representações Sociais, que é o referencial teórico utilizado na presente pesquisa.

3) REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MORTE

3.1 - Representações sociais

Como referencial teórico para essa pesquisa, optou-se pela Teoria das Representações Sociais (TRS). Segundo Vala (2000), esta teoria surgiu na década de 1950, através do estudo de Moscovici sobre a apropriação, transformação e utilização de uma teoria científica, no caso a psicanálise, pelo senso comum.

Moscovici (2005) afirma que as representações sociais (RS) têm sua origem no conceito de representações coletivas de Durkheim. Estas últimas "se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças (ciência, mito, religião, etc.)" (p. 49). Já as RS dizem respeito a um modo específico de compreender e comunicar, de criar a realidade. Ainda segundo o autor, além de Durkheim, o conceito de representação social também tem sua origem na antropologia com Lévi-Bruhl, na teoria da linguagem de Saussure, na teoria das representações infantis de Piaget e na teoria do desenvolvimento cultural de Vigotsky.

De acordo com Oliveira e Werba (2005), as RS são "teorias" sobre saberes populares e do senso comum, elaboradas e partilhadas coletivamente, para construir e interpretar o real. Para Moscovici (2005), as RS são geradas no social e, a partir das interações, orientam condutas e maneiras de organizar o ambiente. Este teórico aponta duas características relevantes das RS: a) "uma forma específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos". (p. 46); b) "elas 'corporificam idéias' em experiências coletivas e interações em comportamento" (p.48).

Neste sentido, Jodelet (2001) sinaliza que as RS são importantes pois guiam os membros de um grupo em relação à forma de interpretar a realidade, tomar decisões e até mesmo posicionar-se de forma defensiva frente a esses aspectos. Esta autora esclarece que essas

definições compartilhadas "constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo" (p. 21).

Jodelet (2001) ressalta que as RS possuem diversos elementos, tais como: "informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, etc". (p. 21). Contudo , segundo a autora, esses elementos se organizam em torno de um saber que diz algo de uma realidade. "É esta totalidade significante que, em relação com a ação, encontra-se no centro da investigação científica, a qual atribui como tarefa descrevê-la, analisá-la, explicá-la em suas dimensões, formas, processos e funcionamento" (p. 21).

Assim, Jodelet (2001) define as RS como:

> Uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico (p. 22).

As RS, segundo Jodelet (2001), servem portanto como orientadoras e organizadoras de condutas e dos processos de comunicações sociais, além de intervirem em diversos processos como "a difusão e a assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição de identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformação sociais" (p. 22).

Desta forma, para Jodelet (2001), as RS são uma "forma de saber prático ligando um sujeito a um objeto" (p. 27), e devem ser estudadas integrando elementos afetivos, mentais e sociais, conjuntamente com elementos cognitivos, da linguagem e da comunicação, considerando as "relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm de intervir" (p. 26). Assim, a autora entende as RS como

produto e processo de uma "apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade" (p. 22).

Jodelet (2001) esclarece ainda que não existe RS sem objeto. A "representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito). As características do sujeito e do objeto nela se manifestam" (p. 27). Segundo ela, para se pesquisar RS, o pesquisador deve se nortear por três questões:

> "Quem sabe e de onde sabe?"; "O que e como sabe?"; "Sobre o que sabe e com que efeitos?". Essas perguntas desembocam em três ordens de problemáticas (...): a) condições de produção e de circulação; b) processos e estados; c) estatuto epistemológico das representações sociais (Jodelet, 2001, p. 28).

Neste sentido, Sá (1998) aponta as três dimensões nas pesquisas de RS, que devem ser articuladas entre si: as condições sócio-culturais que propiciam seu surgimento, a descrição do seu conteúdo cognitivo e a "natureza epistêmica em confronto com o saber erudito" (p. 33).

As RS, segundo Moscovici (2005), têm como objetivo transformar o não-familiar em familiar. Para que isto ocorra, segundo ele, existem dois processos que são considerados geradores de RS: a ancoragem e a objetivação.

Para Moscovici (2005), a ancoragem "tenta ancorar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e imagens comuns, coloca-las em um contexto familiar" (p. 60-61). Este processo transforma algo estranho em familiar através do nosso sistema de categorias, pois ocorre "no momento em que determinado objeto ou idéia é comparado ao paradigma de uma categoria e é reajustado para que se enquadre nela." (Moscovici, 2005, p.61). Assim, segundo o autor, ancorar é dar nome, classificar alguma coisa. Jodelet (2001) também contribui para o esclarecimento do processo de ancoragem, ao sinalizar que este "enraíza a representação e seu objeto numa rede de significações que permite situá-los em relação aos valores sociais e dar-

lhes coerência" (p. 38). Segundo ela, por outro lado, o processo de ancoragem "serve para a instrumentalização do saber, conferindo-lhe um valor funcional para a interpretação e a gestão do ambiente. Assim, dá continuidade à objetivação" (p. 39).

O processo de objetivação, segundo Moscovici (2005), transforma o abstrato em algo concreto, que exista no mundo. Segundo ele, a objetivação "une a idéia de não-familiaridade com a de realidade, torna-se verdadeira essência da realidade" (p. 71). Objetivar portanto "é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem" (Moscovici, 2005, p. 71-72).

Portanto, em relação aos processos de ancoragem e objetivação, Moscovici (2005) esclarece que:

> Estes mecanismos transformam o não-familiar em familiar, primeiramente transferindo-o a nossa própria esfera particular, onde nós somos capazes de compará-lo e interpretá-lo; e depois, reproduzindo-o entre as coisas que nós podemos ver e tocar e, consequentemente, controlar. Sendo que as representações são criadas por esses dois mecanismos, é essencial que nós compreendamos como funcionam (p. 61).

Uma vez explicitado o conceito de representações sociais e os processos relacionados à sua formação, passaremos a abordar a apropriação da teoria das RS pelo campo da saúde no Brasil.

Oliveira (2011) relata que esta apropriação ocorreu de forma significativa desde o início da utilização das TRS neste país, na década de 1980. Porém, segundo a autora, apenas recentemente a TRS tem sido utilizada para a investigação do cotidiano profissional neste campo, provavelmente pela própria configuração dos serviços de saúde, que por muito tempo não deram importância aos aspectos sociais e simbólicos. Para Oliveira (2011), os diversos

desdobramentos da TRS proposta por Moscovici possibilitaram ao campo de saúde o surgimento de um novo olhar que contempla não apenas a esfera normativa, técnica e científica, mas também a expressão das subjetividades de um determinado espaço social. Segundo ela, isso tem como implicação um duplo caráter que o cuidado de saúde assume: "o primeiro, enquanto ação legitimada pelo – e legitimadora do - conhecimento científico; e o segundo, enquanto construção da realidade e, nessa medida, como função da experiência pessoal, da ação criativa e do conhecimento de base empírica" (Oliveira, 2011, p. 599).

Assim, Oliveira (2011) ressalta que os atores envolvidos no cuidado na área da saúde, profissionais e seus clientes "são vistos como atores que constroem e negociam continuamente arranjos sociais, através de sua vivência e das representações que criam nas relações cotidianas" (p. 599).

Pode-se pensar como um ponto importante para o presente estudo o que Oliveira (2011) destaca na relação entre as representações sociais e as práticas de saúde, nas quais merecem destaque as ações que são decorrentes destas representações, que podem ser descritas como "um conjunto de condutas regulares, sem contradição com as normas, realizadas com o consentimento do grupo e que correspondem às crenças comuns, mas não verbalizadas, e que justificam os comportamentos de proteção" (Oliveira, 2011, p. 610).

Ainda nesse sentido, destaca-se a divisão feita por Moscovici (2005) entre o universo consensual e o universo reificado. O universo consensual é caracterizado por um modo de constituição da sociedade de forma "visível, contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo uma voz humana, de acordo com a existência humana e agindo tanto como reagindo, como um ser humano" (Moscovici, 2005, p. 49-50), ou seja, "o homem é a medida de todas as coisas". Já no universo reificado, "a sociedade é transformada em um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem

identidade" (Moscovici, 2005, p. 50). Oliveira (2011) ressalta que esta divisão entre universo consensual e reificado não permite esclarecer os diversos aspectos relacionais tanto do ponto de vista simbólico como comunicativo no campo da saúde, uma vez que são constituintes destas relações tanto o saber científico quanto o saber do senso comum. Desta forma:

> A proposição de existência de um diverso campo de constituição de representações, não mais oposto ao conhecimento científico, mas que o incorpora e transforma, a partir de um processo de ancoragem do senso comum, constituído na história de vida dos profissionais, parece aí encontrar espaço fecundo. Este saber prático, construído pelos profissionais de saúde, é de tipo híbrido, apoiado, ao mesmo tempo, nas representações comuns por eles constituídas ao longo da sua história de vida e, ao mesmo tempo, em um conhecimento reificado fragmentado, em conteúdos que podem ser utilizados na resolução de problemas cotidianos, de tipo menos rígido do que o conhecimento reificado e com maior capacidade de adaptação às exigências do cotidiano profissional (Oliveira, 2011, p. 614).

Ainda em relação às pesquisas em RS no campo da saúde, Herzlich (2005) ressalta que o interesse da TRS é compreender os fenômenos de natureza coletiva, não tendo como finalidade os comportamentos estritamente individuais. A autora detém-se nas RS da saúde e da doença relacionadas ao senso comum, na história ou memória coletiva e no "saber dos doentes [que] é, pelo menos em parte, dependente do saber dos médicos" (Herzlich, 2005, p. 61). Esta autora considera importantes os estudos de representação social que abordem o âmbito coletivo, principalmente os que provocam tensão ou conflito. Segundo ela, as RS têm sido utilizadas para identificar significados de um objeto para uma compreensão mais abrangente acerca dos fenômenos sociais. Tal aspecto é confirmado por Hemmi (2008), ao afirmar que as RS têm grande potencial para contribuir com as ciências da saúde, pois:

> Estamos atualmente investindo em ações de assistência às pessoas, aos grupos populacionais, buscando enxergar e escutar os homens enquanto homens, dotados de sentimentos, de amor ou de ódio, de esperanças e medos, de crenças e costumes, que

> emergem em nossas interações com as pessoas que frequentam os serviços de saúde (Hemmi, 2008, p. 23).

Hemmi (2008) ressalta ainda que, apesar da atenção à saúde ter caminhado com os princípios do SUS, ainda é predominante o cuidado do corpo biológico. Percebo, através da minha vivência como psicóloga em um CTI, que neste local encontra-se ainda mais acentuada a preocupação com o biológico, não sendo ressaltados outros aspectos como o psíquico, social e o espiritual, que também influenciam e são influenciados no cotidiano do cuidado em saúde. Neste sentido, segundo Jodelet (2001):

> A particularidade do estudo das representações sociais é o fato de integrar na análise desses processos a pertença e a participação, sociais ou culturais, do sujeito. (...). Por outro lado, ela também pode relacionar-se à atividade mental de um grupo ou de uma coletividade, ou considerar essa atividade como o efeito de processos ideológicos que atravessam os indivíduos (p. 27).

Assim, diante do exposto, a TRS é uma teoria que se mostra interessante para entender como a morte é representada pela equipe de saúde, e o conhecimento destas representações torna-se relevante em relação à busca por uma melhor qualidade de cuidado oferecido ao paciente moribundo e seus familiares, bem como para fornecer elementos para possíveis programas de atenção às equipes de saúde, buscando a prevenção do estresse e outros agravos de saúde advindos da prática profissional dessas.

3.2 - Representações sociais de morte

Após termos explanado um pouco sobre a teoria das representações sociais, seus conceitos e sua aplicabilidade no campo da saúde, iremos nos deter especificamente sobre estudos de representações sociais relacionados ao tema morte e também à terapia intensiva.

Na revisão bibliográfica realizada para esta pesquisa nos portais Capes, Scielo e BVS, foram encontrados nove artigos de estudos de representações sociais de morte na área da saúde e um na área da educação. Além disso, foi encontrado um estudo das representações sociais do trabalho em terapia intensiva que julguei importante incluir nesta revisão. Os resultados principais destes estudos serão apresentados a seguir.

Teixeira (2006) realizou um estudo sobre representações sociais da morte para 106 enfermeiros de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados em Lisboa. Neste estudo, concluiu-se que estes profissionais têm a percepção da morte como um fato real e inevitável, mesmo com os avanços científicos. Portanto, apesar do conhecimento, cuidados e esforços destes profissionais, eles acreditam que a morte ocorrerá em um momento ou outro e tal ocorrência pode despertar sentimentos de impotência, revolta e frustração nos profissionais. Além disso, estes profissionais pensam a morte como o fim da existência da outra pessoa, tida portanto como um acontecimento distante da sua vida pessoal. Por último, como fatores condicionantes para as representações sociais, foram citados o gênero, a religião, a área de atuação, a vivência recente da morte de alguém próximo ou a percepção da proximidade da sua própria morte.

Neves (2010), em uma pesquisa sobre as representações sociais de morte para doentes em cuidados paliativos, também em Lisboa, evidenciou que existe uma diferença nas representações de morte para homens e mulheres. Segundo ele, na população estudada, as

mulheres pensam mais na família e no companheiro, preocupando-se com as suas reações durante o processo e após a morte delas. Já os homens sentem e pensam mais a própria morte, e apontam as ocorrências da morte social após o adoecimento, da perda do trabalho e/ou da dependência de outras pessoas. Outro aspecto que este estudo apontou foi a preferência dos participantes em morrer no contexto familiar, de forma digna, com apoio espiritual, da equipe de saúde e da família. Os doentes em cuidados paliativos apontam também uma maior reflexão sobre o sentido da vida, uma grande vontade de viver e um sofrimento existencial com a proximidade da morte.

O estudo realizado por Silva, Quintana e Nietsche (2012) sobre as representações sociais de médicos e enfermeiros de um CTI sobre a obstinação terapêutica aponta que a decisão de investir ou não em um paciente terminal é geradora de grande angústia e ambiguidade para a equipe de saúde, principalmente para o médico, que é quem toma esta decisão. Como fatores que influenciam esta decisão, surgiram três categorias para o grupo estudado: os pedidos dos familiares para instituir medidas fúteis de prolongamento da vida, o que faz com que a equipe opte por tomar tais medidas; a complexidade da tomada de decisão, que não possui critérios bem estabelecidos que subsidiem a mesma; e o receio da decisão de não aplicar medidas fúteis gerar processo ético-legal, uma vez que não existe uma transparência na legislação brasileira sobre este assunto.

Nascimento e Roazzi (2008), ao estudarem as representações sociais da morte para 80 sujeitos de uma equipe multiprofissional de saúde (médicos, enfermeiros e psicólogos), encontraram indícios de uma falta de consenso e dificuldade de figuração da morte para estes profissionais, evidenciando uma estrutura tripartida do registro icônico da morte, tida como "sombria e aterrorizante", ligada a "processos naturais" e "imagens felizes" e a conceitos de transcendência.

Em um estudo sobre as representações sociais da morte para profissionais de saúde, Borges e Mendes (2012) evidenciaram dois eixos da representação de morte: um primeiro eixo que se refere à dimensão profissional da morte, e se traduz por um "saber fazer" próprio do modelo biomédico de formação; e um segundo eixo relacionado à dimensão subjetiva, que inclui crenças e mecanismos de defesa para lidar com a morte. Esta pesquisa evidenciou ainda que os sujeitos se utilizam das normas institucionais e da assistência com enfoque técnico para se proteger da angústia relacionada à morte.

Segundo estudo realizado por Shimizu e Ciampone (1999) sobre as representações sociais do trabalho em uma unidade de terapia intensiva para enfermeiras, identificou-se que estas profissionais percebem o seu trabalho como gerador de sofrimento e prazer ao mesmo tempo. Segundo o grupo estudado, a essência do seu trabalho é "assistir e estar próximas do paciente" (Shimizu e Ciampone, 1991, p. 101). Adicionalmente, as entrevistadas ressaltaram como um ponto positivo da sua atividade "prestar cuidados diretos ao paciente" (Shimizu e Ciampone, 1991, p. 101). Um fator que foi apontado como facilitador do trabalho no CTI é a delimitação física, com centralização dos recursos do paciente, dos materiais e dos equipamentos, o que possibilita um cuidado individualizado e favorece o controle da assistência prestada. As enfermeiras estudadas manifestam satisfação ao empreender um cuidado intenso ao paciente e este se recuperar do estado grave, o que gera nelas a sensação de terem sido úteis. Porém, afirmam que é necessário aprender a lidar com a morte dos pacientes no CTI, uma vez que, segundo elas, a maioria dos pacientes que ali estão internados acabam morrendo, devido à gravidade do seu quadro. Em relação ao "clima" do CTI, este gera tensão devido ao contato constante com o sofrimento e a morte. Esta última é considerada a situação que é mais difícil de vivenciar, principalmente quando há o estabelecimento de um vínculo próximo com o paciente.

Guerra (2005) pesquisou as representações sociais da morte e do processo de morrer para médicos e enfermeiros que trabalham em uma unidade de terapia intensiva, evidenciando que a morte e o morrer para esse grupo pesquisado estão objetivados como eventos biológico e psicossocial, e ancorados em aspectos transcendentais. A religiosidade foi destacada como um fator que influencia na construção das representações.

Segundo estudo realizado por Nascimento e Roazzi (2007) sobre a interface entre as representações de morte e a religiosidade em equipes multiprofissionais de saúde - enfermeiros, médicos e psicólogos - do Nordeste do Brasil, existe uma co-relação entre as concepções de morte e as concepções religiosas. Assim, estes autores apontam que os membros da equipe, ao falarem sobre morte, "falam de si mesmos, de suas crenças pessoais, de seus entendimentos sobre quem é o Homem e seu lugar no Cosmos, enfim, de tudo o que significa suas existências aqui, como também no Além, Além da Morte, na Eternidade" (Nascimento e Roazzi, 2007, p. 442).

Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006) explicitam, em seu estudo sobre a representação da morte e do morrer para estudantes de enfermagem, que o medo da morte é dividido em duas categorias: o medo da própria morte, que é considerado um medo universal; e o medo da morte do outro, que pode ser entendido como um medo de ser abandonado, o que, para ocorrer, requer que se tenha consciência de ausência e separação. Assim, a morte do outro é considerada uma morte em vida, uma vez que pode ser vivenciada como uma perda de "parte da nossa existência", uma vez que os vínculos estabelecidos com o morto são rompidos. Os autores afirmam que a perda de uma pessoa amada é a experiência mais dolorosa que o ser humano vivencia. Eles esclarecem que a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com moribundos está relacionada à dificuldade de lidarem com sentimentos advindos dos pacientes e familiares bem como à dificuldades "internas" de lidar com esta situação, relacionadas à falta de preparo, inclusive durante a formação acadêmica, para o enfrentamento

de situações de morte no exercício profissional. Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006) apontam ainda como fator que influencia a forma como os profissionais lidam com a morte do paciente a faixa etária do mesmo, sendo que, quanto mais jovem for o paciente, maior pesar a sua morte despertará na equipe de saúde. Já a morte do paciente idoso é vivenciada de forma mais amena. Outro fator considerado importante é a religião, que "parece funcionar como um ansiolítico diante da morte e do morrer" (Brêtas, Oliveira e Yamaguti, 2006, p. 481), uma vez que dá um sentido, uma explicação para a sua ocorrência.

Ressaltando a importância de se ter uma educação para a morte, destacamos uma pesquisa realizada por Coelho e Falcão (2006), que investigaram as representações sociais de morte expressas em aulas de biologia, ministradas para estudantes do ensino médio de duas escolas. Como resultado desta pesquisa percebeu-se uma forte influência de fatores religiosos nas representações destes estudantes, além da influência das experiências vividas e de fatores culturais. O estudo também ressalta a importância do conhecimento transmitido nas aulas de ciências como um espaço de transmissão cultural.

Shimizu e Ciampone (2002), em sua pesquisa sobre representações sociais dos técnicos e auxiliares de enfermagem sobre o trabalho em terapia intensiva, evidenciaram que estes profissionais utilizam-se de mecanismos de defesa individuais para suportar o convívio com a dor, o sofrimento e a morte do paciente. Os entrevistados para esse estudo avaliam que as relações de trabalho e com a instituição são permeadas por sentimentos de prazer e sofrimento. Adicionalmente, percebem que existem problemas de não integração das atividades realizadas pelos membros da equipe.

Percebe-se, portanto, nestas pesquisas, que o contato com a morte desperta de forma recorrente nos profissionais de saúde sentimentos de medo, angústia, frustração e impotência. O trabalho em um hospital, segundo estas pesquisas, gera sentimentos ambivalentes. Por um

lado, há o prazer em cuidar do paciente e da sua família. Ao mesmo tempo, o contato com o sofrimento destes pode gerar "mal- estar" na equipe de saúde. Uma das principais formas de lidar com tais situações, como visto, é através da religiosidade.

Diante do exposto e segundo Nascimento e Roazzi (2007), os profissionais de saúde encontram-se entre as populações mais sujeitas a agravos psíquicos e somáticos, relacionados à natureza da sua rotina ocupacional, que se dá em ambientes insalubres e perigosos, em contato constante com a dor e a morte. Assim, buscando compreender como a morte é representada por esses profissionais, bem como os impactos dessas representações na sua prática profissional, apresentaremos, a seguir, os objetivos da presente pesquisa.

4) OBJETIVOS

4.1 - Objetivo Geral

Analisar as representações sociais da morte para as equipes de saúde de dois Centros de Terapia Intensiva (CTI) Adulto do Hospital municipal Odilon Behrens, em Belo Horizonte/ MG.

4.2 - Objetivos específicos

- Identificar os significados da morte para as equipes de saúde dos CTIs; e

- Identificar as práticas relacionadas às representações de morte das equipes de saúde dos CTIs.

5) MÉTODO

Com o objetivo de estudar as representações sociais da morte para a equipe de saúde de dois centros de terapia intensiva, utilizei o método qualitativo, com coleta de dados através de entrevistas com roteiro semi- estruturado e posterior análise de conteúdo dos dados.

Campo de pesquisa

A presente pesquisa foi realizada com equipes de saúde de dois CTIs Adultos, um clínico e um cirúrgico, com dez leitos em cada unidade, localizados no hospital Odilon Behrens, uma autarquia da prefeitura municipal de Belo Horizonte/MG, que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde.

Sujeitos da pesquisa

Como critérios de inclusão na presente pesquisa, levou-se em conta que os sujeitos entrevistados fossem todos servidores públicos, admitidos por meio de concurso público. Além disso, os sujeitos deveriam ter, no mínimo, 1 ano de atuação no CTI. Foram realizadas entrevistas com 18 sujeitos, sendo 12 mulheres e 6 homens, com idade entre 30 e 65 anos, com a seguinte distribuição por categoria profissional: quatro técnicos de enfermagem, quatro enfermeiros, quatro médicos, dois fisioterapeutas, dois nutricionistas e dois psicólogos. Optou-se por estas diversas categorias de profissionais, por entender que eles fazem parte de um grupo lida diretamente com o objeto morte no CTI. O tempo de formado dos entrevistados variou entre 5 e 30 anos. O tempo de atuação em terapia intensiva encontrou-se entre 2 e 26 anos. Já o tempo de atuação no CTI em que a pesquisa se realizou variou entre 1 a 18 anos.

Especificamente em relação ao CTI Adulto Clínico (9 entrevistados, sendo 5 mulheres e 4 homens, com idades entre 30 e 65 anos), foram entrevistados dois técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, dois médicos, um fisioterapeuta, um nutricionista e um

psicólogo. O tempo de formado dos entrevistados variou entre 7 e 30 anos. O tempo de atuação em terapia intensiva encontrou-se entre 2 e 26 anos. Já o tempo de atuação no CTI do Hospital Odilon Behrens variou entre 1 e 15 anos.

Em relação aos sujeitos entrevistados no CTI Adulto Cirúrgico (9 entrevistados, sendo 7 mulheres e 2 homens, com idade entre 30 e 54 anos), foram entrevistados dois técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, dois médicos, um fisioterapeuta, um nutricionista e um psicólogo. O tempo de formado dos entrevistados variou entre 5 e 31 anos. O tempo de atuação em terapia intensiva encontrou-se entre 3 e 25 anos. Já o tempo de atuação no CTI do hospital Odilon Behrens variou entre 1 ano e 6 meses e 6 anos.

Procedimento de coleta de dados

Após a submissão e aprovação da pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e do Hospital Odilon Behrens, iniciamos a coleta de dados. Parecer do comitê de ética em pesquisa da UFMG, número: 248.886 (ANEXO A) e Parecer do comitê de ética em pesquisa do HOB, número:625.375 (ANEXO B).

Acredito que por ser funcionária também desta instituição, mesmo não fazendo parte diretamente das equipes entrevistadas, uma vez que trabalho em outro CTI Adulto do hospital, isto facilitou o contato com os entrevistados. Percebi que eles se sentiram mais à vontade para expor seus pensamentos, opiniões, pontos de vista. Não percebi dificuldades na realização da coleta, tendo a mesma ocorrido de forma tranquila e, pra mim, de forma bem prazerosa. Acho que para alguns dos entrevistados era a primeira vez que tinham a oportunidade de falar e

refletir um pouco sobre a rotina de trabalho. Após a realização da entrevista, nos contatos casuais com os sujeitos entrevistados, alguns agradeciam por tê-los ouvido, reforçando a importância de um espaço de acolhimento e escuta no cotidiano da equipe.

A coleta dos dados foi realizada no período de julho a agosto de 2013. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, variando entre sala de reunião ou quarto de descanso, tendo sido preservada a privacidade na realização da mesma. Todos os sujeitos convidados para participar da entrevista mostraram-se disponíveis. O horário da entrevista ocorreu conforme disponibilidade dos sujeitos, durante o seu horário de trabalho. A duração da entrevista variou de 26 a 45 minutos. Ocorreram poucas interrupções das entrevistas, todas elas relacionadas à dinâmica própria do trabalho em terapia intensiva (intercorrências com pacientes, quando médicos ou fisioterapeutas foram chamados para esclarecer dúvidas da equipe ou realizar procedimento de urgência). Todas as entrevistas foram gravadas, após o entrevistado ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

As entrevistas foram guiadas pelo roteiro semi-estruturado elaborado especificamente para a presente pesquisa - APÊNDICE B. O roteiro semi-estruturado desta pesquisa buscou contemplar os significados, valores e práticas dos integrantes da equipe de saúde do CTI, relacionados às representações de morte destes.

Análise dos dados

Os dados gravados foram transcritos e posteriormente analisados por meio da Análise de Conteúdo, técnica amplamente utilizada em pesquisas no âmbito das Ciências Sociais e Humanas. Segundo Barros e Lehfeld (1996), a Análise de Conteúdo "é atualmente utilizada para estudar e analisar material qualitativo, buscando-se melhor compreensão de uma comunicação ou discurso" (p. 70). Assim, segundo estes autores, a Análise de Conteúdo

permite apreender os significados e a interpretação dos fatos apresentados pelo conjunto de respostas dos informantes ao pesquisador. Para Bardin (1977), a Análise de Conteúdo configura-se como um conjunto de técnicas que possibilita a análise das comunicações. Esta autora aponta que as fases da Análise de Conteúdo organizam-se em três polos cronológicos que foram seguidos na presente pesquisa: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Bardin (1977) explica que a pré-análise é a fase de organização do material propriamente dita. Após a transcrição das entrevistas, que contemplou interupções e manifestações de sentimentos, como choro e risos, foi realizada a etapa da pré-análise denominada leitura "flutuante".

Ainda segundo Bardin (1977), a exploração do material consiste na fase de codificação: transformação de dados brutos no texto, que permite atingir uma representação de conteúdo. A organização do conteúdo compreendeu o recorte e a classificação e agregação de trechos, ou escolha das categorias propriamente ditas.

A categorização é considerada o processo central na Análise de Conteúdo. No presente estudo as categorias surgiram dos conteúdos das respostas dos entrevistados. Levou-se em conta, para a criação de boas categorias, os critérios apontados por Bardin (1977), que são: a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e a fidelidade e a produtividade. Após uma exaustiva leitura das transcrições das entrevistas, foram levantadas as seguintes unidades temáticas: 1) Dificuldades em geral na atuação com o paciente; 2) Dificuldades em geral na atuação com o familiar; 3) Significado de morte; 4) Sentimento despertado em relação ao paciente que está morrendo; 4) Sentimento despertado em relação ao familiar do paciente que está morrendo; 5) Influência do cotidiano profissional no cotidiano não profissional; 6) Formação acadêmica para lidar com a morte; 7) Forma de lidar com a morte do paciente que está sob os cuidados do sujeito entrevistado.

Em seguida, as falas dos sujeitos foram distribuídas em cada uma destas unidades de significados.

O próximo passo foi a extração do sentido central de cada trecho destacado, buscando apreender os principais significados das falas, sendo que algumas transcrições foram mantidas de forma literal nesta etapa.

Na etapa seguinte, realizamos uma aproximação dos significados comuns, de mesmo sentido, ou sentido próximo. Então, foram criadas as categorias que agrupavam os significados das respostas, que foram organizados em tabelas, por ordem de frequência (do mais frequente para o menos frequente). Por fim, realizamos uma descrição de cada categoria criada, com exemplos de respostas .

A seguir, apresentaremos os resultados na análise de conteúdo realizada.

6) RESULTADOS[2]

Optamos, neste capítulo, pela descrição direta dos resultados da Análise de Conteúdo. No capítulo seguinte, realizaremos a discussão desses resultados considerando-se o referencial teórico escolhido para essa investigação, bem como o conjunto de trabalhos já apresentado no capítulo de introdução.

Na Tabela 1, abaixo, encontram-se as categorias relativas ao significado de morte, segundo os entrevistados.

Tabela 1- Significado de morte.

CATEGORIA	NÚMERO DE RESPOSTAS	NÚMERO DE SUJEITOS
1) Dificuldade de pensar/lidar	31	11
2) A vida continua	25	9
3) Natural/ faz parte da vida	15	9
4) O fim	13	7
5) Religião	9	7
6) Dois pontos de vista: profissional e não profissional	5	5
7) Experiência pessoal de morte de familiar	4	4
8) Morte profissional	8	4
9) Mistério/Incerteza	6	3
TOTAL	116	_

[2] O número de respostas dos sujeitos aparecem de forma ilustrativa. A análise se baseou no número de sujeitos.

Como pode ser observado:

1) Dos 18 sujeitos entrevistados, 11 relataram dificuldade em pensar ou lidar com a morte, sendo que destes, 6 mencionam inclusive dificuldade em falar sobre este tema. Como principais sentimentos relativos a tal dificuldade, foram citados saudade/falta (4 sujeitos), perda (3 sujeitos), angústia (2 sujeitos), tristeza (2 sujeitos) e medo da perda de pessoas próximas (2 sujeitos).

EXEMPLO: *Mas morte é sempre um assunto muito difícil, é um assunto que me angustia, que me faz refletir. E quando eu vejo situações assim, eu transfiro pra minha família, medo da perda dos meus familiares. Isso é uma coisa muito comum. Isso me deixa angustiada por um período longo até eu tentar retomar e entender que isso é uma coisa que faz parte do processo natural da vida. Mas isso é uma coisa complicada* (S.M[3]).

2) Metade dos entrevistados (9 sujeitos) veem a morte como uma continuidade da vida. Estão relacionados a esta resposta principalmente conceitos advindos da religiosidade.

EXEMPLO: *Ah, transformação. A gente sai dessa vida e passa pra outra. Eu considero que a gente vai viver muito, né. No céu ou no inferno, sei lá aonde é que for. Eu acho é que tem continuidade, eu acredito na continuidade* (S.D).

3) Também metade dos sujeitos entrevistados (9 sujeitos) consideram a morte como um acontecimento natural, que faz parte da vida.

EXEMPLO: *Então, determinadas situações, que você tem fatores como doenças já crônicas, a idade avançada, e que o enfrentamento disso vai ser mais natural, porque a morte é um processo natural, né* (S.B).

[3] Sigla que representa o sujeito entrevistado.

4) Ao contrário dos entrevistados que acreditam na continuidade da vida após a morte, 7 sujeitos conceituam a morte como o fim. Esta concepção está relacionada principalmente aos fenômenos orgânicos que definem a morte, tais como ausência de sinais vitais (2 sujeitos), não funcionamento do organismo (1 sujeito) e a morte encefálica (1 sujeito).

EXEMPLO: *Difícil. Em termos fisiológicos, ausência de sinais vitais, mas é muito maior. Assim, acho que é muito maior que isso. (...) Difícil falar, deixa eu pensar. (pausa). É deixar, é a inexistência daquela pessoa, a partir daquele momento aquela pessoa não existe mais, né* (S.L).

5) Dos 18 sujeitos entrevistados, também 7 sujeitos citam diretamente suas crenças religiosas para explicar a sua concepção de morte, sendo que destes, 6 se dizem "simpatizantes" da doutrina espírita.

EXEMPLO: *Olha, eu vejo, eu não vejo a morte como um fim não, sabe. Porque eu também acredito no, na questão do, eu sou, eu tenho, não é que eu sou espírita, mas eu acredito um pouco na questão do espiritismo. Então, eu vejo como uma passagem. E eu acredito na questão da reencarnação. Então, eu não vejo assim como o fim da vida, virei pozinho e pronto, entendeu* (S.A).

6) Dos 18 sujeitos entrevistados, 5 admitem a coexistência de dois pontos de vista sobre a morte, a perspectiva pessoal e a profissional.

EXEMPLO: *Como médico, a morte realmente é assim, é a ausência de sinais vitais, ou, então, a morte encefálica definida, né. Então, o organismo, o corpo parou de funcionar: morte. Como pessoa, morte realmente é uma passagem, já que eu sou espírita, eu acredito em vida pós morte. Então, a morte é simplesmente uma passagem do mundo real pro mundo espiritual* (S.E).

7) Dos sujeitos entrevistados, 4 mencionam a morte de alguém próximo como algo que influencia na forma como eles lidam com a morte do paciente e em relação aos familiares deste.

EXEMPLO: *E a morte sempre vai implicar em saudade, em perda, em falta. E essas coisas sempre doem, né, machucam um pouco, doem. Então, sempre tá envolvida com dor sim. Dor simbólica, dor real, é um momento triste eu diria, né. Às vezes, bem vindo, às vezes, bem vindo. Às vezes, bem entendido, bem aceito, bem compreendido. Mas essas são raras as vezes, principalmente por parte das famílias. E quando a morte é com a gente mesmo, pessoal, eu já tive algumas vivências, principalmente com o meu pai e eu sei o tanto que dói. Sei o tanto que dói.* (S.F)

8) Somente 4 sujeitos consideram a morte como sendo um fenômeno que faz parte da rotina profissional da equipe. Porém, percebem-na como um desafio a ser evitado, explicitando que o CTI é um local onde ocorre uma batalha contra a morte .

EXEMPLO: *Morte enquanto profissional, enquanto eu levo isso no dia-a-dia, é... É o final de um ciclo. Porque a gente luta todo dia pra evitar, né, pra, pra... É uma batalha diária. Então, a morte seria o final de uma batalha. Eu não encaro isso como uma derrota, também, aquele paciente como um ciclo final da vida. Mas é um desafio a ser evitado* (S.Q).

9) Apenas 3 sujeitos consideram morte como um fenômeno caracterizado por mistério e incerteza, referindo-se a ela como algo imprevisível.

EXEMPLO: *Viver é isso aqui que nós estamos, morrer é uma coisa que a gente não sabe o que que vai acontecer, né* (S.I).

A Tabela 2 apresenta as dificuldades em geral percebidas pelos entrevistados relacionadas ao contato com os pacientes.

Tabela 2 - Dificuldades em geral relativas ao contato com o paciente.

CATEGORIA	NÚMERO DE RESPOSTAS	NÚMERO DE SUJEITOS
1) Reações/ Sentimentos da equipe	43	17
2) Caracterização de pacientes	47	16
3) Estratégias para lidar com as dificuldades	25	11
4) Ações dirigidas ao paciente	21	11
5) Cotidiano do paciente no CTI	23	8
6) Reações do paciente	12	8
7) Limitações terapêuticas	14	5
8) Não tem dificuldades	4	4
9) Outras respostas	4	3
TOTAL	193	_

Como vimos:

1) Dos 18 sujeitos entrevistados, 17 referiram-se a reações e/ou sentimentos despertados pela equipe relacionados ao trabalho em terapia intensiva. Dentre as reações, os entrevistados citam: não saber o que fazer ou mesmo não conseguir fazer o que deve ser feito, diante de determinadas situações. Em relação aos sentimentos despertados nestes profissionais, grande parte explicita um certo sofrimento da equipe, tendo destaque os sentimentos de angústia (6 sujeitos), tristeza (2 sujeitos), chateação (2 sujeitos), culpa (1 sujeito) e impotência (1 sujeito).

EXEMPLO: *E ai isso é muito difícil, isso é muito difícil, você fica assim: Oh, é como se todo o seu trabalho fosse em vão, você corre, corre, corre, e no final das contas, ele não...* (S.O).

2) Dos entrevistados, 16 descreveram os "tipos" de pacientes com os quais eles têm mais dificuldade em lidar, justificando que estas dificuldades estão relacionadas ao contexto no qual o paciente está inserido. Assim, destes 16, 10 consideram difícil lidar com o adoecimento e a morte de pacientes jovens ou crianças, que é vista por eles como sendo um evento não natural ou esperado. Ainda nesta categoria, também foram citadas dificuldades em lidar com pacientes muito graves, bem como pacientes de longa permanência no CTI e sem expectativa de ter alta deste local.

EXEMPLO: *Eh, alguns tipos de sofrimento em determinados tipos de pacientes. Por exemplo, paciente jovens, pacientes gestantes, pacientes de longa permanência, onde você tem um vínculo maior* (S.J).

3) Em relação às estratégias desenvolvidas pela equipe para lidar com as dificuldades vivenciadas com os pacientes, os profissionais lançam mão principalmente de recursos emocionais, como por exemplo, se colocar no lugar do outro, tentar não se envolver ou se apegar às situações, buscando "gerenciar e administrar os sentimentos". Segundo os entrevistados, são características do profissional intensivista ser "empolgado" em investir no paciente, ser tecnicamente bem preparado e experiente, dentre outras. Ao mesmo tempo, percebe-se que existe um elevado grau de especialização da atenção, na qual cada categoria profissional é responsável por uma parte específica do tratamento.

EXEMPLO: *Você lidar com o paciente, ele te transmite isso de várias maneiras. Através do olhar, da dependência de um toque, das solicitações dele, dos desejos, né. E você tem que saber administrar e gerenciar isso no seu eu, e tentar transmitir de uma outra forma pro paciente: ter esperança, com boas expectativas. Já houve situação, por exemplo, que eu fui cuidar de um paciente, assim, e a pele dele soltou toda na cama. Então a gente virou o*

paciente, deu banho e quando eu fui dormir, eu sonhei que eu era ele, sabe. Então, tal ponto que é o sofrimento e você se colocar no lugar do outro, né (S.B).

4) As ações realizadas para o paciente pela equipe foram citadas por 11 entrevistados. Entre essas ações, a transmissão de notícias sobre o seu estado de saúde foi apontada como um momento de grande dificuldade, seja pela restrição da comunicação com um paciente entubado, seja pela dificuldade de compreensão da gravidade do quadro pelos pacientes. Outro ponto ressaltado pelos entrevistados é a importância de se estar atento ao momento e à forma

pela qual uma má notícia é transmitida. Outro aspecto relacionado a estas ações de cuidado é a atenção ao paciente propriamente dita. Neste sentido, alguns entrevistados referem-se a um cuidado no contato com o paciente, buscando transmitir, por vezes, esperança, além de buscarem compreender o que o paciente está sentindo ou querendo dizer.

EXEMPLO: *Não, assim, é, pra gente, como médico, pelo treinamento que a gente tem, é, pra nós, a gente tecnicamente, a gente é treinado para encarar essa gravidade com uma certa tranquilidade. Mas a gente tem que tomar um maior cuidado, de que entender que, para o paciente, isso não é uma rotina como é pra nós. Então, a dificuldade é a gente, e que a gente tende a aprender com o tempo, não sei se a gente aprende na verdade, que é transmitir ao paciente a gravidade do quadro. Não os pacientes que estão sedados, não para os pacientes que não têm compreensão, mas para os pacientes que entendem, a gente tem que saber como e o momento certo de mostrar pra ele a gravidade do quadro, né, o que, às vezes, com o tempo de, de, de, o tempo de trabalho que a gente tem e com a experiência que a gente tem, não quer dizer que a gente, a gente esquece que você tá ali como técnico e esquece desses detalhes, de saber como falar com o paciente. Tipo assim, é uma dificuldade, mas se a gente tem isso em mente, essa dificuldade se torna menor, se você tem consciência disso* (S.N).

5) Em relação ao cotidiano do paciente no ambiente da terapia intensiva, os profissionais entendem que a rotina deste setor é rápida, pesada e muito difícil para o paciente, que se encontra no limiar entre a saúde e a morte, sendo descaracterizado como sujeito por tal rotina. Outro aspecto apontado pela equipe relacionado a esse cotidiano é a má qualidade do serviço prestado, seja pelas condições de trabalho, seja pelo processo de trabalho em equipe.

EXEMPLO: *Eu acho assim, estar num CTI é uma coisa complicada, tanto pro paciente quanto pro familiar, entendeu. O CTI é um lugar muito, ah, meio que descaracteriza a pessoa, né. Você tá aqui sem roupa, sem família, sem sua casa, sem tudo, né. Você perde tudo seu, perde tudo. Você tá num lugar estranho, com pessoas estranhas, doente. Porque eu acho que uma coisa é você estar doente na sua cama, na sua casa, com seus parentes podendo te visitar a hora que você quiser, e estão aí te paparicando e tal, né. E aqui não é assim. E a rotina do CTI é uma rotina que, infelizmente, ela é muito, é muito rápida, né. O número de pessoas pra ficar te dando atenção e tal é muito pequeno* (S.I).

6) Oito sujeitos entrevistados consideraram como situações difíceis de vivenciar no CTI com o paciente as diversas reações que este apresenta em sua hospitalização. Neste conjunto encontramos o desconforto da equipe ao ver o sofrimento do paciente durante o seu tratamento (5 sujeitos). Além disto, foram citadas a piora, principalmente quando se dá subitamente, o abandono social e as doenças de difícil prognóstico, dentre outras.

EXEMPLO: *É, no dia-a-dia, ali do CTI, né, a gente vê os pacientes totalmente dependentes, né, de cuidados do outro. O que é mais difícil pra mim é... São demandas do paciente que a gente não pode atender, né. Isso é muito angustiante, angustiante, né. Por exemplo, o paciente que, a todo momento, pede água, né, e tá impossibilitado, né, de tomar água, né, e é uma demanda que, às vezes, é insistente e isso angustia muito, né. É que a gente vê que*

aquele paciente, né, tá naquele sofrimento, né, como é difícil sentir sede. Eu não sei, né, o que que é isso, sentir sede, né. (S.P).

7) Outro aspecto que foi considerado difícil por 5 sujeitos entrevistados diz respeito à questão das limitações terapêuticas, seja por parte da equipe, que não tem mais o que fazer pelo paciente, em situações de irreversibilidade do quadro; seja por parte do próprio paciente, que às vezes desenvolve um quadro depressivo principalmente reativo à hospitalização na terapia intensiva, e passa a não responder às terapêuticas oferecidas para tal quadro.

EXEMPLO: *Eu acho mais difícil quando a gente não consegue, quando chega num ponto em que você não tem mais o que se fazer. Assim, em termos de fisioterapia, você já fez tudo que você podia e não tem mais o que você fazer. Aí é difícil, entendeu? Quando é mais alguma coisa que a equipe resolve que vai ser um cuidado paliativo* (S.A).

8) Apenas 4 sujeitos entrevistados relataram não ter dificuldades relacionadas ao paciente, desde que seja realizado o que é preciso do ponto de vista assistencial. Interessante notar que um destes sujeitos diz não ter dificuldade desde que o paciente esteja sedado.

EXEMPLO: *Não, eu acho que, desde que a gente tiver prestando o serviço que você tem que fazer, desde que não tiver deixando a desejar, eu não fico, eu não vejo assim... Só tem problema se for uma coisa que eu não tiver como fazer, se eu tiver vendo que eu não tô dando conta de fazer. Mas desde que eu esteja fazendo aquilo que tem que ser feito pro paciente, eu não vejo nada difícil assim, mais contrário* (S.D).

9) Como outras respostas, 3 entrevistados citaram a situação de morte e o sofrimento da família.

EXEMPLO: *No caso de paciente muito grave, com a morte, por exemplo, é difícil de lidar.* (S.Q).

A Tabela 3 apresenta as categorias de respostas à pergunta sobre dificuldades em geral relacionadas ao contato com os familiares dos pacientes internados.

Tabela 3 - Dificuldades relacionadas ao contato com os familiares.

CATEGORIA	NÚMERO DE RESPOSTAS	NÚMERO DE SUJEITOS
1) Ações dirigidas à família	46	15
2) Reações/ sentimentos da equipe	31	12
3) Sofrimento da família	21	11
4) Reações da família que incomodam	17	9
5) Estratégias para lidar com as dificuldades	15	8
6) Esperança da família	8	6
7) Contato restrito	6	6
8) Fácil de lidar	6	4
9) Cotidiano do CTI	5	3
10) Outras respostas	9	7
TOTAL	164	_

Conforme vimos:

1) Dos 18 entrevistados, 15 citam em suas respostas ações que a equipe realiza com os familiares. Pode-se perceber que parte destas ações está relacionada ao processo de transmissão da notícia e parte refere-se a uma atenção e cuidado propriamente ditos. Em relação ao momento de fornecerem as notícias para a família, alguns profissionais se preocupam com a compreensão e o entendimento do quadro do paciente (5 sujeitos). A notícia

de óbito também é citada como um momento de grande dificuldade para a equipe (4 sujeitos). Já em relação à atenção aos familiares, os entrevistados relatam o desejo de ajuda-los. São citados, por exemplo, o estabelecimento de um vínculo maior, criando um espaço para ouvi-los e para estabelecer um diálogo com eles, mostrando certa preocupação com os familiares, inclusive relacionada à forma como eles irão ficar depois da morte do paciente.

EXEMPLO: *Sempre passa: o que que eu vou falar pra essa família? Como eu vou dar a notícia pra essa família? Se eu já conheço a família, é muito mais tranquilo, mesmo que a família seja uma família mais aguerrida, que vai aceitar pior, ou que não esperava. Quando você conhece, é mais fácil. Quando você não conhece, você não sabe o que que te espera, o que eles estavam pensando, o que eles estavam achando. Então, aí gera um grau de ansiedade, mas uma ansiedade que eu tive que aprender a lidar com ela. Já aconteceu várias vezes comigo* (S.E).

2) As situações vivenciadas com os familiares provocam reações e sentimentos na equipe de saúde considerados difíceis de administrar por 12 sujeitos entrevistados, que percebem sofrimento na equipe. Como exemplos de sentimentos da equipe, são citados pena/dó/compaixão (4 sujeitos), tristeza (3 sujeitos), ansiedade (2 sujeitos), bem como diversos medos: da reação da família (4 sujeitos), de transmitir uma notícia ruim (1 sujeito), e da sua própria reação (1 sujeito).

EXEMPLO: *A gente tem medo da reação da família, a gente tem medo da nossa própria reação. Eu já tive vontade de chorar, quando eu tive algumas notícias que eu tive que dar. Às vezes você tá dando a notícia, você fica tão emocionado quanto a família. A família chora, você tem vontade de chorar também. Então, eu acho que, é, o médico não tá treinado pra isso. Muitas vezes... A gente já brincou [com] isso outras vezes, o médico precisa de uma acompanhamento psicológico. Muitas vezes, você dar uma notícia que você, você sofre mais*

com a notícia do que aquela família, entendeu. Então, assim, eu acho que é próprio do ser humano não ter que vivenciar um momento de estresse, de tensão, de... De tristeza (S.K).

3) Onze sujeitos entrevistados se referem ao sofrimento da família como algo difícil de lidar e presenciar, tais como manifestações de angústia (3 sujeitos), depressão (1 sujeito), medo (1 sujeito) e carência (1 sujeito).

EXEMPLO: *Eu acho que é o sentimento de tristeza também, de saber que, que a família tá passando por isso tudo, e... E pelo que ela ainda vai passar, né. É... Com o tempo melhora, mas a pessoa não acostuma nunca, ela vai sentir falta do ente querido que perdeu, né. Eu acho que, durante o tempo, durante a vida dela. É isso.* (S.R).

4) Metade dos entrevistados citam determinadas reações dos familiares que incomodam a equipe, sendo a principal o questionamento do trabalho desenvolvido, que gera desconfiança da qualidade da atenção prestada ao paciente. Outra reação considerada difícil pela equipe é a forma de abordagem percebida por eles como inapropriada, além de solicitações excessivas.

EXEMPLO: *Tem, tem, você vê que tem familiares que excedem, que acham que você tá aqui, que você é empregada deles, que você tem que fazer as coisas no tempo e na hora* (S.O).

5) Para lidar com as dificuldades vivenciadas com os familiares, 8 sujeitos citam estratégias técnicas e emocionais utilizadas. Como exemplo de estratégias técnicas, os entrevistados citam, dentre outras, a tentativa de cobrir as falhas da equipe. Como estratégias emocionais para lidar com tais dificuldades, os entrevistados tentam se colocar no lugar do outro, tentam não se apegar às situações e não desanimar frente às dificuldades.

EXEMPLO: *Ah, você se coloca no lugar da pessoa, né. Então, assim, se preparar para o luto, né... É... Tem sofrimento, entendeu? Mesmo porque a gente está em volta, a gente sente*

isso. Então, a gente acaba tendo tristeza junto, certo. Mas aí tem o gerenciamento desse sentimento, porque se a gente for deixar se envolver completamente, nós não vamos conseguir trabalhar, sabe. Mas, a princípio, é tristeza (S.B).

6) Um aspecto ressaltado por 6 sujeitos entrevistados como difícil de lidar é a esperança que a família deposita na equipe em relação à recuperação do paciente. Tal esperança, por vezes, está intimamente ligada ao processo de negação da gravidade do quadro do paciente.

EXEMPLO: *Acho que as maiores dificuldades são as dificuldades de aceitação, são as [de] negação, né. São assim... Você vê o familiar depositando na gente tudo aquilo que ele tem, né, de esperança pra resolver o caso e tudo, e a gente sabe que não tem como. Também a gente não tem como falar assim, é, "não vamos fazer", né, e tudo. Então, são situações específicas, a minha vivência com família é mais restrita, acontece quando há uma permanência maior, assim, e quando o familiar é mais interativo* (S.J).

7) Interessante ressaltar que 6 entrevistados afirmam ter pouco (4 sujeitos) ou nenhum contato (2 sujeitos) com os familiares dos pacientes.

EXEMPLO: *Não, porque eu não tenho contato direto com os familiares, porque, assim, eu não participo da notícia, entendeu. Então, o meu contato com os familiares é mais distante. Uma vez ou outra que eu tenho que entrar no box pra poder olhar alguma coisa, aí o familiar me pergunta alguma questão, entendeu. Então eu não tenho um contato muito frequente, nem assim muito íntimo com o familiar. Eu dou mais uma orientação ou outra e tal, mas, assim, por isso que não consigo visualizar uma situação difícil com o familiar* (S.A).

8) Apenas 4 sujeitos entrevistados relataram não ter dificuldades com os familiares, chegando a estabelecer uma relação positiva com os mesmos. Um destes sujeitos ressalta que o contato é tranquilo com os familiares que aceitam o quadro do paciente.

EXEMPLO: *Não tem. Vou te ser sincera assim, eu nunca tive dificuldade. Aqui nunca teve uma situação difícil com familiar, sabe. Geralmente tenho até uma relação positiva com os familiares, assim. Porque eu sinto uma carência muito grande na família, né. Eles querem conversar, eles querem saber, né, eles ficam curiosos. E, geralmente, assim, o que eles me perguntam eu procuro responder, procuro ouvi-los, né. Eu nunca tive essa dificuldade não, entendeu. Eu sempre procuro ouvi-los* (S.G).

9) Em relação ao cotidiano da família no CTI, este foi mencionado por apenas 3 entrevistados, mostrando a terapia intensiva como um lugar de difícil acesso aos familiares, por ser um setor fechado, permeado por muitas regras, evidenciando que a família é vista pela equipe como não pertencente ao dia-a-dia do CTI.

EXEMPLO: *É porque o CTI tem muitas regras, e, às vezes, a gente tenta fazer uma mediação entre a família e a equipe, né... É... A gente tá ali tentando atender a família, na sua, no sentido de diminuir a angústia desses familiares, de ter um familiar internado ali. Mas, ao mesmo tempo, tem a questão da equipe, da rotina do CTI. Então, eu acho difícil também, às vezes, fazer essa mediação, por isso. A gente quer atender a família, tem as questões da família, da angústia, que a gente tem que atuar e ao mesmo tempo tem a equipe, as questões da rotina do CTI. Então, eu acho que ficar nesse meio, fazendo essa mediação, é... Às vezes pra mim é muito difícil, assim. Porque tem que atender um, tem que atender outro. Então, eu acho nesse sentido também muito difícil. É isso* (S.P).

10) Outras respostas de dificuldades relacionadas aos familiares, dadas por 7 sujeitos, são as seguintes situações: internação e óbito inesperado do paciente jovem, na qual a reação da família é sempre dramática; quando a família demonstra cuidado e atenção mais intensos e o sofrimento passa a ser maior; a questão da experiência pessoal de internação em terapia

intensiva ou morte de parente próximo, que pode afetar a forma como a equipe percebe e lida com os familiares.

EXEMPLO: *Às vezes, eu fico assim pensando na família, principalmente quando, igual assim, tem o outro lado, quando é rapaz novo, rapaz, moça nova, que vem. Aí sofreu alguma coisa e aí você vê que a pessoa vai piorando e aí morre. Aí, você fala: "nossa, tão novo, coitada da mãe". Como é que vai ficar a mãe, entendeu?* (S.O).

A Tabela 4, a seguir, agrupa as categorias relativas aos sentimentos relacionados aos pacientes que estão em processo de morte.

Tabela 4 - Sentimentos em relação ao paciente em processo de morte.

CATEGORIA	**NÚMERO DE RESPOSTAS**	**NÚMERO DE SUJEITOS**
1) Dificuldade de pensar/lidar	54	15
2) Estratégias para lidar com as dificuldades	43	15
3) Não tem dificuldades	17	10
4) Situações que afetam a equipe	23	8
5) Atenção ao paciente	17	6
6) Remete à própria finitude	9	6
7) Limitação terapêutica	8	6
8) Morte como um processo natural	10	5
TOTAL	181	_

Destacamos:

1) Dos 18 sujeitos entrevistados, 15 citaram alguma dificuldade em pensar e lidar com o paciente moribundo. Esta situação, segundo os entrevistados, desperta tristeza (4 sujeitos), impotência (4 sujeitos), chateação (3 sujeitos), pena (2 sujeitos), frustração (2 sujeitos) e angústia (2 sujeitos), dentre outros sentimentos.

EXEMPLO: *É como se eu não tivesse feito o suficiente, entendeu? É como se você... Como é que é a palavra, gente? É como se você... Você tá com as mãos e os pés amarrados, tipo assim, você não pode fazer mais nada, acabou, né... Então, assim, a gente já vivenciou situações assim, de ter o paciente assim, às vezes bem, conversando com você, e às vezes você chega de plantão: "nó, o paciente grave, tá morrendo". Você diz: "Como assim, como assim, eu tava com esse paciente, conversando com esse paciente ontem". Entendeu?* (S.O).

2) Dos 18 entrevistados, 15 citam estratégias para lidar com as dificuldades em relação ao contato com o paciente que está morrendo.

Podemos dividir as estratégias utilizadas pela equipe de saúde em: a) estratégias técnicas citadas por 8 sujeitos e; b) estratégias emocionais, citadas por 12 sujeitos. Como exemplos de estratégias técnicas, cita-se tentar fazer tudo o que se pode do ponto de vista assistencial e tentar se preparar melhor, aumentando o seu conhecimento técnico sobre saúde e doença.

EXEMPLO: *Agora, eu faço, e também eu fico mais tranquila também porque eu faço tudo que eu posso fazer, tudo que eu sei fazer, pra ajudar, né, ajudar a salvar. Então, é por isso que eu fico tranquila também, né* (S.R).

Como estratégias emocionais para lidar com as dificuldades, cita-se, dentre outras, a tentativa de não se envolver (5 sujeitos), racionalizar a sua prática com o paciente (2 sujeitos) e não ter muito contato com o paciente e sua família (2 sujeitos).

EXEMPLO: *Uma maneira que eu arrumei de conseguir trabalhar na área de saúde sem me afetar muito é eu pegar, eu trabalhar com paciente em terapia intensiva. Por que? Porque eu não me envolvo muito, porque eu não tenho contato com família, o paciente tá entubado, o paciente tá sedado. Então, eu não me envolvo muito com aquela situação. Isso pode até ser um mecanismo de defesa meu. Eu não consigo atuar em clínica, setor aberto, eu não consigo. Foi até, assim, uma coisa que eu passei a perceber, que eu fui sempre direcionada pro CTI* (S.C).

3) Dez sujeitos entrevistados relataram não terem dificuldade em lidar com o paciente moribundo, percebendo esta situação com certa tranquilidade (6 sujeitos), com certo alívio quando ele morre (2 sujeitos), através da sensação de dever cumprido (1 sujeito).

EXEMPLO: *Olha, quando normalmente esse quadro são pessoas que já estão muito tempo aqui, sabe, que já estão sofrendo muito... Então, assim, eu não vou falar pra você que eu sinto é, ah, um pesar, porque eu acho que quando uma pessoa tá sofrendo muito, pra ela é um alívio, já é hora dela, já chegou já, basta, é um basta, entendeu* (S.A).

4) Dos 18 entrevistados, 8 sujeitos relatam situações que os afetam no contato com o paciente que está morrendo. Dentre elas, destacam-se a morte do paciente novo - jovem e criança - (7 sujeitos), o paciente com piora súbita (3 sujeitos), o paciente com o qual a equipe tem um vínculo mais próximo (2 sujeitos), o paciente vítima de violência (1 sujeito) e o paciente que está esperançoso da sua melhora (1 sujeito).

EXEMPLO: *Sabe qual que é o paciente que mexe mais com você? O paciente que está consciente, que você acha que ele vai embora, que vai dar tudo certo e ele acaba morrendo. Aquele paciente, ele, ele deixa você mais assustado, porque... É... Como é que eu vou falar? Não é como é que eu lido com isso, é como que eu vejo isso. Eu penso assim: o paciente tá bom, tá cheio de esperança, doido pra ficar bem, pra sair e, de repente, ele morre. Esse sim,*

esse mexe com a estrutura da gente. Você vai ficar chateado, é claro. Você vai falar assim: "Nó, o paciente tinha tudo pra ir embora, tava bem, tava tão feliz, achando que ia embora com a família dele". Tudo isso faz pena, né? A gente vê esses casos assim: paciente de 36 anos, doido pra ir embora, crente que ia embora, achando que ia dar tudo certo, e, de repente, eles transferem pra outra unidade e lá morre. Então, assim, esses pacientes mexe com você. Não é assim que você vai ficar gritando, chorando com a família, mas mexe, né? Porque... Ou então aqueles que têm crianças pequenas, que mostram o retrato dos filhos, fala que vai embora por causa, pra ficar com os filhos, pra ficar com a família e, depois, morre (S.D).

5) Seis sujeitos entrevistados relatam a importância de dispensar uma atenção e um cuidado especiais ao paciente moribundo, oferecendo conforto (2 sujeitos), respeito (2 sujeitos), escuta (1 sujeito), para que ele tenha uma morte digna (1 sujeito).

EXEMPLO: *Sempre com a situação de tentar ser o mais respeitoso o possível, de saber até onde aquela pessoa dá conta de simbolizar o que ela tá sentindo. Se ela quer lidar com a coisa no real e ela tem, né, seus limites pra poder simbolizar, eu preciso deixar ele lidar com o real. Ou mesmo quando ele lida pela via do imaginário, com os aspectos religiosos dele, com os fundamentos religiosos dele. Também é preciso a gente respeitar os instrumentos, a capacidade que a pessoa tem de lidar com aquela dor, com aquela angústia. Então é preciso estar sempre medindo. (...) Então eu não infiro, eu só escuto. A estratégia principal é a da escuta e é do tanto que o paciente quer falar. Quem dita a quantidade, o ritmo, o curso é ele, tudo é ele. Eu me restrinjo muito nisso. Eu acho seguro e eu acho que, mesmo assim, mesmo assim não, oferecendo a ele um conforto sim, que é a possibilidade de falar o que ele dá conta, o que ele tem construído naquele momento* (S.F).

6) Também seis sujeitos entrevistados relatam que o contato com o moribundo remete à sua própria finitude (3 sujeitos) e à morte de familiares (2 sujeitos), o que provoca questionamentos sobre a própria fragilidade da vida (2 sujeitos).

EXEMPLO: *Ah, eu, muitas vezes, eu penso na minha família, é, na minha filha... É... O medo de, de estar numa situação nessa um dia. É, eu penso na minha família, e eu ... Eu acho que a gente remete à gente próprio mesmo, né? Sentimento de medo mesmo, por exemplo, de estar meu pai numa situação dessa, né, minha filha mesmo. Eu acho que é medo, é insegurança, é medo do que pode acontecer amanhã. Eu acho que é isso* (S.P).

7) Dos 18 entrevistados, 6 relatam dificuldades relacionadas às limitações terapêuticas em quadros muito graves.

EXEMPLO: *Eu acho isso muito difícil. Principalmente quando, assim, você vê o médico chega pra você e fala assim: "Olha, nós não vamos fazer mais nada, esse paciente não tem mais nada pra fazer". E, muitas vezes, a gente fica nesse questionamento: "Será mesmo que não tem mais nada pra fazer", entendeu? Então assim, isso pra mim é difícil ainda.* (S.O).

8) Cinco dos 18 sujeitos entrevistados citam a morte como um acontecimento dentro de um processo natural, principalmente quando ocorre com pacientes idosos (3 sujeitos), com doenças crônicas (2 sujeitos) e várias comorbidades (1 sujeito).

EXEMPLO: *O processo de morte quando já é um paciente crônico, já com, já com, com várias comorbidades, em que esse processo é uma passagem natural, isso daí não me incomoda nem um pouco. Isso aí me deixa, é uma coisa tranquila, que eu tenho muito bem definido na minha... É uma coisa que a gente, quando, né, é uma coisa que a gente cresce* (S.N).

A próxima tabela (Tabela 5) traz categorias de respostas dos entrevistados sobre os sentimentos relacionados aos familiares dos pacientes que estão em processo de morte.

Tabela 5 - Sentimentos relacionados ao contato com os familiares

CATEGORIA	NÚMERO DE RESPOSTAS	NÚMERO DE SUJEITOS
1) Reação/sentimentos da equipe	62	18
2) Ações dirigidas à família	30	12
3) Reações da família	18	11
4) Contato restrito	8	5
5) Evita o contato com a família	5	2
6) Utilização de estratégias para lidar com as dificuldades (técnicas e emocionais)	3	2
TOTAL	125	_

Como vimos:

1) Dos 18 entrevistados, apenas 2 sujeitos relatam que ao entrar em contato com os familiares do paciente moribundo não se envolvem, não ficam transtornados, têm um certo distanciamento e ficam tranquilos. Os outros 16 sujeitos entrevistados relatam um certo envolvimento com estes familiares. Destes, 13 sujeitos relatam uma certa solidariedade e cuidado com os familiares que se encontram nesta situação, se colocando no lugar dos mesmos (4 sujeitos), mencionando sentimentos de pena (3 sujeitos), dó (3 sujeitos) e compaixão (3 sujeitos), dentre outros. Onze destes sujeitos que relatam certo envolvimento com os familiares dos moribundos citam que o contato com eles desperta tristeza (6 sujeitos),

angústia (2 sujeitos), impotência (2 sujeitos), frustração (1 sujeito) e raiva (1 sujeito). Ainda em relação a estes 16 sujeitos, 7 deles admitem certo mal-estar e sofrimento da equipe, por ser uma situação considerada desagradável e difícil de ser vivenciada.

EXEMPLO: *Meu sentimento é de solidariedade. Às vezes, pode parecer até que a gente tem um pouco de pena, mas eu evito falar disso porque não é pena, realmente é uma compaixão. É um pouco a gente ver o outro sofrer e sente também. Não é fácil ver o outro sofrer, né? Não diria que é pena não, eu diria que é sensibilidade com aquele sofrimento, com aquela dor daquele momento. Não dá pra ficar indiferente, é difícil, a gente não se sente indiferente. Eu acho que todos nós também temos a nossa humanidade, as nossas fragilidades, saber que angústia é essa. Eu acho que todos nós temos essa noção, é lógico que cada um vive a sua angústia com a sua dimensão, na sua intensidade e ao seu modo. Mas a gente sabe o que é um pouco disso tudo, né? A gente tem uma noção* (S.F).

2) Doze dos entrevistados citam ações dirigidas ao familiar, que estão relacionadas ao processo de comunicação de más notícias e à atenção e cuidado à família. Como exemplos de situações relacionadas à comunicação de más notícias, os entrevistados citam a importância de contextualiza-las no quadro clínico em que o paciente se encontra, sendo obrigados, quando é o caso, a dizer que o paciente está morrendo, o que leva a uma certa dificuldade em abordar a família. Em relação à atenção que a equipe dispensa à família, existe, por exemplo, uma preocupação em prepara-la para o luto, oferecendo uma escuta, apoio e conforto para adaptação à nova realidade. Dois sujeitos também manifestaram preocupação em como o familiar irá ficar depois que o paciente falecer.

EXEMPLO: *Eu vou preparando a família todas as vezes que eu posso, todas as vezes que eu tenho contato com a família. Eu não tenho dificuldade de falar isso pra família. É real, é real mesmo. Agora, eu tenho muita dificuldade em colocar a família nesse processo, até onde a*

gente vai. De falar que a gente não vai instituir novas terapias, caso elas sejam necessárias, eu tenho dificuldade de abordar a família (S.E).

3) Dos 18 sujeitos entrevistados, 11 citam dificuldades em lidar com as reações destes familiares frente ao paciente que está morrendo. Como maiores dificuldades cita-se, por exemplo, presenciar o sofrimento da família (8 sujeitos), com reações de choro e o desamparo. Outras reações dos familiares que são consideradas difíceis pelos entrevistados ocorrem quando a família luta contra a equipe, culpando-a pela piora do paciente, ou quando deposita toda confiança no profissional.

EXEMPLO: *Esse familiar, geralmente ele fica desamparado, ele se sente desamparado, porque ele tá num campo que ele não sabe muito bem como é que a doença está acontecendo* (S.M).

4) Cinco dos sujeitos entrevistados afirmam ter um contato restrito com os familiares dos pacientes que estão morrendo, contato que, por vezes, se dá apenas no momento da notícia do óbito.

EXEMPLO: *Pois é, é, eu, assim... Eu, pelo distanciamento deles, né, eu não, acaba que eu não tenho muito envolvimento pessoal. Não tenho fri..., não é o fato de ser frio, é o fato de, pela função que eu exerço, eu tenho um distanciamento. Eu não tenho um contato diário como o médico horizontal tem, por exemplo, que ele se envolve, ela, né, tá ali, conhece o familiar, e tudo, envolve.* (S.N).

5) Dois sujeitos entrevistados afirmam que evitam o contato com o familiar, principalmente quando o paciente morre.

EXEMPLO: *Eu saio de perto (risos). Eu não fico ali, Carla, eu não fico, eu não quero olhar a cara, eu não quero saber o que que tá rolando, eu finjo que eu nem trabalho ali dentro. Eu não quero saber disso. Entendeu?* (S.I).

6) Apenas 2 sujeitos entrevistados citam estratégias para lidar com os familiares do paciente que está morrendo. Dentre estes, um sujeito cita a tentativa de gerenciar os próprios sentimentos despertados por esta situação.

EXEMPLO: *Mas aí tem o gerenciamento desse sentimento, porque, se a gente for deixar se envolver completamente, nós não vamos conseguir trabalhar, sabe...* (S.B).

A Tabela 6 traz as categorias de respostas dos sujeitos entrevistados sobre as influências do cotidiano profissional no cotidiano não profissional.

Tabela 6 - Influência do cotidiano profissional no cotidiano não profissional.

CATEGORIA	**NÚMERO DE RESPOSTAS**	**NÚMERO DE SUJEITOS**
1) Mudança na forma de ver a vida	38	13
2) Utilização de estratégias para lidar com as dificuldades	38	11
3) Consequências negativas emocionais/psicológicas	28	10
4) Leva as coisas do trabalho para a casa	9	5
5) Não influencia	4	4
6) Desgaste físico	4	3
TOTAL	121	_

Destacamos:

1) Dos 18 sujeitos entrevistados, 12 relatam que mudaram a forma de ver a vida depois que começaram a trabalhar no hospital, principalmente na terapia intensiva. Tais mudanças se organizam entre um crescimento pessoal (11 sujeitos) e ter se tornado mais frio/racional (2 sujeitos). Dentre as mudanças relacionadas ao crescimento pessoal, destacam-se: a) uma revalorização das situações da vida (10 sujeitos); b) aproveitar mais a vida (2 sujeitos); c) não reclamar tanto das coisas (2 sujeitos); d) ficar mais humano (1 sujeito) e; e) tentar ajudar mais as pessoas conhecidas que ficam doentes (1 sujeito).

EXEMPLO: *Mas o lado positivo, eu acho que você cresce muito enquanto pessoa. A questão de valorização, de valores, é lógico que não é pra todo mundo não. Eu tô falando, assim, porque tem gente que, às vezes, né, vê o sofrimento do outro, a fase difícil do outro e continuam sendo pessoas egoístas, egocêntricas, entendeu, que não respeitam o outro. Mas, no geral, quem sabe tirar proveito de uma experiência que é trabalhar na área da saúde, é uma pessoa que cresce muito.* (S.G).

2) Onze sujeitos entrevistados citaram estratégias que utilizam para lidar com o cotidiano profissional e com a influência deste no cotidiano não profissional.

Seis sujeitos citam a tentativa de separação entre a vida pessoal e a profissional. Quatro sujeitos relatam que tentam esquecer a vivência em terapia intensiva, tentando desligar-se dos fatos ocorridos no trabalho. Também quatro sujeitos utilizam estratégias psicológicas para lidar com o dia-a-dia do CTI, tais como tentar separar o que é seu e o que é do outro, não reprimir a lembrança, estar atento à própria saúde mental, aprender a lidar com seus sentimentos, além de ressignificar o objetivo da terapia intensiva, passando assim a ser visto não como um ambiente de morte, mas como um ambiente de recuperação. Três sujeitos se baseiam na experiência e técnica profissional como referências importantes para lidar com

as exigências do cotidiano no CTI. Três sujeitos relatam que lidam bem com tal cotidiano profissional, superando bem as diversas situações vivenciadas. Por fim, dois sujeitos tentam excluir a emoção da prática profissional.

EXEMPLO: *Ah, eu não sei se a gente tem uma estratégia, o que eu sei é que a coisa precisa acontecer. É o que esse médico conversou, foi assim, por exemplo, será que a gente teria que ter um tempo de respeito àquela... Tipo assim, porque do ponto de vista dentro de um CTI, você teria a desocupação de um leito pra salvar outra vida. Não tem sentimento, é uma coisa, assim, burocrática aquilo dali* (S.J).

3) Dez sujeitos entrevistados citam consequências emocionais e psicológicas como algo que influencia no cotidiano não profissional. Tais consequências estão divididas entre sentimentos e emoções, consequências psicológicas propriamente ditas, cansaço mental e outras consequências. Em relação aos sentimentos/emoções, 6 sujeitos relatam tristeza, angústia, aflição e chateação, dentre outros. Cinco sujeitos mencionam consequências psicológicas como desgaste emocional, impaciência, neurose com limpeza e depressão, dentre outras. Em relação ao cansaço mental, 4 sujeitos relatam por exemplo esgotamento e irritabilidade. Como outras consequências, foram citadas: uma maior percepção e preocupação do risco de vida que o entrevistado e as pessoas próximas a ele correm, lembrando das situações de trabalho quando alguém adoece. Outra consequência do cotidiano de trabalho é deixar a vida social de lado.

EXEMPLO: *Tem dia que você já não consegue, entendeu. Em casa, tem dia que você faz as duas coisas muito bem, tanto [que] você desenvolve muito bem aqui, quanto em casa, sabe, desenvolve também. Dá atenção pra mãe, pra filha, sai com o namorado, entendeu (risos)? Mas tem dia que não dá, que você não quer papo com ninguém. Então, oscila, oscila muito* (S.G).

4) Cinco sujeitos relatam que levam as situações do cotidiano profissional para os outros cotidianos, pois ficam pensando em casa nas situações vivenciadas e no quadro do paciente.

EXEMPLO: *Ah, influencia, não tem como você sair daqui e falar assim: "Ah, saí do Odilon e não vou pensar mais em nada". Não vou falar que todos os dias, mas, assim, de vez em quando, você fica com aquele negócio na cabeça, falar assim: "Nossa, será que fulano vai ficar bem?". E, às vezes, eu ligo pra saber, eu converso com a "fisio" da tarde pra saber como é que ficou fulano, sicrano. Não tem como você falar que todo dia você sai daqui e é como se nada tivesse existido e você vai pra outro assim, tranquilo* (S.A).

5) Ainda que 4 sujeitos afirmem que o cotidiano profissional não influencia o cotidiano não profissional, é recorrente em suas falas a identificação de estratégias que garantam uma certa separação entre os contextos profissional e pessoal. Alguns sujeitos citam uma mudança na forma de lidar com a relação entre estes contextos ao longo do tempo.

EXEMPLO: *Não, eu acho que não influencia. Já influenciou e eu acho que eu não conseguiria trabalhar hoje em terapia intensiva se eu não tivesse superado isso. Hoje não influencia* (S.Q).

6) Apenas 3 sujeitos se referiram ao desgaste físico como uma influência do cotidiano profissional nas outras esferas da vida, mencionando cansaço pela carga horária excessiva e pelo ritmo de trabalho.

EXEMPLO: *Eu vejo poucas influências negativas: às vezes o cansaço, às vezes a preocupação com um ou outro paciente, um ou outro caso que a gente não conseguiu resolver, mas não chega a me atrapalhar no cotidiano diário, a não ser o cansaço mesmo.* (S.E).

A Tabela 7, abaixo, refere-se à avaliação dos entrevistados sobre a formação acadêmica que tiveram, no que diz respeito aos aspectos relacionados à morte e ao morrer.

Tabela 7 - Formação acadêmica e aspectos relacionados à morte e ao morrer.

CATEGORIA	NÚMERO DE RESPOSTAS	NÚMERO DE SUJEITOS
1) Contemplou mas foi insuficiente	10	8
2) Não contemplou	16	7
3) Contemplou e foi suficiente	4	3
TOTAL	30	_

Como vimos:

1) Dos 18 entrevistados, 8 relatam que a morte e o morrer foram abordados na sua formação acadêmica, mas de forma insuficiente.

EXEMPLO: *Olha, na minha formação acadêmica muito pouco. Assim, não contribuiu em nada pra eu poder trabalhar isso depois de formada, nada, praticamente. Eu tinha um professor que passou um livro pra mim, eu acho que "sobre a morte e o morrer", que a gente leu. Mas foi a única vez que a gente conversou sobre morte, foi a única vez que a gente discutiu, numa matéria de Psicologia Médica, que a gente leu sobre a morte e o morrer. Isso talvez pudesse ter ajudado um pouco, mas, fora isso, a formação acadêmica não ajudou praticamente em nada pra poder trabalhar isso depois.* (S.M).

2) Sete sujeitos relatam que a formação acadêmica nunca contemplou aspectos relacionados à morte e ao morrer, sendo que um dos entrevistados afirmou que as faculdades

em geral não preparam os profissionais para lidar com a morte, pois há uma negação da morte nas instituições formadoras.

EXEMPLO: *Faz muita falta. (...) Deveria ter na faculdade, talvez até durante a residência essa questão. A gente sai muito despreparado tanto psicologicamente, quanto legalmente e quanto à forma de se abordar isso. A gente não tem preparação nenhuma pras três coisas* (S.E).

Para os sujeitos que relatam nunca terem tido preparação (7 sujeitos) ou que a preparação foi insuficiente (8 sujeitos), 5 sujeitos gostariam que a formação acadêmica abordasse melhor o tema da morte.

EXEMPLO: *Demais da conta. Demais da conta, demais. Eu acho que ia ser formado outro médico. Muito, muito. Porque me parece que, que, da forma que é, é feito uma negação da morte, do jeito que essas faculdades de medicina... Não que há uma negação, mas é sempre assim. Não há essa discussão, que eu acho madura em relação à morte, mas eu acho que tem que ter, né. A gente não pode falar de morte, não, a gente tem que falar de morte, que é um processo natural* (S.N).

3) Apenas três entrevistados consideram que a sua formação acadêmica contemplou suficientemente os aspectos relacionados à morte e ao morrer, auxiliando-os a lidar com a questão.

EXEMPLO: *Eu acho que contemplou, porque quando você tá fazendo o curso, você vai ver no dia-a-dia, o que que é... Eu toda vida penso assim: desde que você tá fazendo o que você pode fazer, o que tem que ser feito, morrer todo mundo vai morrer. Mais cedo, ou mais tarde, vai morrer. Vai doer, vai doer, é claro. Mas só que isso, você não tem que ficar apegado a isso não. Porque isso aqui vai passar mesmo, uma hora, mais cedo ou mais tarde* (S.D).

Ainda comentando sobra a sua formação, cinco sujeitos afirmam que é impossível se preparar para lidar com a morte, oito sujeitos afirmam que a formação para lidar com a morte ocorre de forma efetiva durante a prática profissional e sete sujeitos consideram que o preparo é mais pessoal.

EXEMPLO: *Não, eu acho que, é, eu aprendi isso mesmo na, na, lá dentro, vivenciando a cada dia uma situação diferente, né, né, uma intervenção diferente com cada família. E é no dia-a-dia da prática mesmo que eu aprendi a lidar com essas coisas, assim, com essas situações. A faculdade, a teoria, os cursos dá uma, dá uma base, assim, né, teórica, que é importante, de entendimento, assim... Mas no dia-a-dia, no pegar no chifre, é, é mesmo a prática, não tem jeito, porque cada situação você tem que inventar uma forma de intervenção, tudo muito diferente, assim... Porque cada situação é diferente, e isso, é, faculdade não ensina pra gente. É na prática do dia-a-dia, nas situações diversas, foi assim que eu aprendi.* (S.P).

A Tabela 8 traz as categorias de respostas relativas a como os sujeitos entrevistados lidam com a morte do paciente que está sob os seus cuidados.

Tabela 8 - Como os sujeitos entrevistados lidam com a morte do paciente.

CATEGORIA	**NÚMERO DE RESPOSTAS**	**NÚMERO DE SUJEITOS**
1) Lida bem	22	13
2) Pensa se fez tudo que poderia/ deveria	15	10
3) Afeta/ Não é indiferente	13	9
4) Depende do caso/contexto	5	4
TOTAL	55	_

Destacamos:

1) Dos 18 sujeitos entrevistados, 13 relatam que "lidam bem" com a situação de morte quando o paciente está sob seus cuidados. Estes sujeitos relatam que não ficam abalados, veem a morte como um acontecimento tranquilo, encarando-a com naturalidade, pois percebem que ela não está sob seu controle. Estes sujeitos, portanto, afirmam ter uma certa aceitação da morte do paciente.

EXEMPLO: *Ah, normal, eu não, normal assim, no sentido que eu não, eu não fico, é, emocionada, emocionada assim, sabe. Aquilo não me atrapalha, né? Eu trabalho bem com aquela situação, eu não tenho: "ah, o paciente tá morrendo, e tal, acabou"* (S.G).

2) Dos 18 sujeitos entrevistados, 10 relatam que quando o paciente que está sob os seus cuidados morre, eles pensam se fizeram tudo que deveriam ou poderiam ter feito. Quando percebem que foi feito tudo que podiam, aceitam melhor a morte. Entretanto, quando percebem que não foi oferecida ao paciente uma assistência adequada, tal situação gera frustração, culpa e sensação de derrota.

EXEMPLO: *Quando é paciente que a gente sabe que é um paciente que realmente foi feito tudo, que é irreversível, que a doença dele não, que aquela doença, naquele momento é o mecanismo de morte dele, que, por aquilo que ele tem naquele momento, ele não vai, não vai sobreviver... É, eu tenho, eu tenho tranquilidade de acompanhar e vê-lo, né, de vê-lo morrer e tudo. Agora, nas situações que a gente sabe que algo a mais poderia ter sido feito, e, e que, às vezes, ele tinha uma chance, e por uma coisa que não tá disponível, sei lá, ou outro fator não aconteceu, né, eu fico um pouco frustrado, né, de: "Pô, poderia sair dessa", né. Se tivesse feito isso ontem, hoje ele poderia sair dessa, poderia não ter morrido. Então, eu frustro um pouco no trabalho meu como profissional e acho que como parte da equipe, né* (S.L).

3) Nove sujeitos afirmam que a morte do paciente que está sob seus cuidados os afeta. Como reações a tal situação, citam, por exemplo, o sentimento de culpa (2 sujeitos), sensação de derrota (1 sujeito), tristeza (1 sujeito), angústia (1 sujeito) e dificuldade de aceitação (1 sujeito).

EXEMPLO: *Eu já tive assim, às vezes, de ter que sair do box, porque eu tava chorando. No princípio, quando meu pai morreu, uns dois, três meses, assim, quando era um senhor, que, às vezes, assim, que eu lembrava, às vezes tinha as características do meu pai, assim, eu... Você acabava chorando. Então, eu acho que é um sentimento, assim, igual como se fosse um parente seu. Não igual, né, não é um sentimento que você teria por um parente seu, mas é um sentimento de perda também, nossa, sabe, assim* (S.O).

4) Quatro sujeitos relatam que a forma como irão lidar com a morte do paciente, quando este está sob os seus cuidados, pode variar, dependendo do caso e do contexto do paciente, ressaltando uma dificuldade maior quando o paciente é jovem, quando tem uma piora súbita, ou quando o vínculo dele com a equipe é maior.

EXEMPLO: *Isso aí depende da doença que tá envolvida, depende do contexto do paciente. Alguns eu levo a bagagem pra casa, outros eu deixo isso aqui. Os que não me marcam em algum sentido a história deles, ou se tem a ver com a minha conduta, se eu fiz alguma conduta e eu acho que eu poderia ter feito outra, eu me cobro isso. Talvez isso influencie no fato de eu me sentir culpada ou não. Então, assim, isso é individual, depende de caso pra caso. Não tem jeito de eu generalizar e falar assim: "ah, eu lido com a morte do meu paciente dessa e dessa maneira", porque cada um vai ser de uma maneira, dependendo do contexto* (S.M).

Passaremos agora à discussão desse conjunto de resultados.

7) DISCUSSÃO

A partir deste ponto, discutiremos os resultados encontrados nesta pesquisa. Primeiramente, apresentaremos a discussão dos resultados estruturada em três blocos, conforme a seguir: 1) o significado da morte para os sujeitos entrevistados; 2) as emoções associadas a ela; e 3) as práticas relacionadas ao objeto do nosso estudo.

Em seguida, discutiremos a representação social da morte para os sujeitos pesquisados, em que evidenciaremos os processos de objetivação e ancoragem, bem como discutiremos os conceitos de universo consensual e universo reificado e de polifasia cognitiva, conforme identificamos nos relatos dos sujeitos entrevistados.

1) Significado de morte

A concepção de morte, para os sujeitos participantes desta pesquisa, pode ser entendida a partir de duas perspectivas: uma biológica e outra que chamaremos neste trabalho de perspectiva "pessoal". Antes, porém, é importante ressaltar que estas perspectivas não são excludentes, mas em alguns momentos coexistem no CTI. A seguir, serão explicitadas as características de cada uma delas (Figura 1).

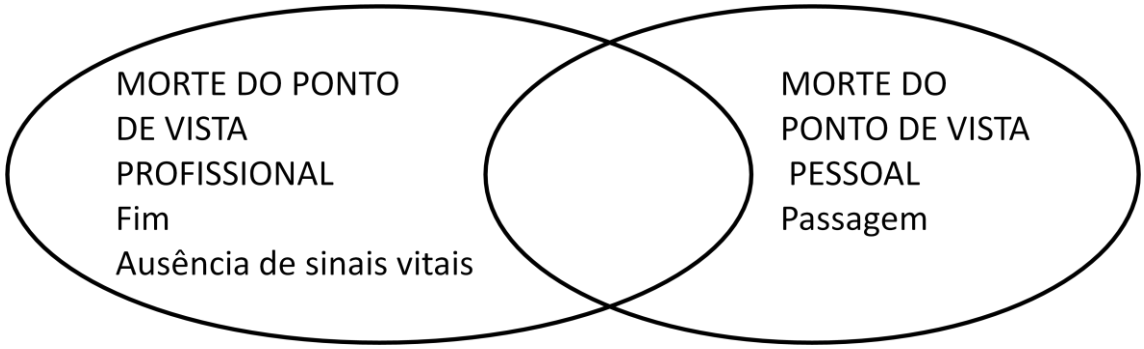


Figura 1. Significado de morte

Na perspectiva profissional, a morte é compreendida através de fenômenos orgânicos, tais como morte encefálica e ausência de sinais vitais. A morte, neste ponto de vista, é entendida como o fim, depois dela, a pessoa deixa de existir. Este "deixar de existir" se refere a não continuidade da vida, que se traduz pelo fim da vida orgânica, bem como se associa ao fim da realização do trabalho profissional dispensado àquele paciente, o que significa que, após a morte do paciente, o corpo é retirado do CTI, encerra-se aquela história e o leito é automaticamente ocupado por outro paciente. Deste modo, o investimento da equipe no paciente que morreu deverá ser dissolvido, pois há um imperativo de cuidado de outros pacientes graves no CTI. Desta forma, percebemos que a morte, do ponto de vista profissional, é concebida como o fim, tanto da assistência prestada ao paciente, quanto da existência daquela pessoa/corpo.

A concepção pessoal de morte foi citada por 50% dos sujeitos entrevistados. Para eles a morte é considerada predominantemente como uma passagem, a morte não é o fim. Após a sua ocorrência, segundo os entrevistados, há uma continuidade da vida. Nesse sentido, a morte é vista como uma transformação, ou seja, passa-se de uma vida terrena para uma vida espiritual. Percebe-se aqui claramente uma influência de concepções religiosas. Ao falar desta continuidade, os entrevistados evidenciam as influência de experiências pessoais, principalmente de morte, ou medo da morte de pessoas próximas a eles, bem como o medo da própria morte.

Como já mencionado, há uma coexistência destes dois pontos de vista: o profissional, associado a fenômenos orgânicos, que concebe a morte como o fim; e o "pessoal", que tem sua origem nas crenças e vivências pessoais para compreender a morte. Estas duas concepções por vezes se contrapõem, o que gera conflito e angústia nos profissionais, como, por exemplo, quando tentam se apoiar em uma relativa neutralidade na assistência ao paciente e na predominância dos aspectos profissionais. Contudo, o momento e o modo do

adoecimento do paciente remetem à experiências pessoais com a morte, e despertam emoções associadas ao contexto psicossocial em que a morte se dá. Assim, diante do imperativo de "ter que dar conta" da sua tarefa de forma impessoal, por vezes estas perspectivas se articulam e se complementam, auxiliando os profissionais no cotidiano do trabalho com o moribundo. Como exemplo, podemos citar os momentos que a morte mobiliza o profissional em suas angústias e ele mesmo recorre ao sentido religioso para conviver com a morte que o conhecimento profissional não evitou. Deste modo, percebe-se que, para além do prescrito na rotina do CTI, dos protocolos e procedimentos a serem seguidos no momento do óbito e após este, como o contato com familiares, o preparo e a retirada do corpo, existem emoções que extrapolam esta rotina, e que são silenciadas pelos profissionais.

Morte natural/não natural

Outra dualidade explicitada pelo presente estudo é a forma como a morte é classificada pelos entrevistados: como um processo natural ou não natural, o que vai influenciar no modo como estes sujeitos irão lidar com a morte do paciente no seu cotidiano de trabalho (Figura 2).

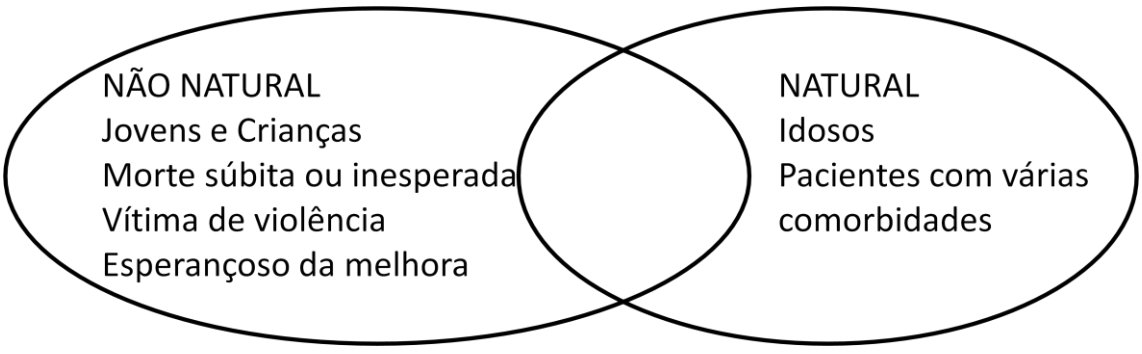


Figura 2. Morte natural/não natural

Os sujeitos entrevistados conceituam como morte não natural aquela que ocorre com pacientes jovens e crianças, ou de forma súbita e inesperada pela equipe. Neste quadro, destacam-se os pacientes que têm um maior vínculo com a equipe, o paciente esperançoso da sua melhora e o paciente vítima de violência. Estas mortes geralmente despertam sentimentos mais intensos na equipe de saúde.

Já a morte natural é aquela que ocorre em pacientes idosos e/ou com várias comorbidades, bem como com pacientes internados por um longo período no CTI, sem perspectiva de melhora. Esta percepção da equipe reforça, portanto, a concepção que algumas mortes são mais naturais do que outras.

Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006) também citaram a faixa etária do paciente que morre como um importante fator que influencia na aceitação da sua ocorrência, sendo que quanto mais jovem, mais difícil a aceitação.

Pensando nestas duas concepções de morte, do ponto de vista profissional e pessoal, tem-se como efeito duas tendências que coexistem e tentam se equilibrar, com o objetivo de domar o objeto "morte". Uma, do ponto de vista profissional, que se apresenta como uma tendência a "tecnicizar" a morte, fazendo com que ela ocorra de forma "controlada" e prevista, cercada de conceitos e definições de assistência e de cessação desta, atribuindo à equipe um poder técnico sobre ela. Nesse sentido, percebe-se, no CTI, comumente, um discurso que o caracteriza como um lugar onde a luta contra a morte encontra um cenário privilegiado, cercado de tecnologia e procedimentos que visam evita-la. Assim, quando ela ocorre, há uma tendência de tentar inseri-la em um protocolo de procedimentos a serem seguidos, tais como: constatar tecnicamente o óbito, preparar o corpo, esvaziar o leito, desinfeta-lo, prepara-lo para o próximo paciente e entrar em contato com familiares para que a transmissão da notícia de óbito aconteça.

A segunda tendência pode ser entendida como efeito do ponto de vista "pessoal" que a equipe tem sobre a morte. Nesta, percebe-se um movimento que busca humanizar a morte no CTI, dar-lhe um “rosto”, uma história, dotada de sentimentos que são despertados tanto no paciente que está morrendo, na sua família, que conta mais da história daquela pessoa, para além do quadro orgânico que a levou até ao CTI, como para os membros da equipe, que poderão enxergar a morte e senti-la a partir das suas percepções e concepções pessoais.

A coexistência destas duas tendências explicitadas pode ser melhor visualizada da seguinte forma (Figura 2):

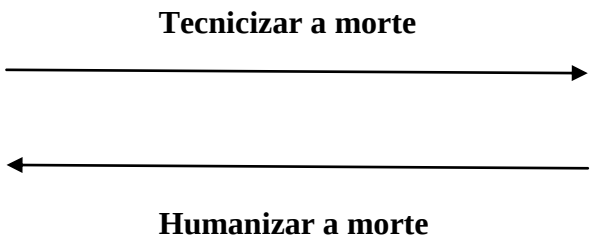


Figura 3. Tendências para tentar "domar" o objeto morte

A cultura de negação da morte, que designou o hospital como o cenário propício para que ela aconteça não faz com que este seja considerado, pelos sujeitos que a manejam, como o local onde ela deva acontecer (Ariès, 2003; Elias, 2001; Rodrigues, 2011). Ao contrário, a negação da morte, que ocorre em nossa cultura, adentra os muros dos hospitais e encontra nestes também um cenário arquitetado e roteirizado para que a negação permaneça.

Pesquisas realizadas evidenciaram uma dupla polarização da concepção de morte. Estre elas, citamos estudo realizado por Guerra (2005), no qual evidencia que a morte foi objetivada em eventos biológicos e psicossociais. Nesta mesma direção, Borges e Mendes

(2012) evidenciaram dois eixos de representação de morte em sua pesquisa: o modelo biomédico e a dimensão subjetiva.

Alguns estudos apontaram especificamente a concepções de morte como fim orgânico, ocorrendo no CTI de forma impessoal e mecânica, tais como os trabalhos de Bousso e Poles (2009), Elias (2001) e Menezes (2006) e normatizado pela medicina (Rodrigues, 2011; Hermes e Lamarca, 2013, Souza, Soares, Costa, Pacífico e Parente, 2009 e Menezes, 2004). A morte nesse sentido torna-se um fenômeno clínico (Menezes, 2006). Ainda em relação ao protocolo utilizado pela equipe, no que concerne às providências práticas que a equipe deve tomar no momento do óbito do paciente, conforme citadas acima, também são evidenciadas em um estudo realizado por Menezes (2006), tais como preparo do corpo, contato com os familiares, entre outros. Segundo esta autora, estas regras e procedimentos têm como objetivo um silenciar da expressão das emoções.

Já a concepção da morte como passagem, e busca de uma humanização do processo de morrer, e a influência de experiências pessoais dos profissionais são evidenciadas nos trabalhos de Silva, Souza, Pedreira, Santos e Faustino (2013) e Shimizu e Ciampone (2002). Também estudos como os de Nascimento e Roazzi (2007), Coelho e Falcão (2006) e de Dezorzi e Crossetti (2008) ressaltam a grande influência da religiosidade na forma como os profissionais de saúde concebem e lidam com a morte no seu trabalho.

Um ponto que merece ser retomado aqui é a dualidade morte natural ou não natural exposta anteriormente. Percebe-se que os entrevistados se basearam em características tanto biológicas quanto sociais para definir ambas. Assim, morte como processo natural contém elementos biológicos, como a idade (idosos) e tempo de internação, no que se refere aos pacientes internados por longo período. Também, na morte não natural, percebem-se elementos do campo biológico, tais como idade (jovens e crianças) e a morte súbita, como

também elementos psicossociais, como, por exemplo, o paciente com maior vínculo com a equipe. Esta dualidade, portanto, pode ser pensada como um possível elemento articulador das duas concepções de morte, do ponto de vista biológico e pessoal, o que evidencia que em alguns momentos estas dualidades não se excluem, mas se misturam e se articulam na dinâmica do dia-a-dia do grupo pesquisado.

A partir destas duas concepções coexistentes, em sua prática com o paciente, os profissionais de saúde, conforme destacado por Menezes (2006), por vezes apresentarão dificuldades em lidar com as emoções despertadas no cotidiano profissional, que serão descritas a seguir.

2) Emoções despertadas pela morte do paciente

Como dito anteriormente, as emoções despertadas pelo contato cotidiano com a morte pelos profissionais de saúde não encontram espaço para serem expressas, compartilhadas e acolhidas. Porém, nas entrevistas realizadas para esta pesquisa, elas foram explicitadas, e podem ser entendidas como um sofrimento velado pela equipe de saúde. Alguns entrevistados relataram que apenas no momento da entrevista pararam para refletir sobre a morte, por mais rotineira que ela seja em seu cotidiano de trabalho.

As entrevistas evidenciam um cotidiano profissional permeado por cansaço físico, devido ao ritmo acelerado das tarefas a serem realizadas, e por um cansaço mental, traduzido pelos sujeitos como esgotamento e irritabilidade.

Com relação às emoções despertadas pela morte, do ponto de vista profissional, a sua ocorrência desperta, nos profissionais estudados, sentimentos de impotência e frustração, que podem ser compreendidos a partir da própria percepção dos mesmos sobre o objetivo do CTI ,

que é, como visto, o de lutar contra a morte. Assim, apesar de se ter no CTI os recursos mais avançados de assistência, a morte poderá acontecer, e, desta forma, escapar a todo controle para que ela não ocorra.

Já as emoções despertadas, classificadas aqui como pertencentes à perspectiva pessoal, são de angústia, aflição, saudade e medo da perda de pessoas próximas. Percebe-se que as emoções citadas pelos entrevistados dizem respeito a experiências pessoais vividas tanto no contexto do trabalho, como, principalmente, fora dele. Destaca-se aqui que as experiências de morte de pessoas próximas influenciam o modo como a assistência é oferecida pelo profissional. Neste aspecto, as emoções e sentimentos podem ser consideradas como uma intercessão entre o profissional e pessoal. Sentimentos de perda e de chateação se confundem em uma dimensão que mescla o profissional e o pessoal (Figura 3):

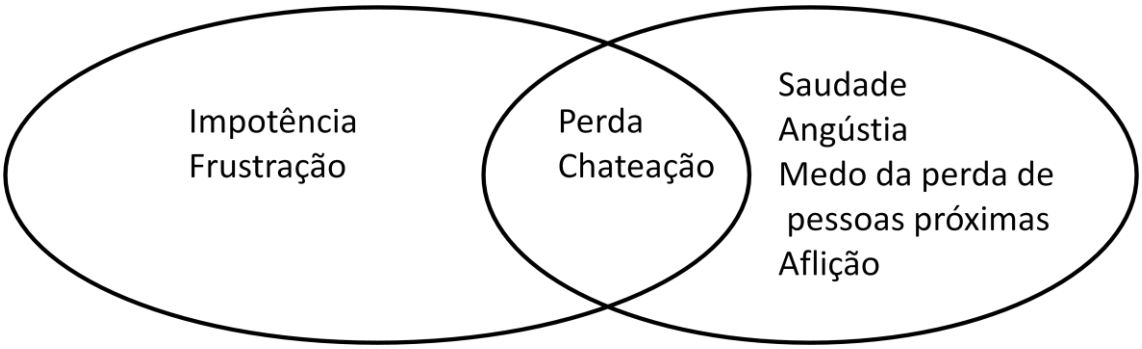


Figura 4: Sentimentos despertados pela morte do paciente na equipe de saúde

Muitos estudos com profissionais de saúde apontam também para emoções despertadas pela morte do paciente, tanto relacionadas à atuação profissional como influenciadas pela vida pessoal. Do ponto de vista profissional, citamos os estudos feitos por Shimizu e Ciampone (2002), que apontam o sentimento de culpa; de Santos, Aoki e Oliveira-

Cardoso (2013) e de Teixeira (2006) que citam o sentimento de impotência e de Oliveira (2013), que aponta os sentimentos de despreparo e frustração frente à morte do paciente. Do ponto de vista pessoal, Shimizu e Ciampone (2002) observaram que quando a morte do paciente acontece, é comum a lembrança dos profissionais da vivência da perda de pessoas próximas. Oliveira, Amaral, Viegas e Rodrigues (2013) também citam os sentimentos de angústia; Nascimento *et al* (2013) apontam os sentimentos de temor, desamparo e insegurança despertados pela morte do paciente.

Estudos realizados por Afonso e Minayo (2013), Kappaun e Gómez (2013) e Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006) apontaram para a identificação dos profissionais de saúde com o paciente e sua família, entendida como um sentimento doloroso, que remete à morte ou possibilidade de morte de pessoas próximas, bem como da sua própria morte.

Morte do paciente/ morte de pessoas próximas/ própria morte

Uma questão que merece destaque neste estudo, e que talvez perpasse todas as outras ressaltadas é o que chamaremos de tríade morte do paciente, própria morte e morte de pessoas próximas, descrita abaixo (Figura 4):

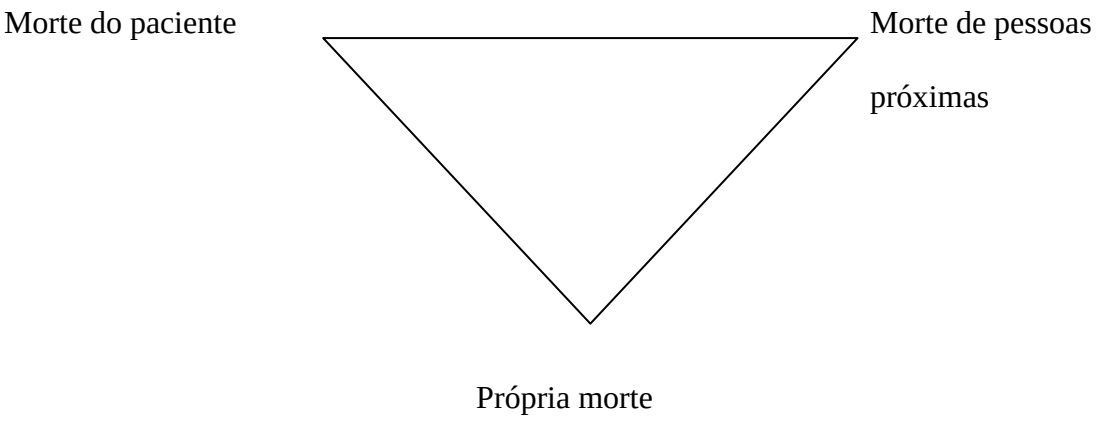


Figura 5. Tríade morte do paciente/própria morte/morte de pessoas próximas

Percebe-se aqui que os três polos da tríade influenciam e são influenciados uns pelos outros. A morte do paciente desperta, segundo os entrevistados, pensamentos e sentimentos relacionados à possibilidade da sua própria morte, bem como experiências prévias ou medo da perda de pessoas próximas. O medo da própria morte e da morte de pessoas próximas faz com que alguns entrevistados pensem e sintam a morte do paciente de forma diferenciada. Já a possibilidade da própria morte também pode influenciar na forma como a morte do paciente e a morte de pessoas próximas é percebida. Alguns sujeitos entrevistados citam, por exemplo, que após a morte de pessoas próximas, houve uma mudança na forma de sentir e lidar com a morte do paciente no seu cotidiano de trabalho, seja por meio de uma maior sensibilidade e disponibilidade para acolher e auxiliar o paciente e seus familiares, por se colocarem no lugar destas pessoas, seja por um maior distanciamento, adotando estratégias de certa evitação para conseguir "dar conta" de lidar com a morte. Estas estratégias serão melhor descritas no próximo tópico.

3) Práticas advindas da representação de morte para a equipe estudada

Como já exposto, a forma como a equipe de saúde significa a morte, bem como os sentimentos que são despertados no convívio cotidiano influenciarão as práticas de assistência ao moribundo e seus familiares. Iremos expor, a seguir, os modos como os entrevistados se comportam em relação à morte no CTI.

Apesar do CTI ser um lugar em que a morte é algo comum de acontecer, devido a gravidade do quadro clínico, grande parte dos sujeitos entrevistados relataram dificuldade em pensar e lidar com ela e até mesmo de falar sobre ela. Diante destas dificuldades, eles apresentam algumas estratégias, que dividimos entre recursos técnicos e subjetivos para lidar com o paciente e seus familiares.

Assim, para lidar com a morte do paciente, do ponto de vista profissional, a equipe pesquisada lança mão de recursos técnicos, através de algumas estratégias, tais como: fazer tudo o que é possível na assistência ao paciente; aprimorar os conhecimentos técnicos e utilizar a experiência profissional adquirida para lidar com o cotidiano de trabalho.

Do ponto de vista pessoal, os profissionais utilizam recursos subjetivos. Nesse sentido, foram elencados quatro movimentos: 1) Aproximação (colocar-se no lugar do outro); 2) Afastamento (tentar não se envolver; mantendo relativo distanciamento emocional, ou seja, tentam separar as próprias emoções dos problemas do paciente e físico, uma vez que alguns dos sujeitos entrevistados admitem que evitam ter contato com o paciente e familiares além daquilo que é imprescindível); 3) Enfrentamento (não desanimar com as dificuldades, tentar gerenciar seus sentimentos) e 4) Ressignificação (entender o CTI não como um ambiente de morte, mas como um ambiente de luta pela vida). (Figura 5).

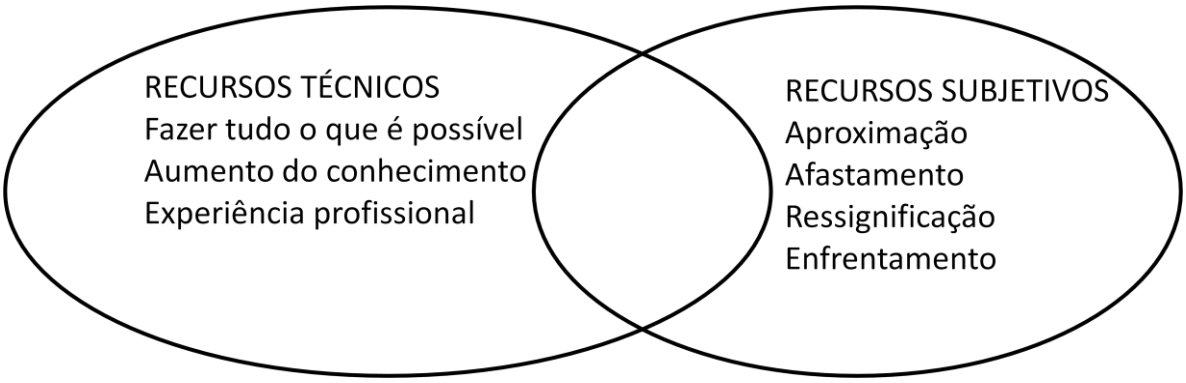


Figura 6. Práticas relacionadas ao objeto morte

Shimizu e Ciampone (2001) e Santos, Aoki e Oliveira-Cardoso (2013) também discutem sobre os mecanismos de defesa dos profissionais de saúde para lidarem com a morte no cotidiano profissional que também são evidenciados na presente pesquisa, como a tentativa, segundo eles sem sucesso, de afastamento da situação angustiante vivenciada no

cotidiano profissional. Outro elemento que aparece como uma dificuldade para a equipe é em relação aos familiares do paciente, o que será exposto a seguir.

Dificuldades em relação aos familiares do paciente

A respeito das dificuldades percebidas pela equipe do CTI em relação à família do paciente, e ainda seguindo a dupla polaridade aqui exposta, profissional e pessoal, percebemos que, do ponto de vista profissional, os sujeitos estudados apontaram dificuldade em relação ao questionamento e desconfiança da sua competência técnica, principalmente quando a família expõe uma percepção de possível falha na qualidade da assistência prestada pela equipe ao paciente.

Já em relação à perspectiva pessoal, a dificuldade em relação à família compreende principalmente as relações interpessoais equipe-família, que fazem com que os profissionais entrem mais em contato com o contexto do paciente e da família, sua história de vida, sentimentos e principalmente a esperança de recuperação do paciente. Por vezes, a esperança da família gera grande angústia na equipe naqueles casos que o paciente já não tem mais perspectiva de recuperação. Outro ponto destacado pelos sujeitos entrevistados são as solicitações das famílias, consideradas por eles como excessivas e que atrapalham a rotina do setor.

Como ponto de interseção entre estes dois polos, podemos citar a dificuldade da equipe em lidar com o paciente que está morrendo, tanto por terem se esgotado os recursos técnicos, como pelas emoções e dificuldades pessoais em vivenciar estes momentos. Outro ponto de interseção são as reações dramáticas de familiares frente à morte do paciente. Tais reações frequentemente causam incômodo e estranhamento nas equipes, como se fosse algo que foge do "script", da formalidade, do protocoloco previsto na rotina de um CTI. Há,

portanto, medo da reação da família e da própria reação do profissional de saúde nas situações de morte do paciente (Figura 7).

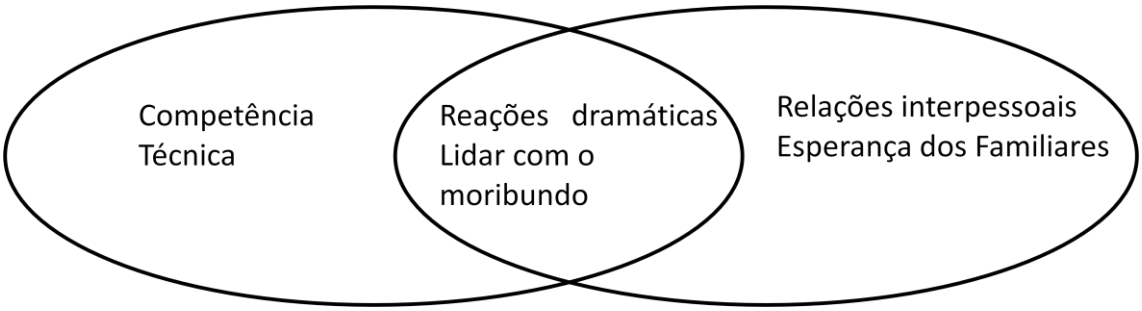


Figura 7. Dificuldades em relação aos familiares

Nesse sentido, Klafke (1991) aponta em um estudo realizado com profissionais de saúde do CTI que a família muitas vezes é vista como um empecilho para que o trabalho ocorra de forma adequada. A importância do estabelecimento de um bom vínculo entre equipe e família, bem como a fragilidade deste vínculo foram apontados por Matuiti e Galdeano (2007) e Dezorzi e Crossetti (2008).

Destacamos que o momento em que a notícia da morte é transmitida aos familiares pode ser considerado um "ponto de passagem" entre o "técnico" e o "pessoal", pois exige esforço do profissional para que o seu saber técnico, seja associado a uma atenção que não foi aprendida na academia. Assim, o momento no qual a comunicação de uma má notícia acontece pode ser considerado um espaço de interseção, no qual o apoio técnico e pessoal se fazem necessários, se influenciam e se transformam.

Outro aspecto evidenciado na presente pesquisa é a forma como os profissionais entrevistados percebem o local onde atuam, atribuindo ao CTI características específicas que o diferenciam das outras Unidades de assistência do hospital, o que será explicitado~~s~~ a seguir.

Características do CTI

Como características especificas do trabalho em uma unidade de terapia intensiva, foi ressaltado pelos entrevistados, do ponto de vista profissional, o cotidiano técnico, no qual se destacam: o trabalho altamente especializado, uma rotina acelerada, pesada e difícil, tanto para o paciente como para a equipe e também a característica do profissional intensivista, que é considerado um profissional "empolgado" em cuidar e investir no paciente.

Por outro lado, do ponto de vista "pessoal", foi citada a descaracterização da pessoa internada nesta unidade, uma vez que o paciente fica sem família, sem roupa, sem condições de escolher sobre seu tratamento de forma plena, dependente dos cuidados do outro; Ainda, não podemos deixar de destacar outro ponto evidenciado neste estudo, que é o fato da família comumente não ser considerada como parte do cotidiano do CTI, como já ressaltado.

Como ponto de interseção, consideramos as dificuldades no processo de trabalho em equipe, que muitas vezes se dá de forma fragmentada e desarticulada entre os seus membros, e esta fragmentação tem seus efeitos na equipe tanto no trabalho que ali é desenvolvido como nas relações pessoais estabelecidas (Figura 8).



Figura 8. Características do CTI

Nesse mesmo sentido, diversos estudos anteriores descrevem as principais características de um CTI. Menezes (2000) e Lemos e Rossi (2002) citam como principais características do CTI: o lugar onde estão os doentes graves, os melhores equipamentos e a equipe mais qualificada tecnicamente. Shimizu e Ciampone (1999) apontam que o trabalho em um CTI é fonte tanto de prazer, uma vez que os profissionais parecem ter orgulho do tipo de trabalho que desenvolvem, quanto de sofrimento, pelos motivos já elencados acima. Já Klafke (1991) e Pessini (2007) também problematizam a falta estrutural de condições adequadas de assistência, bem como as dificuldades nas relações interpessoais entre os membros da equipe como fatores que cooperam para que a assistência não seja prestada de forma adequada no CTI.

Formação

Um aspecto ressaltado pelos entrevistados, que contribui para a dificuldade em lidar com a morte no CTI, do ponto de vista profissional, diz respeito à formação acadêmica destes profissionais em relação ao tema morte. Desta forma, grande parte dos sujeitos afirmam que a morte não foi abordada ou foi abordada de forma insuficiente durante a sua formação acadêmica, reforçando que também nas instituições formadoras existe uma negação da morte.

Já do ponto de vista "pessoal", alguns sujeitos relatam que é impossível se preparar na academia para lidar com a morte, mas sim ao longo do tempo de prática profissional, pela história de vida e experiências prévias de morte de pessoas próximas, bem como da forma pessoal como cada membro da equipe lida com a morte (Figura 9).

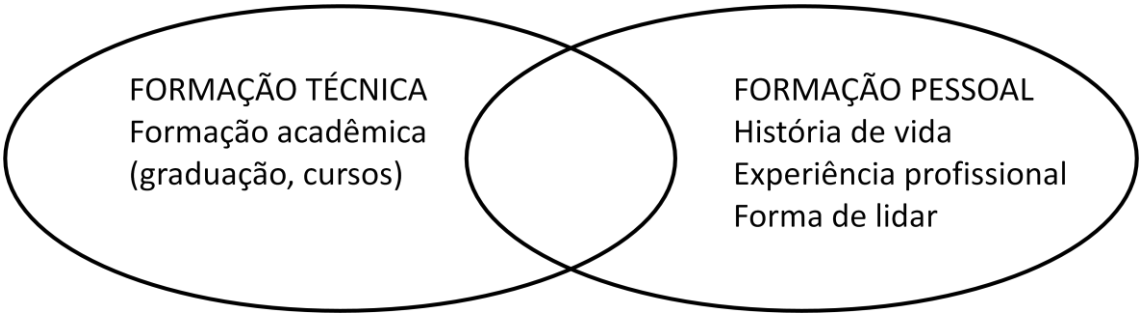


Figura 9. Formação para lidar com a morte

Vários autores apontam a formação acadêmica deficitária para lidar com a morte no cotidiano profissional, tais como Silva, Souza, Pedreira, Santos e Faustino (2013), Nascimento *et al* (2013), Combinato e Queiroz (2011), Santos e Hormanez (2013) e Schliermann (2009). Em relação à formação "pessoal" para lidar com a morte, Kubler-ross (2005) é uma autora que ressalta a importância da experiência profissional para que tal preparação aconteça. Por fim, o estudo de Cruz e Souza (2008) aponta a importância do autoconhecimento como fator que influencia da formação pessoal dos profissionais de saúde para lidar com a morte.

Considerações Teóricas

Polifasia cognitiva

Entendemos após as exposições acima, ser apropriado retomar o conceito de Moscovici (2012) de polifasia cognitiva, que diz respeito a coexistência de diversas

racionalidades, ou seja, formas distintas de pensar determinado objeto, que ocorrerem num mesmo sujeito individual. Jovchelovitch (2008) aponta que o conceito de Polifasia cognitiva, desenvolvida por Moscovici, é uma tentativa de mostrar a "heterogeneidade sócio-cognitiva" (p. 124) das representações, ou dito de outra forma, as representações são constituídas por diferentes formas de racionalidade. Estas diferentes formas de pensar coexistem em um mesmo indivíduo e contexto. Assim, Jovchelovitch (2008) conceitua a polifasia cognitiva como "um estado em que diferentes tipos de saber, possuindo diferentes racionalidades, vivem lado a lado no mesmo indivíduo ou coletivo" (p. 125).

Ainda segundo Jovchelovitch (2008), estas diferentes formas de pensamento têm a função de responder a objetivos diversos. Existem, portanto, diferentes racionalidades para atender às diversas exigências do meio psicossocial.

Na presente pesquisa, os sujeitos entrevistados apontaram claramente as diferentes racionalidades que constituem as duas concepções de morte, uma do ponto de vista profissional que diz respeito, como visto, a ausência dos sinais vitais e morte encefálica, conceitos baseados na ciência para definir morte, e outra pessoal, baseada em crenças e experiências pessoais.

Segundo Moscovici (2012), na polifasia cognitiva, o sujeito lançaria mão de um ou outro saber, conforme as circunstâncias e os interesses. Podemos afirmar que a morte, do ponto de vista profissional, responde aos interesses e exigências de assistência ao corpo gravemente doente no CTI. A partir desta concepção, de morte, os sujeitos pesquisados se organizam para pensar, sentir e atuar claramente do ponto de vista assistencial, de cuidados com o corpo. Já a morte, do ponto de vista pessoal, ocorre devido à exigência que as equipes têm em lidar com este objeto que também diz respeito a elas mesmas.

Assim, ao lidar com a morte, os sujeitos que trabalham no CTI não o fazem apenas do ponto de vista profissional. As mortes que ocorrem no CTI remetem à própria finitude e à de pessoas próximas. Desta forma, apenas o conceito científico da morte, apesar de ser essencial à proposta de assistência de um CTI, torna-se insuficiente, por este objeto despertar nos sujeitos que ali atuam identificações com as situações vivenciadas. Nota-se ainda que estes dois pontos de vista relacionados à morte são uma especificidade do ambiente estudado, o CTI. Desta forma, a concepção da morte do ponto de vista profissional acontece em um contexto restrito. Em outros ambientes, como no cotidiano fora do hospital, as pessoas que não trabalham ou cuidam de pessoas gravemente enfermas concebem a morte apenas no ponto de vista pessoal, ocorrendo, assim, em um contexto amplo. Como visto, no CTI, estas duas concepções coexistem e permeiam as práticas e sentimentos relacionados à morte.

Objetivação/ ancoragem

Moscovici (2012) cita os dois processos a partir dos quais uma representação social é elaborada: a objetivação e a ancoragem. Na ancoragem, o objeto social é colocado numa escala de preferências sociais já existentes. Neste processo há uma integração do objeto a uma rede de significações e conexões existentes no meio social. Moscovici (2005) afirma que a ancoragem busca categorizar ideias estranhas em um contexto familiar. Na ancoragem, há a transformação de algo que é percebido como estranho e ameaçador em um sistema de categorias conhecidas. De forma mais específica, segundo Moscovici (2005), "ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa" (p. 61). Na presente pesquisa, diante de tudo que foi exposto até agora, entendemos que a morte, do ponto de vista profissional, é vista como o fim. Já a morte do ponto de vista pessoal é entendida como uma passagem.

Para que a objetivação aconteça, são necessárias duas operações: naturalizar e classificar. Neste processo há uma passagem de idéias e conceitos para uma imagem concreta. Assim, segundo Moscovici (2012), "a objetivação contribui para edificar o núcleo imageante da representação e, ao mesmo tempo, o que chamamos de realidade social" (p. 260). A objetivação transforma o abstrato em algo que já existe no mundo físico. Assim, algo que antes era do imaginário é visto como algo agora tangível. Desta forma, a objetivação faz com que o não familiar apareça de forma acessível. Assim, "objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem" (p. 71-72). Diante do exposto, concluímos que nesta pesquisa, na objetivação, do ponto de vista profissional, a imagem da morte é "o inimigo a ser vencido", e do ponto de vista pessoal, a morte é objetivada como "a vida em outro lugar".

Universo consensual e universo reificado

Segundo Moscovici (2005), no universo consensual, "a sociedade é uma criação visível, contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo uma voz humana, de acordo com a existência humana e agindo tanto como reagindo, com um ser humano"(p. 49-50). Ou seja, o ser humano, no universo consensual, é considerado a medida de todas as coisas. A sociedade aqui é vista como um grupo de pessoas livres e iguais e todos podem falar pelo grupo. No universo consensual, os objetos e acontecimentos são acessíveis aos indivíduos.

Já no universo reificado, também segundo Moscovici (2005), "a sociedade é transformada em um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade" (p. 50). Aqui, a sociedade é tida como um sistema no qual os papéis e classes são desiguais. Os objetos e acontecimentos ocorrem de forma imparcial e independente do desejo e da consciência dos indivíduos.

Moscovici (2005) aponta que as ciências fornecem a compreensão do universo reificado e as representações sociais do universo consensual. As representações sociais têm como objetivo tornar algo não familiar em familiar. Como consequência disto, no universo consensual ,os indivíduos devem se sentir a salvo de qualquer risco.

Percebemos, na presente pesquisa, que no, CTI, existe o que Moscovici (2005) nomeou como universo reificado, que pode ser entendido naquele contexto como a tendência à "tecnicizar" a morte, por meio dos recursos da ciência no cuidado com o paciente crítico que está morrendo. Nesse sentido, há um objetivo concreto, como visto, de combater, evitar, retardar, impedir a morte. Busca-se, portanto, o domínio da morte.

Já no universo consensual, a forma de pensar e lidar com a morte no ambiente de trabalho tem grande influência das vivências, crenças e percepções pessoais dos sujeitos entrevistados. Neste sentido, o objetivo aqui é a busca pela compreensão do objeto morte, do ponto de vista espiritual e subjetivo. Desta forma, ocorre aqui a apropriação e transformação do conhecimento técnico-científico pelo senso comum. Importante ressaltar que há uma coexistência entre o universo reificado e o universo consensual (Oliveira, 2011).

8) CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se, conforme exposto acima, que não é possível, como se pretende alguns ensinamentos no campo da ciência da saúde, que seja desvencilhado, em alguns contextos, o saber científico, que se pretende neutro, das experiências e sensações pessoais que estes sujeitos vivenciam. Assim, o cotidiano profissional influencia ~~e~~ é influenciado pelos outros cotidianos dos profissionais de saúde entrevistados. Os sujeitos entrevistados relatam, por exemplo, uma mudança na forma de ver a vida após iniciar o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva, como a revalorização da vida, buscando aproveitá-la mais, não reclamar tanto das coisas, além de ficar mais solidário com as pessoas. Além disso, é recorrente a lembrança, pelos profissionais, de situações consideradas por eles como dramáticas no exercício da sua profissão, em outros momentos da sua vida fora do local de trabalho.

Outro aspecto que merece destaque são os processos comunicacionais. Os profissionais entrevistados, principalmente os médicos, que são os que comumente transmitem a notícia de piora clínica ao paciente e ao familiar, relatam grande dificuldade em transmitir esta notícia. Para lidar com esta dificuldade, eles relatam que tentam ficar atentos à forma como a má notícia será transmitida, bem como uma preocupação de ser entendido pelo familiar do paciente. Além disso, os sujeitos entrevistados afirmam a importância de oferecer um cuidado e atenção especial ao doente, ressaltando a importância do respeito e da oferta de uma escuta cuidadosa.

Por fim, percebe-se a importância da realização de pesquisas sobre a forma como a morte é concebida, e como esta concepção influencia do cotidiano dos atores que foram designados a cuidar dela atualmente, os profissionais de saúde. Pesquisas relacionadas a este tema podem contribuir para que haja um rompimento do silêncio que existe

contemporaneamente sobre a morte, possibilitando também a proposição de ações que visem melhores condições objetivas e subjetivas de trabalho para esses profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, S. B. C. , & Minayo, M. C. S. (2013). Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2747-2756.

Alcântara, L. da S., Sant'Anna, J. L., & Souza, M. da G. N. de. (2013). Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 18 (9), 2507-2514.

Ariès, P. (1982). *O homem diante da morte.* (v.II). (trad. Luiza Ribeiro). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Ariès, P. (2003). *História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias.* (trad. Priscila Viana de Siqueira). Rio de Janeiro: Ediouro.

Barbosa, L. N. F.; Francisco, A. L. & Efken, K. H. (2008, Julho). Morte e vida: a dialética humana. *Revista Aletheia*, 28, 32-44.

Bardin, L. (1977). Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70.

Barros, A de J. P. e & Lehfeld, N. A. de S. (1996). *Projeto de pesquisa: proposta metodológicas*. Petrópolis: Vozes.

Bastos, M. A. R. (2001). O processo de socialização dos enfermeiros em um centro de tratamento intensivo. *Revista da Escola de Enfermagem*, 35(3), 291-299.

Biaggi, T. M. (2001). *A relação médico-família em unidade de terapia intensiva*: um estudo sobre as percepções do médico intensivista. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Biaggi, T. M. (2002). *A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva: adultos*. Nêmeton - Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde, São Paulo, 1.1-1.13. Recuperado em 09 de novembro de 2012, de http://www.alapsa.org/v2/web/spip.php?article14&lang=es

Biondo, C. A. ; Silva, M. J. P. da & Secco, L. M. D. (2009). Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem,* 17(5), 8-15. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

Bisogno (2008). *Representação social da ortotanasia: significados atribuidos por enfermeiros e médicos na unidade de terapia intensiva.* Dissertação de mestrado, UFSM, Santa Maria.

Blank, R. J. (2000). *Escatologia da pessoa: vida, morte e ressurreição.* (Escatologia I). (2ª ed.). São Paulo: Paulus.

Borges, M. da S., & Mendes, N. (2012, mar-abr). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Bras Enferm. 65(2), 324-331.*

Bousso, R. S. & Poles, K. (2009). Comunicação e relacionamento colaborativo entre profissional, paciente e família: abordagem no contexto da tanatologia. Em: Santos, F. S. (ed.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer.*(pp. 193-208). São Paulo: Ateneu.

Brêtas, J. R. da; Oliveira, J. R. de & Yamaguti, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 477-483.

Cassorla, R.M.S. (1991). *Da morte*: *estudos brasileiros*. São Paulo: Papirus.

Cruz E. J. E. R.& Souza, N. V. D. O. (2008). Repercussões da variabilidade na saúde do enfermeiro intensivista. *Revista Eletrônica de Enfermagem,* 10(4), 1102-1113.

Coelho, F. J. F. & Falcão, E. B. M. (2006). Ensino científico e representações sociais da morte humana. *Revista Iberoamericana de Educación*. Madrid, 39 (3), 1-14.

Combinato, D. S. (2005). Concepção de morte e atuação de profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva: implicações educacionais. Dissertação de Mestrado, UNICAMP, Campinas.

Combinato, D. S. & Queiroz, M. de S. (2011). Um estudo sobre a morte: uma analise a partir do metodo explicativo de Vigotski. *Revista Ciencia & Saude Coletiva*, 16(9), 3893-3900.

Dezorzi, L. W. & Crossetti, M. G. O. (2008). A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Revista Latino-americana de enfermagem*. 12(2), 1.1-1.7. Recuperado em 09 de novembro de 2012, de www.eerp.usp.br/rlae.

Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos: seguido de "envelhecer e morrer"*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Freire, M. C. B. (2006). *O som do silêncio: isolamento e sociabilidade no trabalho de luto.* Natal: EduFRN.

Freitas, E. E. & Schramm, F. R. (2009). A moralidade da alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(4), 432-436

Guerra, D. R. (2005). As representações sociais da morte e do processo de morrer para profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva. Dissertação de Mestrado, UFRN, Natal.

Hemmi, A.P.A. (2008). *Representações sociais de usuários sobre o Programa Saúde da Família*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2577-2588.

Herzlich, C. (2005). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Revista de Saúde Coletiva,*15(suplemento:, 57-70.

Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet. *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: UERJ.

Jovchelovitch, S. (2008). *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura.* Petrópolis: Vozes.

Kappaun, N. R. C., & Gómez, C. M. (2013). O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2549-2557.

Klafke, T. E. (1991). O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. Em: Cassorla, R. M. S. *Da morte: estudos brasileiros.* (pp. 25-49). Campinas: Papirus.

Koury, M. G. (2003). *Sociologia da emoção: O Brasil urbano sob a ótica do luto.* Petrópolis: Vozes.

Kovács, M. J. (1991). Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. Em: Cassorla, R. M. S. *Da morte: estudos brasileiros.* (pp. 79-103)

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

Kubler-Ross, E. (2005). *Sobre a morte e o morrer.* São Paulo: Martins Fontes.

Lemos, R.C.A. & Rossi L.A. (2002). O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(3), 345-357.

Maranhão, J.L. de S. (2010). *O que é morte.* (4a. reimp. Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense.

Matuiti, M. R. & Galdeano, L. E. (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 37-43.

Menezes, R. A. (2000). Difíceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 10(2), 27-49.

Menezes, R. A. (2001). Etinografia do ensino médico em um CTI. Em: *Comunicação, Saúde e Educação*, 5(9), 117-130.

Menezes, R. A. (2004). *Em busca da boa morte*: *Antropologia dos cuidados paliativos.* Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz.

Menezes, R. A. (2006). *Difíceis decisões: etnografia de um centro de tratamento intensivo.* (Coleção antropologia e saúde). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Menezes, R. A & Barbosa, P. de C. (2013). A construção da "boa morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Revista Saúde Coletiva*, 18(9), 2653-2662.

Moscovici, S. (2005). Representações sociais: investigações em psicologia social (3a ed). Petrópolis: Vozes.

Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público.* Petrópolis: Vozes.

Nascimento, A. M. do & Roazzi, A. (2007). A estrutura da representação social da morte na interface com as religiosidades em equipes multiprofissionais de saúde. Em: *Psicologia: reflexão e crítica.* 20(3), 435-443.

Nascimento, A. M. do & Roazzi, A. (2008). Polifasia cognitiva e a estrutura icônica da representação social da morte. *Revista Psicologia, Reflexão e Crítica,* 21(3), 499-508.

Nascimento, D. M. *et al* (2013). Experiência em cuidados paliativos à criança portadora de leucemia: a visão dos profissionais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2721-2728.

Neves, S. M. R. das (2010). O rosto social da morte: as representações sociais da morte no doente paliativo. Dissertação de mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa.

Oliveira, D. C. de (2011). A teoria das representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. Em: Almeida, A. M. O.; Santos, M. F. S.& Trindade, Z. A. (org). *Teoria das representações sociais: 50 anos.* (pp. 585-624). Brasília: Tchnopolitik.

Oliveira, P.P; Amaral, J. G. ; Viegas, S. M. da F. & Rodrigues, A. B. (2013). Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2635-2644.

Oliveira, F.O.& Werba, G.C. (2005). Representações sociais. Em: F.O. Oliveira & G.C. Werba. *Psicologia Social Contemporânea* (9a ed, pp. 104-117). Petrópolis: Vozes.

Oliveira, M. F. & Callia, M.H.P. (2005). *Reflexões sobre a morte no Brasil.* São Paulo: Paulus.

Oliveira, P. P., Amaral, J. G., Viegas, S. M. da F., & Rodrigues, A. B. (2013). Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2635-2644.

Orlando, J. M. da C. (2001). *UTI: muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo.* São Paulo: Atheneu.

Pessini, L. (2007). *Distanásia: até quando prolongar a vida?* (2ª ed). São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola.

Rodrigues, J. C. (2011). *Tabu da morte.* (coleção Antropologia e Saúde). (2ª ed. 1ª reimpr.). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.* Rio de Janeiro: Eduerj.

Santos, M. A., Aoki, F. C. de O. S, & Oliveira-Cardoso, E. A. de. (2013). Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2625-2634.

Santos, M.A., & Hormanez, M. (2013). Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2757-2768.

Santos, L. R. G, Menezes, M. P., & Gradvohl, S. M. O. (2013). Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. *Revista Ciência & Saúde Coletiva, 18(9), 2645-2651.*

Schliemann, A. L. (2009). Aprendendo a lidar com a morte no ofício do profissional de saúde. Em: Santos, F. S. (Org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer.* (pp. 31-44). São Paulo: Ateneu.

Schmitt, J. (2010). *Mortes vitorianas: corpos, luto e vestuário.* São Paulo: Alameda.

Sebastiani, R. W. (1992). Atendimento psicológico Centro de Terapia Intensiva. *Revista de Psicologia Hospitalar do HC,* 2(1), 10-16.

Silva, C. F. da, Souza, D. M., Pedreira, L. C., Santos, M. R. dos & Faustino, T. N. (2013). Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2597-2604.

Silva, K. C. O., Quintana, A., & Nietsche, E. A. (2012, out-dez). Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. *Revista Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 16(4), 697-703.

Shimizu, H. E. & Ciampone, M. H. T. (1999). Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33, 95-106.

Shimizu, H. E. & Ciampone, M. H. T. (2002). As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola. *Revista da Escola de Enfermagem*, 36(2), 148-155.

Souza, D. M., Soares, E.O., Costa, K. M. S., Pacífico, A. L. de C. & Parente, A. da C. M. (2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, 18(1), 41-47.

Staniscia, A. C. M., Pereira, L., Guimarães, C. P. A., Mekler, P. L., & Rezende, F. (2011, Jan/Jun). Dificuldades emocionais vivenciadas pelos médicos intensivistas da unidade de terapia - adulto de um hospital geral privado. *Revista SBPH*, 14(1), 41-73.

Teixeira, P. F. (2006). Diante da morte: representações sociais da morte para enfermeiros. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa. 204 p.

Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. Em J. Vala. & M. B. Monteiro (ed). *Psicologia Social*. (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Uchoa, S. A. da C. & Camargo, K. R. J. de (2010). Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2241-2249.

Urizzi, F. *et al* (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 370-375.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: As representações sociais da morte e do morrer para a equipe de saúde do Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital público

Pesquisadora: Mestranda Carla Vieira Gomes Chaves Tel.: (31-91515747)

Orientador: Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento.

Instituição responsável: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Contatos:

1)Carla Vieira Gomes Chaves/ Av. Antônio Carlos, 6627 – FAFICH, sala 4070 - Campus Pampulha – Belo Horizonte, MG - CEP: 31270-901

2) Comitê de Ética em Pesquisa (COEP)/ Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – tel: 3409-4592.Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

Prezado (a) Senhor(a),

A pesquisa em questão tem por objetivo investigar as representações sociais da morte e do morrer para a equipe de saúde do CTI Adulto. Estas informações podem ser importantes para futuros projetos de pesquisa, criação de políticas públicas e intervenção psicossocial relativos à equipe de saúde. Nesse sentido, gostaríamos de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa através da realização de uma entrevista a partir de uma relação de perguntas (entrevista semi-estruturada), oportunidade em que conversaremos sobre temas relacionados à morte e o morrer. O tempo médio de duração da entrevista está previsto para 40 minutos e será gravada. A presente pesquisa oferece riscos mínimos aos sujeitos participantes, relacionados, no máximo, à possibilidade de suscitarem sentimentos advindos da sua experiência com a perda de pessoas próximas ou em sua prática profissional. Caso haja necessidade, os pesquisadores envolvidos poderão prestar suporte psicológico aos participantes da pesquisa. O(a) senhor(a) tem a liberdade sem restrições de se recusar a participar, ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que disso resultem quaisquer tipos de conseqüências. Estão-lhe garantidos também o anonimato e o sigilo das informações. As informações obtidas nessa entrevista serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa e elaboração de projetos de intervenção psicossocial vinculados ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Todas as informações resultantes da entrevista (gravações, formulários e transcrições) ficarão armazenadas no referido Departamento por um período mínimo de 02 anos, sob inteira responsabilidade do professor orientador e da pesquisadora desse estudo (Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento e Carla Vieira Gomes Chaves). Informamos também que a sua participação, caso concorde com ela, tem caráter voluntário e não resultará em qualquer tipo de remuneração ou custos com esta entrevista.

Eu, _____ (nome do participante), RG nº _____, Órgão Emissor _____, declaro ter COMPREENDIDO as informações prestadas neste Termo, DECIDO participar da entrevista proposta e AUTORIZO a utilização das informações dela decorrentes no Projeto de Pesquisa intitulado "As representações sociais da morte e do morrer para a equipe de saúde do Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital público".

Estando de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento em 2 (duas) vias.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2013.

_____ Participante

_____ Pesquisador responsável

_____

Pesquisadora auxiliar

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista

ROTEIRO DA ENTREVISTA

A) SEXO

B) IDADE

C) ESTADO CIVIL

D) FILHOS (QUANTIDADE E IDADE)

E) RELIGIÃO

F) PROFISSÃO

G) ESCOLARIDADE

H) TEMPO DE FORMADO

I) TEMPO DE ATUAÇÃO EM CTI

J) TEMPO DE ATUAÇÃO NO CTI DO HOSPITAL EM QUE A PESQUISA SE REALIZARÁ

K) CARGA HORARIA DIÁRIA NO CTI.

L) EXISTEM SITUAÇÕES QUE VOCÊ CONSIDERA DÍFICIL DE VIVENCIAR EM SUA ATUAÇÃO COM O PACIENTE? QUAIS?

M) EXISTEM SITUAÇÕES QUE VOCÊ CONSIDERA DIFÍCIL DE VIVENCIAR COM OS FAMILIARES DOS PACIENTES? QUAIS?

N) O QUE SIGNIFICA A MORTE PARA VOCÊ?

O) COMO VOCÊ SE SENTE EM RELAÇÃO AO PACIENTE QUE ESTÁ EM PROCESSO DE MORTE? E EM RELAÇÃO AOS FAMILIARES DESTE?

P) VOCÊ ACHA QUE O SEU COTIDIANO PROFISSIONAL INFLUENCIA NO SEU COTIDIANO NÃO PROFISSIONAL? COMO?

Q) EM QUAIS ASPECTOS VOCÊ ACHA QUE A SUA FORMAÇÃO ACADÊMICA CONTEMPLOU ADEQUADAMENTE QUESTÕES RELACIONADAS À MORTE E AO MORRER NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL?

R) COMO VOCÊ LIDA COM A MORTE DE UM PACIENT E QUE ESTÁ SOB OS SEUS CUIDADOS

ANEXOS

ANEXO A- Parecer do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais autorizando a presente pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As representações sociais da morte e do morrer para a equipe de saúde do Centro deTerapia Intensiva de um hospital público.

Pesquisador: Adriano Roberto Afonso do Nascimento

Área Temática:

Versão: 2

CAEE: 12706213.1.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA ((UFMG))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 264.771

Data da Relatoria: 17/05/2013

Apresentação do Projeto:

Essa pesquisa visa explorar a representação social da morte e do processo de morrer para a equipe de saúde de um hospital público municipal de Belo Horizonte. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais envolvidos com o atendimento no CTI.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 264.771

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as representações sociais da morte e do morrer para a equipe de saúde do Centro de Terapia IntensivaCTI) Adulto do Hospital municipal Odilon Behrens. Especificamente é proposto: 1- Identificar as concepções da morte e do morrer para a equipe de saúde no contexto do CTI; 2- Identificar e descrever como os profissionais de saúde avaliam sua atuação profissional em relação à morte no CTI; 3- Identificar, descrever e analisar como os profissionais do CTI lidam com pacientes e familiares de pacientes em processo de morte; 4- Identificar, descrever e compreender as influências de outras esferas da vida cotidiana dos profissionais de saúde em relação à sua prática com pacientes em processo de morte; 5- Identificar e descrever quais são os possíveis impactos da atuação profissional com pacientes em processo de morte nas outras esferas da vida cotidiana da equipe de saúde do CTI; 6- Identificar e descrever as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para lidarem com as situações de morte no CTI.

O instrumento de coleta desta pesquisa será a Entrevista, com roteiro semi- estruturado. Os sujeitos entrevistados serão todos servidores públicos, admitidos por meio de concurso público. Serão realizadas vinte entrevistas, com os seguintes profissionais: cinco técnicos de enfermagem, cinco enfermeiros, cinco médicos, dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, um nutricionista e um psicólogo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa oferece riscos mínimos aos sujeitos participantes, relacionados, no máximo, à possibilidade de suscitarem sentimentos advindos da sua experiência com a perda de pessoas próximas ou em sua prática profissional. Caso haja necessidade, os pesquisadores envolvidos poderão prestar suporte psicológico aos participantes da pesquisa. Como benefícios, espera-se que o conhecimento das representações sociais das equipes de saúde em relação à morte e ao morrer torne-se relevante para a prevenção de agravos psíquicos e somáticos advindos da natureza da sua rotina profissional, tendo também como foco uma melhor qualidade de assistência ao paciente e familiar de paciente em processo de morte.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Continuação do Parecer: 264.771

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, bem estruturada, com resultados que poderão contribuir diretamente para o serviço. TCLE bem redigido correções realizadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes folha de rosto, parecer consubstanciado e aprovado pela Câmara Departamental, autorização do gerente responsável pelo CTI Hospitalar, roteiro de entrevistas, TCLE, protocolo de pesquisa, termo de compromisso dos pesquisadores.

Recomendações:

Solicitada emenda em 02 de maio de 2013 adicionado o hospital Odilon Behrens como instituição co- participante lugar onde a pesquisa será realizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação da emenda inserção da hospital Odilon Behrens como instituição co-participante no projeto "As representações sociais da morte e do morrer para a equipe de saúde do Centro de Terapia Intensiva de um hospital público." do pesquisador Adriano Roberto Afonso do Nascimento.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovada a emenda conforme parecer.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Continuação do Parecer: 264.771

BELO HORIZONTE, 25 de Abril de 2013

Assinador por:
Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B- Parecer do comitê de ética em pesquisa do Hospital Odilon Behrens

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS-MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As representações sociais da morte e do morrer para a equipe de saúde do Centro de Terapia Intensiva de um hospital público.

Pesquisador: Adriano Roberto Afonso do Nascimento

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 12706213.6.3001.5129

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 625.375

Data da Relatoria: 13/06/2013

Apresentação do Projeto:

Essa pesquisa visa explorar a representação social da morte e do processo de morrer para a equipe de saúde de um hospital público municipal. A amostra da pesquisa é de 20 profissionais de saúde, integrantes da equipe multiprofissional, a saber: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionista, psicólogo e fonoaudiólogo.O instrumento de cotela de dados será a entrevista, com roteiro semiestruturado, no qual serão contempladas dentre outras, perguntas para a equipe de saúde relacionadas aos sentimentos frente à morte do paciente, o significado da morte, e se a sua formação acadêmica contemplou aspectos relacionados à como lidar com pacientes e familiares de pacientes em processo de morte.A coleta de dados deverá ter a duração de 3 meses (01/2013 a 03/2013) e a análise e tratamento dos dados em oito meses (04/2013 a 11/2013). Para essa análise será utilizada a análise de conteúdo, tendo como teoria para esta análise a teoria das representações sociais.

Endereço: Rua Formiga 50 Sala 108
Bairro: São Cristóvão **CEP:** 31.110-430
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 3277-6120 **E-mail:** cephob@gmail.com

Objetivo da Pesquisa:

Buscara investigar e analisar como os profissionais avaliam sua atuação profissional em relação à morte e com pacientes e familiares de pacientes em processo de morte, quais as influencias de outras esferas da vida cotidiana destes profissionais em relação a esta atuação, bem como identificar quais as estratégias utilizadas para estes lidarem com as situações de morte e morrer no CTI. Assim, o conhecimento das representações sociais das equipes de saúde em relação à morte e ao morrer torna-se relevante para a prevenção de agravos psíquicos e somáticos advindos da natureza da sua rotina profissional, tendo também como foco uma melhor qualidade de assistência ao paciente e familiar de paciente em processo de morte

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente pesquisa oferece riscos mínimos aos sujeitos participantes, relacionados, no máximo, à possibilidade de suscitarem sentimentos advindos da sua experiência com a perda de pessoas próximas ou em sua prática profissional. Caso haja necessidade, os pesquisadores envolvidos poderão prestar suporte psicológico aos participantes da pesquisa. Está garantida ao participante da pesquisa a liberdade sem restrições de se recusar a participar, ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que disso resultem quaisquer tipos de conseqüências. Estão lhe garantidos também o anonimato e o sigilo das informações.

Benefícios:

Estas informações podem ser importantes para futuros projetos de pesquisa, criação de políticas públicas e intervenção psicossocial relativos à equipe de saúde do CTI. Além disso, os participantes terão oportunidade de refletirem em suas práticas assistenciais ao moribundo e seus familiares, os sentimentos e representações que eles tem sobre a morte de uma forma geral e como seu cotidiano profissional influencia no cotidiano não profissional.

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS-MG

Continuação do Parecer: 625.375

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Boa relevância

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Contém todos os termos necessarios á aprovação

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

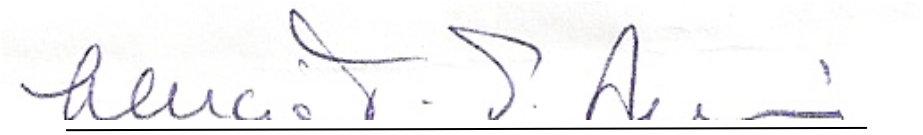
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELO HORIZONTE, 25 de Abril de 2014



Assinado por:

Lúcia de Fátima Pais de Amorim

(Coordenador)

Endereço: Rua Formiga 50 Sala 108
Bairro: São Cristóvão **CEP:** 31.110-430
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31) 3277-6120 **E-mail:** cephob@gmail.com