



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Angústia de morte sentida pelos profissionais de saúde, face aos  
doentes em fase terminal

PATRÍCIA MARIA REDONDO DA SILVA ROCHA

DISSERTAÇÃO ORIENTADA POR – PROF.<sup>a</sup> DOUTORA TERESA SANTOS NEVES

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia Aplicada**

Especialidade em Psicologia Clínica

*“ A vida no hospital oncológico é uma vida de combate, em que saímos, todos os dias, derrotados. A mais vergonhosa e dolorosa das derrotas, que é não conseguir cumprir a promessa nunca formulada, mas sempre implícita, de transportar para margem segura, quem em nós confiou e depositou esperança”*

*(Lobo Antunes in Varella, 2006:12).*

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação de Prof. Doutora Teresa Santos Neves, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 23 de Março, 2007

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas, que de forma directa ou indirecta, fizeram parte deste meu projecto.

Inicio agradecendo à Dr.<sup>a</sup> Teresa Neves, minha orientadora, pela disponibilidade e colaboração na elaboração deste trabalho.

Os meus sinceros agradecimentos à Dr.<sup>a</sup> Cristina Catana, Psicóloga Clínica do Hospital Garcia da Orta, pela forma como sempre me recebeu, bem como a toda a Unidade da Dor do Hospital Garcia da Orta, pelo facto de terem aceite participar neste projecto, e expor um pouco das suas experiências pessoais.

Agradeço também à minha família e aos meus amigos pela motivação, apoio, escuta e paciência em momentos de grande ansiedade.

Um especial obrigado, à minha irmã Margarida, pelo seu apoio e disposição para ler e reler varias vezes o texto, trazendo sempre boas sugestões.

Agradeço também ao meu pai pela motivação e força que sempre procurou dar.

Agradeço, sobretudo ao meu marido Carlos pela presença constante e pela força positiva e incondicional, que sempre me deu ao longo desta caminhada.

Obrigado aos três pela compreensão e por terem partilhado comigo angustias e alegrias.

Por fim agradeço tudo o que me ensinou, a alguém muito especial, a minha mãe Teresa a quem eu dedico este trabalho e de quem eu tenho muitas saudades.

## RESUMO

O presente trabalho aborda as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde perante os doentes em fase terminal. É importante percebermos como é que os profissionais de saúde se preparam psicologicamente para tratar dos pacientes com o profissionalismo que lhes é pedido. O trabalho recai, na tentativa de verificar, a forma como conseguem “escapar” a esta ligação directa com a morte.

Participaram neste estudo do tipo exploratório, 4 enfermeiras e 1 médica da Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta, que através de entrevistas semi-directivas, descreviam as suas experiências. Abordámos o percurso profissional, as dificuldades no dia-a-dia, as situações mais gratificantes, a função da equipa e o processo de luto. Nos resultados obtidos, utilizámos como método a análise de conteúdo.

Os resultados destacaram a identificação, como a maior dificuldade, lembrando desta forma que os profissionais de saúde, também sofrem com a perda dos doentes, como se de alguém próximo se tratasse, complicando a relação profissional e levando a que normalmente se usem mecanismos do evitamento.

Concluimos que é indispensável o apoio da equipa multidisciplinar, de forma a acolher todos os acontecimentos que provocam desconforto e angústia em relação à morte, por mais mecanismos utilizados é impossível dissociar a relação profissional da pessoal.

Palavras-chave – unidade da dor, doente em fase terminal, morte, luto, angústia de morte.

## ABSTRACT

This essay's goal is to approach the difficulties felt by the health professionals towards patients in the terminal phase. The psychological state of those professionals is described as an emotional burst, in which fear and mostly fear of one's death is enhanced. It's important to understand how health professionals prepare themselves internally, so they can treat patients with the required professionalism. This close relationship between patients and caretakers represents a complex phenomenon, which leads to the exchange of values, beliefs, perceptions, emotions and feelings. This essay regards mostly the way as professionals manage to escape this direct connection to death.

The sample was composed by four participants, three nurses and a doctor, from the Unity of Pain of the Garcia de Orta Hospital, whose semi-structured interviews described their experiences, both personal and professional, and mentioned the toughest ones and the way to get over them.

The analysis of results revealed that health professionals are also human beings, and therefore suffer from patients' loss, as if they were very close, such as a relative. They also have their own mourning and anguish. Sometimes, the identification with the patient leads to moments of omnipotence and frustration. One of the most popular methods used by the participants was avoidness (what the eye doesn't see, the heart does not grieve over); it's easier to stay away from patients, so on their last hour, suffering can be smaller. To cope with all these experiences, some more painful than others, they can lean on the unconditional support from their multidisciplinary team, which represents the place to love, to shout, to feel and grieve. If such a structure didn't exist, to shelter the events that cause discomfort, none of this could be possible, once this discomfort or anguish is, above all, the anguish of one's own death, and the one of caretakers and watchers.

Freud says that "adapting to the ultimate trauma death represents, increases the taste for life".

Key-words – oneness of pain, patient in the terminal phase, death, mourning, anguish.

## INDICE

I. Introdução.....	1
1.1. Breve Perspectiva Histórica sobre a Unidade da Dor.....	3
1.2. Definições de Conceitos (Cuidados Paliativos, Doente Terminal, Morte e Luto.....	8
1.3. Angústia de morte sentida pelos profissionais de saúde, que trabalham na Unidade da Dor.....	14
II. Método.....	30
2.1. Participantes.....	30
2.2. Instrumentos.....	30
2.3. Procedimento.....	36
III. Apresentação e Análise dos Resultados.....	37
IV. Discussão dos Resultados.....	48
V. Conclusão.....	50
VI. Referências.....	53
VII. Anexos.....	56
7.1. Anexo A	
7.2. Anexo B	
7.3. Anexo C	
7.4. Anexo D	
7.5. Anexo E	
7.6. Anexo F	

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o propósito de abordar as angústias de morte, sentidas pelos profissionais de saúde face às situações de perda, compreender a forma segundo a qual se elaboram internamente, no sentido de colocar de lado os afectos, e retomar de imediato as suas actividades técnicas.

Como objectivo propusemo-nos investigar quais os mecanismos utilizados pelos profissionais de saúde, para lidar com a angustia de morte, relativamente aos pacientes terminais.

A relação profissional/paciente é, na verdade, a interacção entre dois seres humanos, na qual estão envolvidas, duas personalidades distintas, de modo que tudo o que pode ser observado no processo de relacionamento entre ambos e particularmente os mecanismos de defesa dos profissionais de saúde, pode e deve ser objecto de estudo.

Segundo Prado, Ramos e Valle “ a relação médico/paciente é interacção humana na qual estão em jogo emoções, sentimentos e fantasias de natureza bastante primitivas e portanto muito intensas”. (2005, p.72)

Os, profissionais de saúde, quando confrontados com situações emocionalmente mais desgastantes, por exemplo quando o doente os aborda sobre o seu diagnóstico ou prognóstico de doença, a tendência é adoptar, na maioria das vezes inconscientemente, mecanismos de protecção e defesa, como: negação da situação, distanciamento, manutenção de relações superficiais com os doentes, instituição de rotinas e protocolos, argumentando falta de tempo e de disponibilidade para ouvir e estar junto aos doentes. Vários trabalhos constataam que a forma adoptada pelos hospitais para tratar a morte é colocá-la no lugar da exclusão, do silêncio (Milan, 1999; Quintana & Arpini, 2002; Valente & Boemer, 2000). A respeito dela nada deve ser falado, como também não devem ser demonstrados os sentimentos que a

mesma desperta na equipa. Contudo observa-se que a morte (bem como o paciente que ela se aproxima) é um assunto que não deixa de inquietar, e provocar angústias, detendo a preocupação do ser humano

A dor, o terror, a obsessão da morte têm um denominador comum, a perda da individualidade, o aniquilamento do ser. A ideia da morte não é nada mais, nada menos do que a ideia da perda da individualidade, e o complexo da perda dessa individualidade é traumático, visto que a morte destrói a consciência do ser.

Segundo Becker na actualidade há uma pressão para se entender o dilema da finitude e o heroísmo, como sendo um reflexo do temor da morte. Isso significa que no fundo ninguém crê na sua própria morte, e o inconsciente está capacitado da sua imortalidade, isto é, conscientemente todos sabem do fim que os espera, mas para o inconsciente esse fim não existe, e não existe porque para o inconsciente não há passagem do tempo, nem referências à temporalidade.

A pulsão de morte tem uma tendência conservadora, regressiva e desintegrada que estaria à procura da restauração de um estado anterior, inanimado, de nirvana e visa conduzir o que é vivo para a morte, reenviando o indivíduo para um estado inorgânico. Esta repetição é como se fosse uma tentativa de negar a passagem do tempo.

A morte coloca o ser humano diante de um dilema: aceitá-la ou negá-la, sendo que isso vai depender da existência de cada um, de como está a viver a própria vida e do que deseja para se realizar. No hospital, deparamo-nos com um número elevado de doentes em fase terminal, sendo a problemática da morte uma constante. Pelo que e através de uma amostra por conveniência, recolhemos as entrevistas do tipo semi-directivo, na Unidade da Dor do Hospital Garcia da Orta.

Abordaremos para além das questões da dor, da angústia de morte, que estado emocional poderá atingir os profissionais de saúde, levando-os ao chamado Síndrome de Burnout. Muito da investigação que tem sido realizada sobre a relação do trabalho com a saúde e o bem-estar tem sido desenvolvida com base no conceito de *stress* no trabalho, que, de forma abrangente, se refere às experiências psicológicas de desconforto e dificuldade, envolvendo estados emocionais negativos, como a ansiedade, frustração, raiva e

desconforto, entre outros (Lazarus, 1999) que resultam do desequilíbrio ou discrepância entre níveis percebidos ou desejados de um determinado aspecto do ambiente de trabalho e os níveis percebidos (Warr, 1990).

Desta forma foram realizadas entrevistas semi-directivas, ao qual se procedemos posteriormente à devida decomposição, através da análise de conteúdo das categorias seleccionadas.

Através desta pesquisa, é possível constatar os mecanismos de defesa utilizados pelos profissionais de saúde no tratamento de doentes terminais, assim como as situações mais difíceis de suportar.

### 1.1 Breve perspectiva Histórica sobre a Unidade da Dor.

Nas Unidades de Dor encontramos um grande número de pacientes, com prognóstico grave e doença em fase avançada, sendo a problemática da morte uma constante. Na medida em que a recolha de dados incidu sobre a

Todos nós sabemos o que é a dor, mas ao tentar defini-la, muitos de nós percebemos que interiorizamos o seu significado de uma forma intuitiva. Na própria definição, formulada pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (1979), encontramos que a dor é uma experiência desagradável, descrita em termos teciduais, reais e potenciais. A dor é sempre subjectiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo através das suas experiências traumáticas.

É indiscutível a importância da dor no desenvolvimento do ser humano, sendo a sua função inicial informar sobre um perigo ou instabilidade do organismo. O problema surge quando a dor persiste após a eliminação do que a causou, não cumprindo nenhum papel à sobrevivência do indivíduo ou mesmo o seu crescimento pessoal.

Distingue-se a dor crónica e dor aguda. A dor aguda pode ser definida como um sinal de aviso essencial à sobrevivência ou ameaça à integridade, de curta duração, que permite

ao organismo mobilizar-se para responder à agressão e defender-se. O seu diagnóstico etiológico não é difícil de detectar, geralmente, desaparece após a eliminação do agente causal. Já a dor crónica, normalmente é de difícil identificação temporal e/ou causal, causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estados patológicos. Geralmente, considera-se uma evolução com mais de três a seis meses de duração, podendo manifestar-se de modo contínuo ou recorrente (Carvalho, 1999).

Hoje em dia, e para uma boa prática médica, o controle da dor deve fazer parte obrigatória dos cuidados prestados a todos os pacientes.

Actualmente, a qualidade do tratamento da dor é objecto de debate, a nível nacional e internacional, devido à pressão exercida pela opinião pública e em face da sobrecarga considerável que enfrentam os doentes e os seus familiares. Como resultado de um intenso trabalho de informação, da pressão exercida por grupos interessados e do trabalho persistente de alguns médicos e políticos, a reavaliação profunda do tratamento da dor tem vindo a tornar-se uma tarefa fulcral de uma medicina centrada no doente (P.A.I.N., 2004).

Torna-se um desafio fazer do controle da dor um dos aspectos prioritários nos cuidados oferecidos aos doentes. Uma actuação específica tanto na prevenção como no tratamento da dor, poderá evitar o sofrimento de muitos doentes, os quais por vezes desenvolvem dor crónica por falta de medidas profiláticas de baixo custo (Moreno, 2004). Os especialistas na dor crónica têm conhecimentos específicos para o tratamento da dor crónica que não consegue ser controlada por meios mais simples. Tal como noutro ramo da ciência há um estudo da sua patologia, fisiologia, farmacologia e consequências psicológicas, conseguindo-se obter melhores resultados. Se a dor se torna aparentemente intratável, o especialista tem mais probabilidade de compreender a sua causa e minimizar o impacto e a incapacidade que poderá causar. É a função da consulta da dor (Coniam & Diamond, 2001).

Os objectivos de uma Unidade da Dor passam por melhorar o funcionamento físico e a qualidade de vida do doente. Isto envolve, por um lado, melhorar o tonus muscular, a

auto-estima, a auto-eficácia e as estratégias de *coping*, e por outro, reduzir o aborrecimento, os comportamentos de dor e os ganhos secundários; diminuir a dependência dos medicamentos e dos serviços médicos, com um aumento do controle pessoal e a redução do papel de doente; aumentar o apoio social, proporcionando ao doente momentos de distração e gratificação e, também, o apoio da família, principalmente na redução dos efeitos secundários, tendo em conta um claro conhecimento das capacidades e limitações do doente.

Quando o paciente em fase terminal e com dor crónica, não melhora através da medicina tradicional, é importante que tenha ao seu dispor uma equipa multidisciplinar que possa actuar nas diferentes vertentes.

O movimento dos cuidados paliativos promove o tratamento da dor e de outros sintomas, inscrevendo-se numa perspectiva holística e beneficiando de uma forte componente profissional multidisciplinar e voluntária, que aborda as dimensões médica, psicológica, espiritual e social da doença e da morte do indivíduo

Os cuidados paliativos, estão actualmente estabelecidos nos sistemas de saúde da maior parte dos países desenvolvidos, constituindo-se como os cuidados que são prestados a pessoas que sofrem de doenças incuráveis e se encontram em estado terminal. (Parker e Aranda, 1998). A definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1990) é a seguinte: “Tratamento activo e total de doentes quando a sua doença, já não responde a tratamentos curativos, e quando o controlo da dor, de outros sintomas, ou problemas psicológicos, sociais e espirituais são proeminentes. O objectivo do tratamento paliativo é alcançar a melhor qualidade de vida possível para os doentes e a sua família”.

Os componentes deste tipo de cuidados, o pessoal médico e os modelos de prestação de serviço variam substancialmente de país para país, e mesmo dentro de uma cidade, dependendo da história local e dos recursos existentes. Contudo, há aspectos de certa forma universais, como a visão do doente como um todo (perspectiva “holística” do sujeito) e integrado na família, a atenção ao contexto social, o trabalho em equipa multidisciplinar e o destacamento de voluntários com formação.” Os serviços do hospital de retaguarda e dos cuidados paliativos, incluem o apoio ao luto e à perda de

um ente querido, direccionado para a família e pessoas chegadas, durante o tempo de vida do doentes e mesmo depois da sua morte”( Parker e Aranda, 1998).

Os cuidados paliativos influenciam de forma positiva a qualidade de vida do doente com cancro. Estudos revelam, a importância dos cuidados paliativos num hospital assim como a formação de uma equipa no sentido de responder de forma adequada às possíveis e prováveis complicações advindas dos tratamentos, é imprescindível este conhecimento para diminuir a ansiedade do doentes e assim favorecer a aderência ao tratamento, o que levará a resultados mais eficazes, caso contrário os resultados positivos serão escassos e o doente mergulha numa angústia constante (Peters & Sellick; Mako, 2006). Os cuidados paliativos focalizam-se no controlo dos sintomas físicos e sociais assim como psicológicos (Dalai, 2006). Os pacientes podem experimentar a longo e a curto prazo sequelas causadas pelo cancro relacionadas por exemplo, com o tratamento, dor, fadiga, depressão e até limitações a nível dos movimentos (Daniel Blaine, 1998).

Qualidade de vida é um termo usado com frequência quando se referência o bem-estar do paciente. É pois necessário promover urgentemente o lado afectivo, farmacológico e psicossocial nos doentes com cancro de forma a proporcionar um maior conforto ( Spiegel & Giese- Davis, 2003). Podem ser tomadas várias medidas em relação à melhoria das condições de cada doente, nomeadamente no âmbito das intervenções psicológicas onde se inclui a terapia encorajadora, terapia cognitiva, e o treino de relaxamento (Anderson, 1992; Braum & Anderson, 2001), estes ajudam a suportar os demais tratamentos aos quais os doentes com cancro são submetidos. Dor é um sintoma temido pelos pacientes com cancro e prejudica gravemente a qualidade de vida.

Para o paciente, saber que está com cancro provoca-lhe uma série de emoções e sentimentos confusos, difíceis de compreender e de aceitar.

Kübler-Ross (1998), psiquiatra suíça, realizou um importante estudo com doentes terminais e distinguiu os estágios de reacção à morte pelos quais os doentes passam a partir do momento em que tomam conhecimento do seu prognóstico. Esses estágios não se apresentam necessariamente em ordem cronológica e, frequentemente, o paciente

pode experimentar ao mesmo tempo sentimentos diversos. O primeiro estágio é de negação e isolamento. Nesse período, a reação do paciente pode ser sintetizada na seguinte frase: “Não, eu não, não pode ser verdade”.

A negação, usada por quase todas as pessoas, é um mecanismo de defesa simples, mas radical, que funciona como um “pára-choque” depois da notícia inesperada e chocante da morte iminente, possibilitando a recuperação parcial para a mobilização posterior de outros mecanismos de defesa.

A negação é a necessidade mais frequente logo após o conhecimento da doença fatal, que posteriormente vai e volta, sendo somente mais tarde substituída pelo isolamento.

O segundo estágio descrito é de revolta. Logo após a negação se esgotar, onde é impossível não ver os sinais da doença, o paciente sente uma extrema revolta e frequentemente pergunta-se “Por quê eu?”. Sente-se revoltado porque está a ponto de perder a sua vida; tem profundo ressentimento por aqueles que ficarão, por aqueles a quem ama e que irão continuar a viver mesmo depois da sua morte. Inconscientemente, têm a ilusão de que através da sua revolta, exteriorizando a sua raiva, irá fazer com que alguém se compadeça do seu estado e o livre da sua doença.

Seguidamente o paciente percebe que por mais raiva que tenha ninguém o salvará e que a sua fúria não o levará a lugar algum, atinge então o terceiro estágio, caracterizado pelo negociar/ acordo. Negociar com Deus, pedir alguma coisa e dar em troca outra, significa estabelecer um compromisso que o deixaria ligado à vida e o impediria de morrer. É uma meta, um compromisso que tem de cumprir e que, só depois de tê-lo feito, pode morrer. Após ter tentado inúmeros acordos, o paciente percebe que é impotente, que não tem força alguma perante a morte e que dela não escapará. Então, entra no quarto estágio, caracterizado pela depressão. Não pode mais negar a sua doença e a sua morte; a sua revolta, então, dá lugar a um sentimento profundo de perda. Imagina tudo aquilo que deixará de conhecer, de sentir, de viver; pensa no mundo existindo sem ele. Essa depressão geralmente é silenciosa e preparatória à perda iminente de pessoas amadas. O paciente, depois de tantos sentimentos fortes, não terá mais depressão ou revolta. Exteriorizou os seus sentimentos de inveja, de perda de lugares, de momentos e de

pessoas queridas; estará cansado e fraco. Quer ficar só, sem notícias do mundo exterior, em paz consigo mesmo, junto daqueles que ama, esperando a morte. Este é o quinto e o último estágio por que passam aqueles que estão à morte: a aceitação. O que se teme, na realidade, não é tanto a morte, mas sim o processo de morrer: a dependência, a impotência, o sofrimento, o desconhecido.

Mesmo sabendo que a morte é certa e inevitável, este saber nem sempre está presente, consciente, daí o paradoxo da morte (in) esperada.

Segundo Ballone (2005) a morte constitui o oposto da vida. Dor e medo são os sentimentos predominantes nesta relação com a morte.

Para a Psicanálise Existencial enunciada por Torres (1983): "*... o medo da morte é o medo básico e ao mesmo tempo fonte de todas as nossas realizações: tudo aquilo que fazemos é para transcender a morte...*"

Precisamos, assim, de explorar as perspectivas sobre o significado do sofrer e do morrer, a fim e desenvolver a capacidade de cuidar do paciente terminal. Abordaremos no sub capítulo a seguir, as questões da morte e do luto.

### Morte e luto

Ao pensar na morte, seja a simples ideia da própria morte ou a expectativa mais do que certa de morrer um dia, seja a ideia estimulada pela morte de um ente querido ou mesmo de alguém desconhecido, o ser humano maduro normalmente é tomado por sentimentos e reflexões, desde tristeza, saudade, e sobretudo reflexão sobre a própria morte, sobre o momento de cada um de nós.

As pessoas que se deleitam em dizer que não pensam na morte, normalmente têm uma relação mais sofrível ainda com esse assunto, tão sofrível que nem se permitem pensar a respeito. A isto chamamos de negação, estrutura habitualmente usada de forma a encarar as questões da morte, conforme explicarei mais à frente.

Esses pensamentos, ou melhor, os sentimentos determinados por esses pensamentos variam muito entre as diferentes pessoas, também variam muito entre diferentes momentos de uma mesma pessoa. Podem ser sentimentos confusos e dolorosos, serenos

e plácidos, raivosos e rancorosos, racionais e lógicos, e assim por diante. Enfim, são sentimentos das mais variadas tonalidades.

Isso tudo pode significar que a morte, em si, pode representar algo totalmente diferente entre as diferentes pessoas, e totalmente diferente em diferentes épocas da vida de uma mesma pessoa, na medida em que esta questão pertence a cada sujeito enquanto ser consciente.

O conceito de morte é adquirido desde a infância, de acordo com a nossa cultura, sociedade, religião e educação familiar. O medo da morte não é inato, mas é introjectado desde a infância e atinge todos os seres humanos. Dependendo do nível de ansiedade da pessoa, o medo da morte torna-se aterrorizante, uma vez que a morte é uma realidade diária. Na verdade, o que mais preocupa o ser humano não é o “quando”, mas o “como” e “do quê” vai morrer. Evitar falar sobre a morte é uma das formas que utilizamos para nos defendermos ou nos pouparmos do sofrimento.

*“... encaro a questão da morte e do sofrimento como algo natural ao percurso de vida, e esse facto ajuda bastante, não pensar, apesar de sabermos que é triste, não pensar que é uma desgraça que a vida perdeu o sentido ali...” ( Anexo E, p....)*

Todos sabemos, desde cedo, e com a certeza absoluta, que um dia iremos morrer. Mesmo assim, o ajustamento à morte parece-nos mais difícil do que qualquer outra situação experimentada por nós.

*“...encaro a morte como uma continuação, para mim não é um fim, faz parte da vida...”( Anexo D,p....)*

Quando a morte acontece numa idade mais avançada é entendida como um processo natural e lógico no ciclo de vida familiar, mas quando o mesmo acontecimento ocorre a uma criança ou a um jovem saudável, a morte é considerada como a maior tragédia humana – os chamados “golpes do destino” – para a maioria das pessoas. Por outro lado, quando a morte é causada por uma doença crónica, fatal e prolongada, pode ser um

alívio para os membros desta família, não importando se o doente for criança, jovem ou adulto.

A morte, como conceito psicológico, é extremamente difícil de teorizar. Será muito difícil pensá-la, analisá-la. Será, mesmo impossível fazê-lo, pensamos nós. Isso acontece pelas características de “facto psicossomático” total e definitivo, situado muito além do alcance possível do pensamento.

Deriva da total eficácia na anulação que propicia: a morte é uma anulação retroactiva da vida, totalmente anuladora do anteriormente acontecido. Será impossível pensarmos o nosso corpo morto. Daí a impossibilidade de sobre a morte haver um verdadeiro pensamento, para além das composições mais ou menos poéticas ou mais ou menos espiritualistas que sobre ela quase todos compulsivamente fazemos. Esta impossibilidade constituirá uma das razões que a sobrecarregam muitíssimo sob o ponto de vista emocional. Que lhe conferem os sentimentos desencontrados que em relação a ela também quase todos “vivemos”.

Esses sentimentos são também por isso ambivalentes. A morte é, naturalmente e em princípio, o facto mais rejeitado que se conhece. Quando a sua representação mental se coloca no pensamento (não a morte, impensável como dizíamos, mas uma sua representação fantasmática), ficamos ansiosos, ou com medo. Ficamos embaraçados, preferimos fugir, mudar de tema, às vezes não conseguindo. Mas mesmo nesta última circunstância, quando alguém não consegue pensar senão na ideia que sobre ela persevera, sempre na versão pessoal dependente das angústias que especificamente o envolvem, essa permanência, ao contrário do que seria lógico admitir, não significa aprofundamento analítico ou investigação mais eficiente. Significa apenas que a morte continua no pensamento como ideia, nada mais do que isso, a qual não se alonga para além de determinada superfície, pela total incapacidade intrínseca de a pensar.

Para Kovacs (2002) a morte como perda supõe um sentimento, uma pessoa, um tempo. É a morte que envolve basicamente, a relação entre as pessoas. Se ocorre de maneira brusca e inesperada tem uma potencialidade de desorganização, paralisação e impotência.

Expressar os sentimentos de tristeza e pesar é fundamental para a elaboração do luto. O luto é uma vivência de crise, que a família enlutada tenta resolver, colocando todo o sistema familiar em movimento, abalando desta forma toda a sua organização.

É necessário destacar que o significado e as repercussões da morte diferem conforme o momento do ciclo vital em que ocorre. Segundo Freud (1917) ninguém crê na sua própria morte. Inconscientemente, estamos convencidos da nossa própria imortalidade.

A morte e o acto de morrer são temas que suscitam frequentemente discussão, em especial entre os profissionais de saúde, que se encontram em contacto directo e repetido com os pacientes ameaçados pela morte e com pessoas que morrem sob os seus cuidados. Desde muito cedo, ainda bebés, quando passamos a distinguir o nosso próprio corpo, do corpo da mãe, somos obrigados a aprender a separar-nos de quem ou daquilo que amamos. Ao princípio, convivemos com separações temporárias, como por exemplo, a mudança de escola. Mas há um dia em que, nos acontece a primeira perda definitiva: alguém que nos é muito querido, um dia, se vai para sempre. É justamente esse “ir para sempre” que mais nos incomoda. Porém, quanto mais conscientes estivermos de nossas mortes diárias, mais nos preparamos para o momento da grande perda de tudo que colecionamos e nutrimos durante a vida, desde toda a bagagem intelectual, todos os relacionamentos afectivos, até o corpo físico. Com o distanciamento cada vez maior do homem em relação à morte, cria-se um tabu, como se fosse pouco aconselhável ou até mesmo proibido falar sobre este tema.

O luto é uma resposta psicológica à morte ou a outra qualquer perda, e é igualmente a expressão ou comunicação dessa resposta. Rando (1993), entre outros autores, define o luto como a expressão ou manifestação de pesar. Os antropólogos consideram-no frequentemente uma forma ou meio de expressão, distinguindo-o cuidadosamente daquilo que o indivíduo pode estar a sentir. O luto é, então, entendido como o ritual do luto.

A perda afectiva proporciona o designado “luto” psicológico, reacção onde, em grande medida, a culpabilidade entra no processo dinâmico intrapsíquico.

O luto é ainda um processo de posicionamento face à perda e à morte. Num sentido lato, toda a mudança requer luto. Faz parte do processamento normal e saudável, ainda que perturbador, da perda. Em regra, é interpretado como reacções discretas a perdas específicas; por vezes, o luto é reconhecido como um processo fundamental de reposicionamento existencial e de desenvolvimento da vida psíquica. As teorias do luto são construtos psicológicos que, de forma diversa descrevem este processo.

O luto traduz-se sempre por um sentimento mais ou menos intenso de não ter feito tudo para evitar a morte, ou de ter feito algo errado por omissão, pensamento ou acção. A culpabilidade, facto normal e comum a todos os homens com organização psíquica.

A distinção entre luto normal e anormal é uma chave fundamental para o desenvolvimento do conceito de luto. O luto que se desvia da norma tem sido designado como luto patológico, luto não resolvido, luto complicado ou luto anormal.

Pode assumir aspectos excessivos, patológicos, designados habitualmente por luto patológico.

O luto patológico apresenta um medo exagerado de morrer, agressividade, sintomas de identificação, depressão ou ansiedade persistentes, culpa e/ou raiva exacerbadas, nenhuma expectativa ou planos de futuro. A pessoa nesta condição não consegue suportar a perda do outro a quem estava afectivamente ligado e, como solução para a angústia intolerável, identifica o seu Ego ao objecto perdido.

O luto termina, a dor acaba, quando o morto pode ser encarado tal como era, com as suas virtudes e defeitos, abandonando-se a forma idealizada que a culpabilidade fazia supor.

A depressão é uma perturbação no processo da perda. Na sua obra *Luto e Melancolia*, Freud (1917) define melancolia como o estado patológico que ocorre em substituição do luto. Segundo Freud, esta reacção de luto patológico deve-se a uma perturbação da auto-estima, determinada por factores de desenvolvimento predisponentes. Na melancolia, o ego censura-se e odeia-se a si próprio. Preocupa-se consigo, com as suas falhas e inadequações. Freud alega que esta autocensura é dirigida contra o eu, desviando-se do alvo original, do objecto amado perdido, que o sujeito censura sem ter consciência. Esta

identificação com o morto é uma regressão: substitui-se o direccionamento para o objecto pelo narcisismo primordial. De um modo mais abstracto, esta relação entre o luto e depressão é comparável à de norma e desvio.

Bibring (1953) desenvolveu ideia de que a característica essencial da depressão é a auto-estima problemática. Jacobson (1971) considera que a fraca auto-estima resulta de uma auto-representação carregada de agressão e que a agressão é inerente à depressão.

Outros autores afirmam que a agressão pode ou não estar presente. Na esteira de Klein (1975), Segal (1964) defendeu também que esta agressão é, antes de mais, autodestrutiva ( por outras palavras, o instinto de morte). A depressão é um bloqueio na integração do instinto de morte. Pode ser preciso reparar os danos ocorridos, para que o processo de luto possa continuar. A pessoa deprimida pode tomar algumas medidas para reparar os danos da perda. Nenhuma medida pode, porém, reparar a própria perda. O luto, que envolve a tolerância para com sentimentos depressivos, é um estado necessário. Bowlby (1969), descreve a depressão e o luto como uma “ ansiedade de separação”. O seu trabalho reconhecido por sublinhar a importância do vínculo da criança com a mãe, referida frequentemente como a teoria da vinculação.

O aspecto depressivo normal do luto, é concomitante com esta tendência desintegradora no processo de luto. A depressão, enquanto disfunção psicológica, depressão clínica, é uma defesa contra esta desintegração, uma barreira à integração da perda.

A identificação com o objecto amado perdido é, por exemplo, uma defesa contra a tendência desintegradora do luto. Gerando na maioria da vezes angustias difíceis de controlar, e servindo de obstáculo a relação profissional/paciente. Conforme descrito no subcapítulo seguinte.

### **1.3 Angústia de morte sentida pelos profissionais de saúde que trabalham na Unidade da Dor.**

Segundo Kastenbaum e Aisenberg (1983) o ser humano lida com duas concepções em relação à morte: a morte do outro, da qual todos nós temos consciência, embora esteja relacionada ao medo do abandono; e a concepção da própria morte, a consciência da finitude, na qual evitamos pensar pois, para isto, temos que encarar o desconhecido.

É a angústia gerada ao entrar em contacto com a fatalidade da morte, que faz com que o ser humano se mobilize a vencê-la, accionando para este fim, diversos mecanismos de defesa, expressos através de fantasias inconscientes sobre a morte.

Muito comum é a fantasia de existir vida após a morte; de existir um mundo paradisíaco, regado pelo princípio do prazer e onde não existe sofrimento; de existir a possibilidade de volta ao útero materno, uma espécie de parto ao contrário, onde não existem desejos e necessidades. Ao contrário dessas fantasias prazerosas, existem aquelas que provocam temor. O indivíduo pode relacionar a morte com o inferno. São fantasias persecutórias que têm a ver com sentimentos de culpa e remorso. Além disso, existem identificações projectivas com figuras diabólicas, relacionando a morte com um ser aterrorizante, com face de caveira, interligado a pavores de aniquilamento, desintegração e dissolução.

A Psicanálise Existencial, apontada por Torres (1983) revela a dimensão da angústia da morte: "A angústia revela-nos que a morte e o nada se opõem à tendência mais profunda e mais inevitável do nosso ser", que seria a afirmação de si mesmo.

Mannoni (1995) procura em Freud, palavras que falem da angústia do homem diante da morte: "... Freud situa-a ou na reacção a uma ameaça exterior, ou como na melancolia, ao desenrolar de um processo interno. Trata-se sempre, porém, de um processo que se passa entre o eu e a severidade do super eu."

A angústia de morte é um exemplo que emerge directamente da relação do homem com o mundo, da forma como o homem responde às "situações limite" (Jaspers) que ele não pode ultrapassar e que constituem autênticas barreiras que o aprisionam eternamente. Esta angústia, tem sobretudo a ver com a forma como o homem se defronta com os

grandes problemas da existência, por isso chamamos angústia extra-psíquica, dada a força da sua gênese existencial, homem-mundo. Cada ser angustia-se à sua maneira e, sobretudo faz a gestão do seu sofrimento de forma consciente ou inconsciente de acordo com múltiplas circunstâncias, centradas fundamentalmente na personalidade e na dinâmica existencial, numa palavra, no “ estar no mundo”. A angústia está muito mais próxima dos sentimentos, constituindo uma experiência emergente da profundidade do ser, penosa, difusa, igualmente inquietante mas ligada a circunstâncias anímicas e espirituais, isto é, selada a acontecimentos tingidos de conteúdo emocional ou então coloridos com as tintas da transcendência – liberdade o devir com as suas promessas e as suas ameaças, os limites absolutos da existência (Jaspers).

Diz Lacan sobre a pulsão de morte em Freud.

*Não é da morte que Freud nos fala quando se refere à pulsão de morte, mas da vida. É do vivido humano que a psicanálise trata, e se há algo nesse vivido que impele o homem a sair dos limites da vida, é ainda do vivido que estamos a falar.*  
(Lacan, 1987).

A introdução da categoria das pulsões de morte surge no segundo modelo freudiano de organização mental, segundo o qual a Psique compreende o ego, o *id* e o superego, e em que o campo dos instintos se divide entre os instintos de vida (Eros) e os instintos de morte (por vezes designados, por Thanatos).

No que diz respeito ao próprio trabalho de Freud (1920), a introdução dos instintos de morte como impulsos primordiais e destrutivos tem profundas repercussões em muitos dos seus conceitos essenciais, como o princípio do prazer e o sadomasoquismo. Em termos mais vastos, a ideia de que a vida é instintivamente dirigida para a morte enquadra Freud numa tradição filosófica que entronca em Schopenhauer distingue dois tipos de ansiedade: a ansiedade automática e a ansiedade sinal. Freud formula o conceito de ansiedade automática, uma espécie de ansiedade pura. Esta ansiedade não pode ser sentida subjectivamente e é apresentada como prototípica das situações vividas em total

desamparo, passividade e dependência de outrem para a satisfação das necessidades básicas de sobrevivência. Trata-se de uma ansiedade invasiva, não “ligada”, sentida como ameaça de desestruturação, que, não pode ser mentalizada e contida em representação.

A ansiedade sinal antecipa uma situação perigosa, desorganizadora, e alerta para a necessidade do Eu se proteger e edificar defesas através das quais a ansiedade é “domesticada” e integrada na vida psíquica do sujeito.

As situações sentidas como perigosas vão mudando e dependem da fase de desenvolvimento do aparelho psíquico e espera-se que a maturidade leve a que situações que foram sentidas como perigosas na infância deixem de o ser no estado adulto.

Estes profissionais de saúde passam, ao longo das suas carreiras, pela exposição repetida à morte, principalmente com a adaptação ao insucesso da cura médica.

A comunicação apresenta-se por vezes como um factor delicado no percurso destes profissionais, na medida em que muitas das vezes se encobrem dificuldades, há ainda um certo receio que a comunicação de um diagnóstico desfavorável diminua a admiração que colhe do paciente e, principalmente, que o levem a envolver-se no sofrimento que essas situações inexoravelmente apresentam luto pela onnipotência terapêutica do próprio profissional.

Essa dificuldade apresentada pelos profissionais de saúde face aos pacientes em estado terminal (Kubler-Ross, 1998; Perazzo, 1985; Romano, 1994), está de alguma forma relacionada com o receio desses profissionais de que o paciente e os seus familiares dirijam as suas raivas para eles, seja ela originária por uma falha profissional, ou seja devido a um deslocamento de sentimentos de culpa (Reinhardt, 2001).

Segundo Bromberg (1994) aprendemos na nossa cultura como evitarmos a dor, evitarmos a perda e fugirmos da morte, ou pensamos fugir dela...

Este quadro actual revela-nos a dimensão da cisão que o homem tem feito entre vida e a morte, tentando afastar-se ao máximo da ideia da morte, considerando sempre que é o outro que vai morrer e não ele. Lançamos então à questão da angústia e do medo em relação à morte. Uma das limitações básicas do homem a limitação do tempo

Segundo Torres (1983): "...o tempo gera angústia, pois do ponto de vista temporal, o grande limitador chama-se morte..."

O homem é o único animal que tem consciência de sua própria morte. Segundo Kovács (1998): "O medo é a resposta mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge os seres humanos, independentemente da idade, sexo, nível socioeconómico e credo religioso."

Discutir o que representa a morte e como o paciente terminal encara a sua morte iminente, para os profissionais que os acompanham pode apresentar dificuldades por conter um significado subjacente: o de reflectir sobre a sua própria morte e sobre como será o seu morrer.

O medo da morte é o terror do desenlace de um evento único e definitivo, que combatemos e evitamos durante toda a nossa vida. A antecipação desse sentimento, já que nunca experimentamos a morte, não se daria se essa não fosse vista como a repetição de uma situação prévia, na qual o Ego experimentou algo como a sua própria destruição (Eizirik C, 2000) Assim, o medo da morte emerge já na infância inicial e é essencialmente o medo da repetição do terror mortal experimentado em situações traumáticas, definidas por Freud como eventos biológicos inevitáveis que ocorrem no desenvolvimento de todas as crianças, como o medo da perda do amor, angústia de castração e o trauma edipiano.

É necessário a equipa vencer a própria resistência, penetrar no seu mundo de dor, angústia e solidão de forma a poder ajudar os pacientes. A morte desencadeia sentimentos e emoções não apenas naquele que está a morrer, mas também nos profissionais que o acompanham, que podem não estar preparados como profissionais e como pessoas para suportar este processo. O melhor que podemos fazer é encontrar e oferecer alternativas, viver com o risco de estarmos errados e permanecermos abertos para novos insights.

A própria equipa médica encarregada de doentes terminais, na maioria das vezes, não consegue elaborar a possível morte ou a morte concreta de seus pacientes. No geral, os médicos e pessoal de apoio estão muitíssimo pouco preparados para lidar com a morte,

não conseguindo acolher o paciente e a família. É importante s profissionais de saúde terem formação adequada, na medida em que o cuidado prestado a um doente terminal, é das situações mais tensas e exigentes à qual os profissionais estão sujeitos, pois apesar de não receberem em geral uma formação adequada e assertiva, é necessário proporcionar formação sobre habilidades de comunicação e sobre counselling, e como se enfrentam temas difíceis de abordar como o sofrimento e a morte.

O luto ocorre quando se perde um objecto bom, ou seja, só é possível quando a relação objecta, não é traumática, caso contrário não se consegue fazer o luto.

A impossibilidade de conhecimento do desconhecido anulador traduz-se, na sua forma mais comum, mais pelo medo do que pelo encanto.

Percorrem-se vários tipos de medo, em múltiplas zonas clínicas, em múltiplas formulações da vida psicológica: associar as angústias pessoais à ideia de morte é o que de mais acontece, o medo que se apodera vai desde as alterações dos limites corporais, do espaço, da identidade, até aos graus de desintegração ou de despersonalização. Este medo se essencial, neste ou noutros formatos, é o alimento primordial da imensa negação da morte que em vários planos normalmente todos fazemos.

Podemos no entanto perder esse medo, até certo ponto, sem o negar e sem negar a morte. É possível navegar neste terreno sem ansiosamente procurarmos formas racionais de estar. A impossibilidade conceptual intrínseca, reactivamente, pode gerar também essa possibilidade emocional, apesar de tudo.

Duas concepções profissionais distintas poderão surgir então nestes trajectos. Duas atitudes onde aparentemente o medo e a emoção da morte se afastam, embora de forma sublime permaneçam, quase sempre, no seu processo mais íntimo e mais escondido.

A primeira será a do médico, que investiga com a necessária distanciação sobre o objecto investigado, para poder continuar a observar, o médico procura identificar-se ao objecto de estudo para o perceber melhor, mas sabe que a todo o momento também se distancia, num movimento antagonista simultâneo, sob pena de no acto não poder manter a sua própria lucidez e identidade. Investiga a morte, investigando o “ morto”, mas apenas o descreve no seu aspecto exterior, nas suas razões orgânicas; não consegue

passar disso. Será sempre a morte do outro, com afectos à medida: também não pretende mais, nem ele nem a sociedade. Será óptimo se fizer isso bem feito, sem zelo absurdo de curar, sem onipotências. O que é de enorme importância prática, como se compreende, mas que pode ser também indicador significativo da sua forma de estar nas exigências éticas, sejam de sentido pessoal, profissional ou científico.

A segunda será a do filósofo em geral, que pode ser a do teólogo em particular, muito mais racional ainda. A prudente distanciação será ainda maior. No seu olhar, o objecto morto está completamente excluído, tal como já se tinha excluído a morte. Dele fica apenas a imagem intelectual, sem contornos, tornada etérea e alvo de especulações. A morte nessa observação não passará nunca duma ideia quimicamente pura e desafectadamente tratada, tal como outra ideia qualquer o poderia ser, sem nenhuma especificidade.

A situação de vida/morte gera sofrimento nos profissionais de saúde, principalmente pelo carácter humano que esse tipo de trabalho exige, na medida em que requer um envolvimento afectivo para com os pacientes muito grande.

Os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros, necessitam e devem envolver-se emocionalmente com os pacientes, caso desejem manter uma relação autêntica, pois o envolvimento é vital na relação terapêutica, uma vez que promove a empatia e permite que o profissional de saúde conheça melhor o paciente.

*“...quando disserem que enfermeiros não choram, choram, porque se tiveres de chorar com o doente, choras, se isso fizer parte da vossa terapia de relacionamento, chorem. Eu nunca fui ter com ele na última semana, porque até hoje de cada vez que falo sobre o assunto, fico perturbada...”* (Anexo D, p...)

Sentimento de impotência pode provocar sofrimento no profissional de saúde, estes questionam-se muitas vezes, sobre o que poderiam ou o que deixaram de fazer para recuperar ou manter a vida dos pacientes que estavam aos seus cuidados. Contudo e

aliado a estas questões os profissionais ainda se confrontam com o conflito entre a vida e a morte.

Acreditamos que essa angústia advenha da tentativa, por parte da equipa médica, de fugir dos sentimentos que a morte provoca. O ideal seria que o paciente pudesse conhecer a sua situação sem nunca despertar nos médicos e enfermeiros a insuportável emoção da morte. A representação interior do fenómeno de angústia, configura-se como algo gerador de um desconforto interno global, claramente ideo-afectivo, experimentando-se como qualquer coisa que difusamente, comprime e constrange, difundindo-se por todo o pensar e todo o sentir ( Cardoso, 2001). Trata-se por consequência, não de uma sensação localizada nesta ou naquela zona corporal, mas sim de um autêntico sentimento ancorado a elementos da natureza anímica e espiritual, cuja tonalidade toca também os limites do desconforto.

De facto, os profissionais de saúde podem falar racionalmente da morte, eles sabem intelectualmente que ela está à sua volta mas o que não podem aceitar é senti-la, é que ela toque os seus sentimentos pois é somente nesse momento que será obrigado a aceitá-la como possibilidade concreta, tanto para o paciente como para si mesmo. Com efeito, o médico não permite conhecer os seus próprios sentimentos em relação à morte, e é no isolamento dos afectos que encontra uma das principais defesas contra a angústia. A exclusão das emoções por vezes é transformada, através da racionalização numa técnica científica, aparentemente necessária ao bom desempenho do trabalho. Este fenómeno protege o profissional do sofrimento frente à morte do outro, no entanto também o afasta da vida e da consciência da sua mortalidade.

Não defende, com isso a ideia de que o profissional se envolva emocionalmente com a situação do paciente, o que pode dificultar o seu trabalho, afirmam sim que o isolamento das emoções vai ser um factor que para além de exercer uma interferência negativa no trabalho do paciente, não alivia a angústia sentida pelo profissional, que se defronta com uma pessoas. prestes a morrer.

A negação da morte coloca o médico numa situação de onnipotência imaginária que o protegeria dos seus temores e ansiedades frente à morte.

Vários autores Kastenbaum (1983), Turato & Figueiredo (1995) e Kovac\_(1992) , destacam o facto de que o medo da morte é maior entre os médicos, na sequência, transcreve-se uma citação que aponta para essa ideia.

*“ a profissão é muitas vezes utilizada de forma consciente e inconsciente para se sentir mais potente, numa reacção contra a fragilidade como seres humanos face à doença e à morte” ( Figueiredo & Turato,1995,p.645).*

Conforme literatura, observa-se que os profissionais de saúde, manifestam muitas vezes comportamentos e reacções com a morte dos seus pacientes, os quais podem indicar a vivência do processo de luto.

*“...porque identifiquei-me muito com o sofrimento dela, por causa talvez das idades..., este tipo de entrosamento não ajuda nada, portanto aqui é uma fase da vida dela, é o seu sofrimento, ela é que o está a viver, eu não estou a viver isto, a minha função é ajudá-la...”* Enf. Madalena

É habitual reconhecerem que existem pacientes com os quais estabelecem um relação diferenciada e singular. Sendo que a morte destes pacientes “pode provocar o luto, com todas as reacções próprias do luto, como se fosse por uma pessoa com a qual mantém relações de outra ordem, que não a profissional

O luto agudo é caracterizado por sintomas psicológicos e somáticos que causam sofrimento e dor. Esses sintomas compreendem manifestações afectivas como culpa, ansiedade, depressão; manifestações comportamentais como fadiga e choro; com atitudes voltadas para si e ao contexto como auto estima e desamparo; lentidão do pensamento e da concentração; perda de apetite; distúrbio do sono, tais sintomas são respostas normais, necessárias e esperadas e precisam de ser vividas para que a perda seja encarada de forma satisfatória e para que os enlutados consigam (re) estruturar o seu papel no âmbito social,

As pessoas em processo de luto, podem apresentar alguns destes sintomas e precisam de os compreender e os viver como manifestações normais frente à perda de alguém importante.

Observa-se que os profissionais de saúde não se permitem viver o luto, talvez na tentativa de se protegerem ou então porque não estão preparados para conviver com essas manifestações somáticas e emocionais. Eles acreditam que a sua postura deve ser firme e que reconhecer o seu sofrimento significa ferir a sua índole. Quando os profissionais de saúde se deparam com situações tão difíceis como a dor, a angústia e sobretudo a morte, têm também eles de criar mecanismos de defesa, de forma a garantirem a sua condição profissional.

Sobre estes mecanismos podemos exemplificar os mais utilizados pelos profissionais; a negação, racionalização, intelectualização, contenção dos afectos entre outros.

As pessoas negam a realidade, ignoram ou recusam-se a reconhecer a existência de aspectos desagradáveis nas suas experiências, apesar de estarem plenamente cientes daquelas experiências. Lazarus e seus colaboradores (1960), 1962, 1983) demonstraram que a negação pode reduzir a ansiedade, pelo menos temporariamente. A negação\_e outras estratégias de fuga geralmente não são eficazes a longo prazo (Suls & Fletcher, 1985).

As pessoas frequentemente “ atingem “ objectivos e fogem à ansiedade fantasiando aquilo que poderia ter acontecido ou que pode acontecer. Com moderação e sob controlo consciente, a fantasia parece ser um mecanismo benéfico. Ela favorece a solução de problemas. As pessoas parecem testar respostas mentalmente, evitando assim erros de alto custo

A racionalização envolve a criação de razões plausíveis e aceitáveis para determinadas situações, actos, pensamentos ou impulsos quando alguém deseja esconder de si próprio as verdadeiras explicações. Por vezes, explicações mais plausíveis tornam eventos desagradáveis mais palatáveis. A racionalização possibilita às pessoas diminuir a dor de eventos desagradáveis e a de se sentir bem consigo mesma e com a vida. Ela impede a depressão e a falta de iniciativa que a acompanha.

Os profissionais de saúde usam a intelectualização para enfrentar a distância, analítica e racional de situações que de outra forma gerariam incómodo emocional. A intelectualização pode diminuir o impacto de algo que de outra forma seria arrasador ou prejudicial. Médicos e enfermeiras frequentemente intelectualizam o sofrimento, transformando os seus pacientes em “ casos” ( Hay & Oken, 1972). Barret usou como lema para o programa funcional do ST. Christopher’s estas palavras “ Não pensamos nem falamos dos nossos doentes internados como “casos”, sabemos que cada um deles é um microcosmos humano, com as suas próprias características, o seu universo pessoal de alegrias e tristezas, esperanças e medos, a sua própria história de vida, que tem o maior interesse para ele e para o limitado círculo dos que lhe são próximos, muitas vezes é a algum de nós que ele tudo confia”. Quando cuidamos de pacientes nessa faixa etária, corremos o risco de nos envolvermos com eles e constituirmos um vínculo afectivo. Este é visto como uma base de segurança e, quando é interrompido, como na presença da morte, provoca sofrimento e sentimento de perda ou seja, provoca o luto que é uma resposta esperada frente à separação.

*“ É importante, tirarmos um pouco os afectos, para podermos trabalhar, porque senão acabamos por não ajudar, não é que não se possa chorar com a pessoa, mas isso não nos pode impedir de estar aqui, nós somos técnicos, aquela não é a nossa função...”*  
Enf. Joana.

Este comportamento pode dificultar a (re) estruturação do profissional no local de trabalho e a qualidade da assistência a ser oferecida, uma vez que o profissional de saúde procura assistir os pacientes de forma técnica, realizando apenas o que a prescrição médica solicita, não conseguindo suprir as necessidades psicológicas de quem está a morrer.

Quando o luto é instalado, espera-se que antes se tenha constituído o vínculo afectivo entre, pelo menos duas pessoas – o paciente e o profissional de saúde. Quando vivenciamos a perda e a separação, retractadas na morte do paciente, somos obrigados a

adaptarmo-nos a essa situação, ou seja quando se vive o pesar e o luto, vive-se acima de tudo o rompimento da relação afectiva que se tinha criado.

A separação e a perda são experiências universais, particulares, peculiares e individuais, companheiras constantes na vida do ser humano e ninguém pode afirmar que nunca as viveu. Caso não seja vivido na íntegra, coloca o profissional em posição tão vulnerável quanto qualquer outra pessoa que tenha sofrido o luto, fora do contexto hospitalar e que se tenha protegido através de mecanismos de defesa contra a dor causada por essa perda. O sofrimento, enquanto acontecimento inevitável, pode ocorrer em diferentes momentos da vida de cada homem e sob diferentes perspectivas.

Os médicos, em especial os enfermeiros, na sua natureza visam cuidar o ser humano, promovendo em cada um dos seus actos um apelo à valorização da dignidade. Num Serviço de Dor, os enfermeiros e médicos confrontam-se, com o sofrimento de doentes, e familiares. Para que possam dar resposta às necessidades decorrentes destas vivências, exigem-se, conhecimentos científicos, técnicos, relacionais e éticos. Um factor que influencia na resistência do profissional de saúde para lidar com a morte está estreitamente ligado à falta de preparação para trabalhar com a mesma, que se vincula ao papel do profissional de saúde na sociedade, que é visto como o encarregado de diagnosticar o mal e erradicá-lo. Isso fica mais evidente nos médicos, pois, quanto mais evidente é a impotência dele para manter a vida do seu paciente, maior é a sua resistência em relação à morte ( Mannoni, 1995).

*“Quando um profissional é apenas treinado para curar, as situações de doenças crónicas e incuráveis são, de certo modo, olhadas como insucessos, como fonte de frustração e até como algo que questiona a sua própria qualidade técnica. Apesar da morte continuar a ser uma inevitabilidade (...), é frequente continuar a encarar a morte como um falhanço, como uma derrota, como algo que não era sequer possível de acontecer” (Neto, 2004, p.41). “É (...) comum encontrar enfermeiros que, incapazes de se libertarem do seu próprio medo de cancro, do sofrimento e da morte, adoptam*

*estratégias de fuga argumentando muitas vezes falta de tempo e disponibilidade para ouvir e estar junto dos doentes” (Domingues, 2005,p.9).*

Outras situações têm impacto no profissional, tal como o contexto e as circunstâncias em que a morte ocorreu, e também as palavras ditas pelos pacientes antes de morrerem.

A nossa sociedade exige que enfrentem o luto calados e que rapidamente retornem às actividades rotineiras do trabalho

Ao lidar com o doente em fim de vida, o profissional de saúde tem tendência a afastar-se, cuidando o doente em fim de vida de forma distante, demorando o mínimo de tempo possível a cuidar desse doente, foge do doente em fim de vida, alegando que por falta de tempo não pode cuidar desse doente de outra forma. A falta de tempo é uma das principais desculpas para não cuidar desse doente de uma forma holística, foge com medo das perguntas para as quais nem sempre tem resposta e para não se envolver.

*“... para não ser tão afectado, o profissional de saúde tenta manter uma certa distancia, diminuir as visitas, responder com frases feitas, conselhos fáceis e autoritários no sentido de tornar a relação o mais profissional possível para que a emoção não se sobreponha ao racional” (Lopes, 2005, p.95).*

Feytor Pinto citado por Loff (2000,p.48) afirma que são quatro, as sensações do profissional de saúde perante o doente em fase terminal:

- “A sensação do fracasso (ter-se-ia o doente salvo noutras condições? Será que a assistência foi a melhor? Será que tudo foi feito?);
- A sensação do espelho ou projecção (fá-lo imaginar-se a si próprio com uma situação idêntica, preferindo afastar-se para não ter de enfrentar o problema);
- A sensação de pudor (fá-lo pensar que é bom deixar o doente só, uma vez que ele está a viver o momento mais importante da sua vida e não deve ser perturbado na sua relação com os valores, filosofias ou crenças que marcaram a sua vida);

- A sensação de mistério (fá-lo percorrer fantasias intelectuais sobre a morte, e sente o peso das contradições, deixando o doente sozinho com o problema...).

Para o profissional de saúde é importante poder elaborar as sensações enumeradas por Feytor Pinto, para que seja possível prestar cuidados de qualidade ao doente em fim de vida, de forma a dar-lhe um maior conforto e acompanhá-lo nesta última etapa da sua vida.

Para o homem e neste caso os profissionais de saúde há uma incapacidade para aceitar a sua própria finitude, não é fácil lidar com um prognóstico de morte. No fundo, o grande medo da morte é o medo do desconhecido, falar sobre a morte pode sugerir a ideia de morbidez, por abordar um mito da qual a maioria dos seres humanos evita.

Contudo, ainda que, possuindo treino e orientação para agir nestes momentos particularmente difíceis, a complexidade do acompanhamento de doentes com doença crónica ou em fase final de vida, pelo seu impacto, constitui um verdadeiro desafio. Pitta (1990) afirma que a natureza do trabalho de saúde, ou seja, lidar com a dor, o sofrimento e a morte de pacientes influencia a produção de sintomas psíquicos pelos trabalhadores da instituição hospitalar.

O luto não vivido e o sofrimento dos profissionais de saúde estão interligados, assim precisamos de ficar atentos, pois o convívio desgastante e pouco prazeroso com o ambiente de trabalho, propicia a instalação da Síndrome de Burnout Loreto (2001, p.19) termo esse, relativamente novo, usado para definir o desgaste e sofrimento do profissional com as actividades de trabalho.

Ainda segundo Loreto (2001:19) “*O contacto permanente com situações de ameaça à vida a par do sofrimento físico e psicológico com que se deparam os enfermeiros em serviços de Oncologia torna este grupo profissional bastante vulnerável a situações de Burnout.*” – “*um estado de exaustão física, emocional e mental, que resulta do intenso envolvimento com pacientes em fase terminal*”. Neto (2004, p.44), que constituindo um problema real nos cuidados de saúde.

Neste sentido, o Burnout é considerado um síndrome que, de acordo com Loreto “... surge como resultado de uma tensão emocional crónica e do excessivo esforço que supõe o contacto contínuo e exaustivo com outras pessoas, particularmente quando estas estão em situações difíceis, sendo os elementos que se revelam característicos desta síndrome, a exaustão emocional, a despersonalização e a perda de realização pessoal”.

Pela complexidade da sua actividade, a enfermagem, mais que os médicos, representam assim uma profissão, sujeita a riscos profissionais. Também o stress resultante deste cuidar integra o percurso deste profissional. Citando Vives (1994) “ a enfermagem é por natureza, uma profissão objecto de elevados graus de stress devido, em parte, à especificidade das suas tarefas e às pessoas objecto do seu cuidado”. Neste contexto, o enfermeiro é ao mesmo tempo, alguém de quem se espera suporte e apoio, mas também alguém que pode ficar vulnerável, levado portanto ao chamado Síndrome de Burnout.

A Síndrome de Burnout aparece como uma reacção à tensão emocional crónica gerada a partir do contacto directo e excessivo com os outros seres humanos em sofrimento, já que cuidar exige tensão emocional constante, atenção e grande responsabilidade em cada gesto de trabalho.

A perda de energia e a fadiga dos profissionais podem manifestar-se por alterações psíquicas e físicas ou a combinação delas com a apresentação de respostas negativas ou para actividade laboral como a depressão, auto estima baixa, retraimento pessoal, queda na produtividade e incapacidade de suportar pressões.

Esta síndrome manifesta-se nos profissionais que durante o seu exercício profissional apresentam envolvimento emocional e afectivo com os seres humanos em sofrimento, como os profissionais da área da saúde.

Cuidar de alguém cuja fase final de vida se aproxima é sempre difícil, pois confronta-nos com a nossa própria finitude, obriga-nos a imaginar-nos na mesma situação, no entanto temos de ser ensinados a viver a morte como mais uma fase natural da vida.

Cuidar de pessoas em fim de vida implica lidar com experiências profundas e enigmas sem resposta (Twycross, 2003). É este contacto interpessoal entre os profissionais de

saúde e o paciente, que constitui um fenómeno complexo que faz com que se cruzem valores, crenças, percepções, emoções e sentimentos.

Pensamos que isto nos assusta um pouco, mas na realidade a pessoa em fim de vida ensina-nos a conhecer o valor da vida e como ela é breve, bem como nos ensinam a dar sentido a cada momento que passa, porque cada momento é único e precioso. Assim cuidar em fim de vida tem as suas recompensas na nossa vida como pessoas e como profissionais. Os que vão morrer ensinam-nos a viver. ( Hennezel, 1993)

Conforme Hennezel (1993), também Twycross em 2003 enuncia alguns desses aspectos recompensadores que são: conseguir aliviar os sintomas, facilitar a adaptação psicológica, pertencer a uma equipa de apoio, um meio para realizar coisas de forma completa (pois devemos cuidar do doente como pessoa e não cuidarmos ou tratarmos a doença) e sobretudo o desenvolvimento pessoal e profissional que nos faz crescer como pessoas.

Enuncio, conforme já referi atrás, alguns dos mais utilizados pelos profissionais que actuam ao nível destas áreas a fim de poderem elaborar a problemática da morte, por exemplo o fatalismo, a negação a mudança de assunto de forma em que preferem passar a outro tema.

Não há vida sem frustração, assim como não há vida sem morte. Mas sempre que se possa passar-lhe ao lado, evitá-las, é melhor; ou não fosse necessário e útil lutar pela vida e pelo prazer. “Sem renunciar ao objectivo final que constitui o prazer, nós aceitamos diferir a realização, não tirar partido de certas possibilidades que conseguiríamos se acelerássemos a realização, aceitamos percorrer para chegar ao prazer”.

Neste contexto, é evidente a carga emocional a que os profissionais de saúde estão sujeitos na sua actividade profissional. A forma como tentam ultrapassar a experiência do dia-a-dia, a morte do paciente e a sua própria morte, é muitas vezes, uma situação com alguma carga emocional, e que cabe a cada um digeri-la da maneira que sabe e que consegue. Mas será que consegue sempre, ou por vezes acha que o conseguiu ultrapassar?

Para os profissionais de saúde, é difícil lidar repetidas vezes com cenas de dor, sofrimento e tristeza no dia-a-dia. Assistir ao sofrimento dos pacientes, quando nada ou muito pouco se pode fazer, pode ser bastante difícil., porque lhes lembra que, como seres humanos idênticos aos pacientes, também eles são susceptíveis de passar pelas mesmas situações.

O objectivo do presente estudo consiste em perceber como os profissionais de saúde, que lidam diariamente com doentes terminais e com a morte, elaboram (ou não) as angústias de morte, o processo de luto. Pretende ainda esclarecer qual a função atribuída à equipa neste processo.

A pertinência do estudo relaciona-se com a necessidade de compreender as formas de defesa das equipas de saúde, com o intuito de lhes proporcionar um espaço de reflexão, onde possam exteriorizar todas as suas angústias, emoções e sentimento. Este espaço funciona como catarse.

## 2. MÉTODO

### 2.1 Participantes

Os participantes neste estudo serão 4 sujeitos, 3 enfermeiras e 1 médica da Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta.

Os sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 33 e os 44 anos, todos os participantes são do sexo feminino.

O modelo de amostragem foi do tipo não aleatório e o método utilizado por conveniência.

### 2.3 Instrumentos

A entrevista é a técnica que permite o acesso às representações mais pessoais dos sujeitos: história, conflitos, representações, crenças, sonhos, fantasmas, acontecimentos vividos, etc. Fazem-se entrevistas psicológicas em primeiro lugar para perceber o funcionamento do entrevistado, as suas razões e motivações. É a partir dessa compreensão que se pode estabelecer comparações com modelos previamente estabelecidos e proceder às avaliações e diagnósticos que determinam a própria existência das entrevistas Isabel Leal (2004 p.12). Bleger (1987) diz a “entrevista psicológica é uma relação, com características particulares, que se estabelece entre duas ou mais pessoas. O específico ou particular dessa relação reside em que um dos integrantes é um técnico da psicologia que deve actuar nesse papel, e o outro ou os outros, necessitam da sua intervenção técnica. Isso é um ponto fundamental, o técnico não só utiliza em entrevista os seus conhecimentos psicológicos de forma a aplicá-los ao entrevistado, como também esta aplicação se produz precisamente através de seu próprio

comportamento no decorrer da entrevista. Para sublinhar o aspecto fundamental da entrevista poder-se-ia dizer, de outra maneira, que ela consiste numa relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está a acontecer e deve actuar segundo esse conhecimento. A realização dos objectivos possíveis da entrevista (investigação, diagnóstico, orientação, etc.) depende desse saber e da actuação e acordo com esse saber”.

Utilizou-se também a análise de conteúdo (conforme Anexo G), na medida em que tem a enorme vantagem de permitir trabalhar sobre a correspondência, entrevistas abertas, ou seja fontes de informação preciosas e que de outra forma não poderiam ser utilizadas de maneira consistente. Berelson (1952) definiu a análise de conteúdo como uma técnica de investigação, que permite “a *descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação*”

A análise de conteúdo é a técnica privilegiada para tratar de material recolhido. Pois poderá mostrar, por exemplo, a importância relativa atribuída pelos sujeitos a temas como a vida familiar, a vida económica, a vida profissional, a vida religiosa, etc. A prática da análise de conteúdo baseia-se na elementar tarefa do dia a dia, que é categorizar e, tal como ela, visa simplificar para potenciar a apreensão e se possível a explicação. A análise de conteúdo seria eminentemente simples se a produção do discurso obedecesse apenas a uma lógica formal. As categorias são o elemento chave do código do analista. Hogenraad (1984) define uma categoria como um certo número de sinais da linguagem que representam uma variável na teoria do analista. Neste sentido, uma categoria é habitualmente composta por um termo chave que indica a significação central do conceito que se quer aprender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito. Assim, a inclusão de um segmento de texto numa categoria pressupõe a detecção dos indicadores relativos a essa categoria. O que importa ao analista são conceitos, e a passagem dos indicadores aos conceitos é portanto uma operação de atribuição de sentido, cuja validade importará controlar. Se a interacção entre o quadro teórico de partida do analista, os problemas concretos que pretende estudar e o seu plano de hipóteses permitem a formulação de um sistema de categorias e

o que lhe importará é a detecção da presença ou ausência dessas categorias no *corpus*, então o analista optara por categorias definidas *à priori*.

No nosso trabalho as categorias escolhidas foram o percurso profissional, as dificuldades sentidas, as situações mais gratificantes, a função da equipa e os processos de luto.

Em relação ao percurso profissional, pareceu-nos importante, na medida em que por vezes as escolhas são influenciadas por situações mal resolvidas, como por exemplo lutos, desta forma poderia ser um factor de peso nas escolhas dos profissionais de saúde que lidam com este tipo de situações, situações que envolvem constantemente a problemática da morte.

Dentro desta categoria, criaram-se como subcategorias as questões de saúde, o que leva profissionais a optar por este tipo de unidade, outra tem a ver com a escolha através de uma casualidade, por opção própria, por ter surgido espontaneamente a vaga, e terem pensado que seria uma mais valia a nível de formação.

Vários autores ( Cassarola 1991; Figueiredo e Turato1995; Kastenbaum e Aisenberg; Kovacs 1992; Mello Filho 1983; Souza 1988) destacam o facto de que o medo da morte ser maior entre os médico e os enfermeiros. De acordo com o referido, transcrevemos três citações que apontam para essa ideia.

*“ Sugere-se, de vez em quando, que muitos médicos foram motivados a escolher a sua ocupação porque a morte para eles (...). noutras palavras, propõem-se uma acção antifóbica para explicar a entrada na profissão médica. Talvez o sentimento inexpressivo seja “ eu a proteger outras pessoas da morte, portanto eu mesmo sou invulnerável”... “. ( Kastenbaum, Aisenberg 1999).*

A escolha da profissão pode estar em algumas vezes relacionada com lutos mal elaborados ou seja situações de perda com as quais ainda é difícil lidar.

*“ a profissão é muitas vezes utilizada de forma consciente e inconsciente para se sentir mais potente, numa relação contra a fragilidade como seres humanos face à doença e à morte” ( Figueiredo, Turato, 1995)*

*“...os médicos têm um medo maior da morte e que poderiam ir à procura na futura profissão, de alguma forma de controle e domínio sobre ela...” ( Kovacs, 1992).*

Os médicos podem ao escolher esta profissão, procurar um pouco de controlo sobre as suas próprias angústias.

Pretendemos com esta categoria, perguntar, o que determina de facto a escolha dos profissionais de saúde.

Avançamos depois com as questões ligadas às grandes dificuldades sentidas pelos profissionais, no decorrer da prática clínica.

Dentro desta categoria criamos então duas subcategorias: primeiro a resistência/revolta do doente; em segundo, o processo de identificação que os profissionais de saúde fazem com os doentes, quer seja pela idade, quer pelo percurso de vida, quer por outros factores. A identificação é uma sombra que parece pairar de forma contínua sobre os profissionais de saúde que lidam com a morte. Discutir o que representa a morte e como o paciente terminal encara a sua morte iminente, para os profissionais que os acompanham pode apresentar dificuldades por conter um significado subjacente: o de reflectir sobre a sua própria morte e sobre como será o seu morrer.

O facto do doente sentir-se revoltado, porque está a ponto de perder a sua vida; poderá trazer-lhe um profundo ressentimento, sobretudo em relação aqueles que continuaram a viver mesmo depois de sua morte, seleccionamos esta subcategoria na certeza de que esta poderia ser de todas as situações uma das mais insuportáveis, para quem lida com estes pacientes, pois a culpa atribuída a todos os que o rodeiam, mexe com sentimentos de fracasso, e de tristeza de ver alguém a aproveitar desta forma tão obstinada, os momentos que lhe restam.

Estas situações provocam nos profissionais angústias intensas principalmente ao nível das angústias de morte e separação. Não nos podemos esquecer que antes de serem médicos, enfermeiros ou auxiliares são sobretudo seres humanos com os mesmos medos ansiedades e angustias que qualquer outro ser humano.

Kübler-Ross (1997) questiona se o facto de os médicos assumirem a vontade do paciente em estado grave, não seria uma defesa contra "... o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onnipotência, nossas limitações, nossas falhas e, por último mas não menos importante, a nossa própria mortalidade?"

Assim a identificação entra inevitavelmente em acção na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os pacientes

No entanto e porque este trabalho não terá apenas questões negativas, pareceu-nos importante explorar como categoria precisamente as situações mais gratificantes, sendo que as subcategorias identificadas são o reconhecimento dos doentes pelo trabalho dos profissionais, o facto de trabalharem em equipa de poderem estar acima de tudo com um grupo de trabalho que se apoia mutuamente, e por último o privilegio de ainda poderem ajudar o paciente a encontrar algum sentido pela vida, pois o facto de estarem demasiadamente revoltados com a sua condição física, os impede de finalizar os seu dias de forma tranquila.

*"...ajudar uma pessoa a morrer bem, é apoiar o sentido de amor próprio, dignidade e escolha dessa pessoa até ao último momento de vida..."* (Rodeia, 1998:112).

Ajudar a pessoa que sofre é apoiá-la na sua caminhada, ajudando a eliminar obstáculos e mostrando sempre que se está presente. Este acompanhamento permitirá uma aceitação, em vez da recusa da doença, o que poderá culminar na esperança e sossego, levando o profissional a sentir-se bem.

O doente, na maioria das vezes entra em contacto com uma diversidade de sentimentos contraditórios com que não sabe lidar e nem tem discernimento nessa altura para os resolver. A presença do profissional aí considerando o de serviço social torna-se

fundamental, na medida em que o trabalho multidisciplinar é importante e tem como objectivo a humanização dos cuidados com o doente.

De acordo com a pesquisa de literatura, definiu-se como categoria a função da equipa, se a mesma actua como um espaço continente, se é um local de elaboração de afectos, sendo estas duas questões, as subcategorias encontradas. Na equipa multidisciplinar, o psicólogo também tem a responsabilidade de manter a coesão entre os elementos desta, detectar focos de conflito, facilitar a comunicação e interacção, e criar um espaço de reflexão que gire em torno da equipa e dos cuidados aos pacientes ( Angerami-Camon, 2001).

“A exposição à doença terminal e à morte, se não for devidamente enquadrada num verdadeiro trabalho de equipa e numa formação profissional credível, pode conduzir à exaustão, ao chamado Burnout” (Neto, 2004: 44).

Por ultimo e talvez uma das categorias mais importantes, temos os processos de luto, como é que os profissionais de saúde, que lidam constantemente com a morte, com as perdas, se organizam para que assuntos desta natureza, não prejudiquem o bom funcionamento, enquanto técnico. Para tal dividimos esta categoria, em quatro subcategorias, são elas, o evitamento, a racionalização, a concepção de que a morte faz parte da vida, e por último de que a morte é apenas uma continuação, de que existe algo para além do momento da morte. Com efeito, os profissionais não permitem conhecer os seus sentimentos em relação à morte, e é no isolamento das emoções que encontra uma das principais defesas contra a angústia.

A exclusão das emoções por vezes é transformada, através da racionalização, numa técnica, aparentemente necessária ao bom desempenho do trabalho.

Fala-se de neutralidade, a qual justifica a falta de relacionamento com o paciente, protegendo o profissional face à morte do outro. Porém, esse fenómeno também o afasta da vida e da consciência da sua mortalidade, conforme referido da análise temática.

Essa neutralidade, evitamento e racionalização é frequentemente reforçada pelo tecnicismo. A relação profissional - paciente, muitas vezes passa a ser medida por máquinas ou exames que geralmente se convertem mais num recurso para o profissional

poder afastar-se do paciente terminal, do que num instrumento para a melhoria da qualidade de vida deste.

Como forma de defesa podemos ainda ressaltar, a ideia de vida eterna, uma fantasia que ajuda a elaborar a problemática da morte, da finitude.

*“ o medo da nossa própria transição é amenizada com a ajuda de uma fantasia colectiva de vida eterna noutra lugar” ( Elias, 2001).*

*Ou, tal como Neto (2002)...” não é possível saber o que acontece depois da morte e o desafio é não se deixar afundar pelo medo, a fim de se viver a passagem para o desconhecido da melhor forma possível”.*

## **2.4 Procedimento**

Escolheu-se a Unidade da Dor do Hospital Garcia da Orta, na medida em que se trata de uma unidade que dá apoio a doentes com dor e doentes terminais.

Após ter explicado o fundamento do trabalho à enfermeira chefe, a mesma informou-me que teria de elaborar um pequeno dossier para entregar na administração do Hospital de forma a consentirem a elaboração das entrevistas, desse dossier tinha de constar o objectivo da investigação, a pertinência do estudo, o método a utilizar, e a carta de apresentação da escola (Anexo A)

Após o consentimento, procedeu-se à realização das entrevistas, numa pequena sala do Hospital Garcia de Orta, as condições apresentavam dificuldades, dado que por diversas vezes fomos interrompidos. Antes de proceder à gravação de cada uma das entrevistas, informámos os participantes do objectivo do trabalho. As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos, tendo sido usado um gravador para registar toda a conversação. Após a realização de todas as entrevistas, procedeu-se à sua transcrição, no

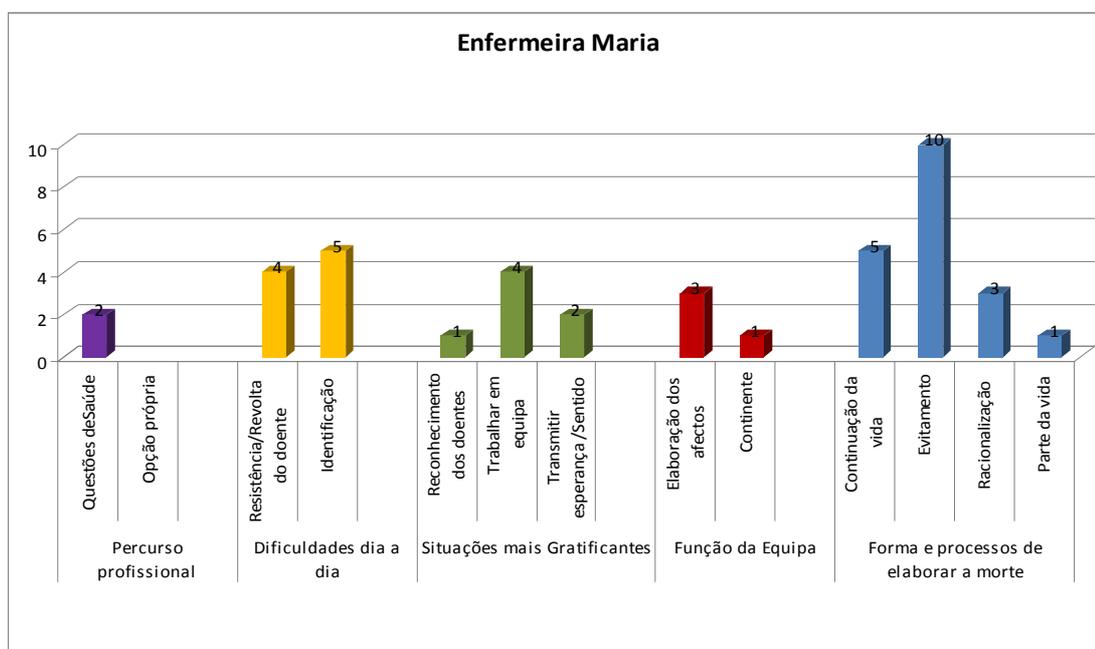
sentido de executar a respectiva análise. O método utilizado foi a análise de conteúdo, e para tal foram criadas categorias e subcategorias, que salientavam as questões a avaliar. Depois da recolha dos resultados, realizou-se uma análise qualitativa, com o intuito de seleccionar os mecanismos de defesa que mais se destacavam na relação dos profissionais com os pacientes terminais.

### 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta secção começamos por analisar os resultados individuais de cada sujeito, no sentido de verificar se se enquadram com o referido nas e em seguida passamos a análise dos resultados referentes às quatro entrevistas.

Informamos que de forma a garantir a confidencialidade, alteramos os nomes dos sujeitos.

**Tabela 1 – Análise da Enfermeira Maria**



Relativamente à categoria do percurso profissional, a opção recaiu por questões de saúde, dado que no momento a Enfermeira Maria apresentava algumas dificuldades físicas pois tinha artrite, e como neste tipo de unidade a forma de intervenção é mais psicologia que física, ela mudou-se à 4 anos para a Unidade de Dor.

Quando questionada sobre as dificuldades que sente ao trabalhar numa Unidade como esta, é peremptória em dizer que a revolta do doente é o que mais a incomoda.

*“ Sim para mim, o mais difícil, é o doente não aceitar nem um bocadinho aquilo que tem, é tudo tão mais fácil quando eles conseguem interiorizar o que têm...”* Enf.<sup>a</sup> Maria.

A identificação existe, está patente na forma como ela se relaciona com um doente,

*“...porque nós vemo-nos nas situações daquelas pessoas, principalmente nas mais novas, em que têm 30 ou 35 anos com filhos, e acabamos por pensar, e se fosse eu...”*  
Enf.<sup>a</sup> Maria.

O sentido de vida assim como a esperança transmitida aos pacientes, são de acordo o sujeito os melhores momentos, refere muitas vezes, que fazer sorrir um doente, é uma lufada de ar fresco.

*“ Eu sei que vai cair, vai morrer, está triste e deprimido, para mim, vale tudo, dar aquela lufada de ar fresco...”* Enf.<sup>a</sup> Maria.

Na categoria da função da equipa, a Enfermeira Jorge, dá especial atenção a existência de um local, onde se possa falar livremente sobre o dia-a-dia, sobre aquilo que lhes provoca angústia, para ela é claramente um espaço de partilha.

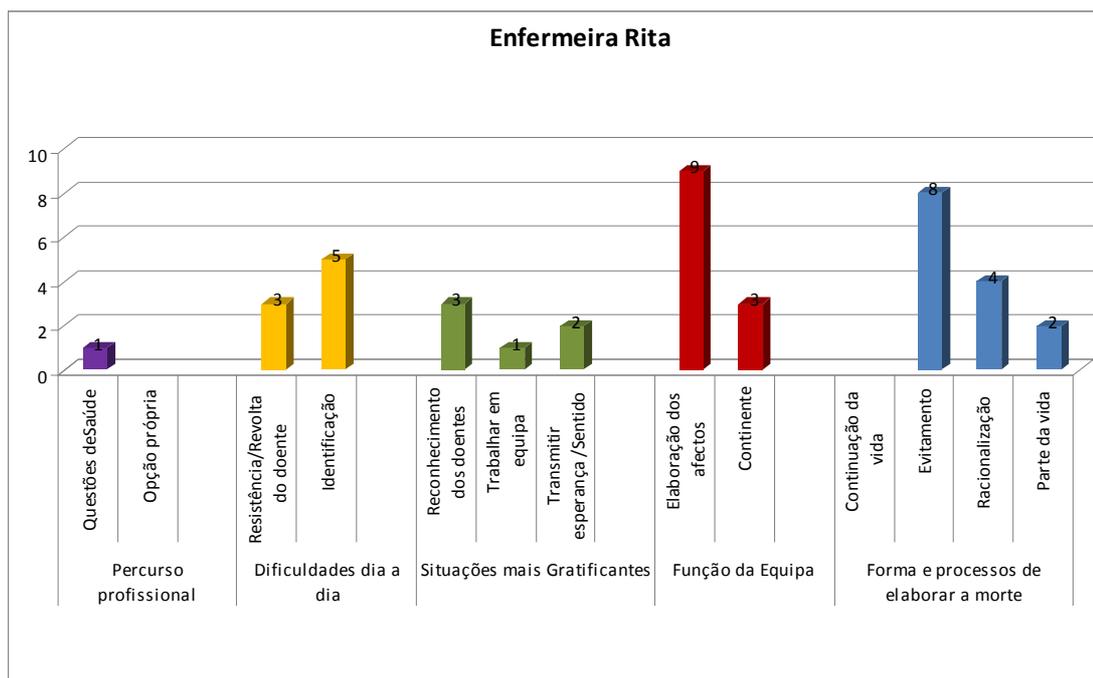
*“ Aqui há uma proximidade muito maior, se eu tiver um problema sou capaz de expo-lo, se isto não existisse era muito difícil de suportar...”* Enf.<sup>a</sup> Maria

Em última análise procurou-se analisar os processos utilizados para lidar com a morte, sendo que o factor de maior predominância, foi o evitamento, e isto comprova-se com a esta passagem

*“ há doentes que morrem no internamento, e fico a pensar, Deus queira que morra no fim de semana, e não durante a semana para não ser comigo, dou por mim, a pensar nestas coisas, e já tive casos em que morreram ao fim de semana...”*

De forma a proteger-se das questões relacionadas com a morte, ela prefere racionalizar, daí interpretar a morte como uma continuação, da vida, nada acaba naquele momento, “ não vejo a morte como uma coisa assim tão má, é a continuação, não sei o que virá depois...”

**Tabela 2 - Analise da Enfermeira Rita**



Tal como Enfermeira Maria, também a Enfermeira Rita optou por esta unidade por questões de saúde, ou seja juntou as duas coisas, o facto de ter um problema de saúde que a obrigava a abrandar o ritmo, já que estava anteriormente nas urgências, e o facto de gostar do tema e de ter tido uma situação em particular com alguém da Unidade da Dor, fez com que despertasse ainda mais o interesse pelo tema.

Conforme o gráfico, podemos constatar que a identificação é para a enfermeira Rita uma dificuldade, no entanto é algo que não quer perder...” *antes de ser enfermeira sou um ser humano, e tenho as minhas emoções, eu não posso durante o tempo que aqui estou, dizer que quando entro à porta do hospital todos os problemas ficam lá fora...*” Enf.<sup>a</sup> Rita.

Como forma de tratar a morte valesse muito pelo evitamento, conforme podemos verificar na descrição da história que mais a marcou, ela evitou confrontar-se com o paciente.

*“...e na semana em que ele faleceu, tive (chora), para minha salvaguarda, apesar de talvez um acto de grande egoísmo, não consegui ir vê-lo, porque ele tinha tido uma grande degradação a nível físico, e depois o pior é que ele pedia para eu ir, mas eu não consegui confrontar-me com aquilo...penso sempre naquilo que eu poderia ter dado, no final da vida dele, e sobretudo naquilo de bom que ele me deu enquanto estivemos juntos...”* Enf.<sup>a</sup> Rita.

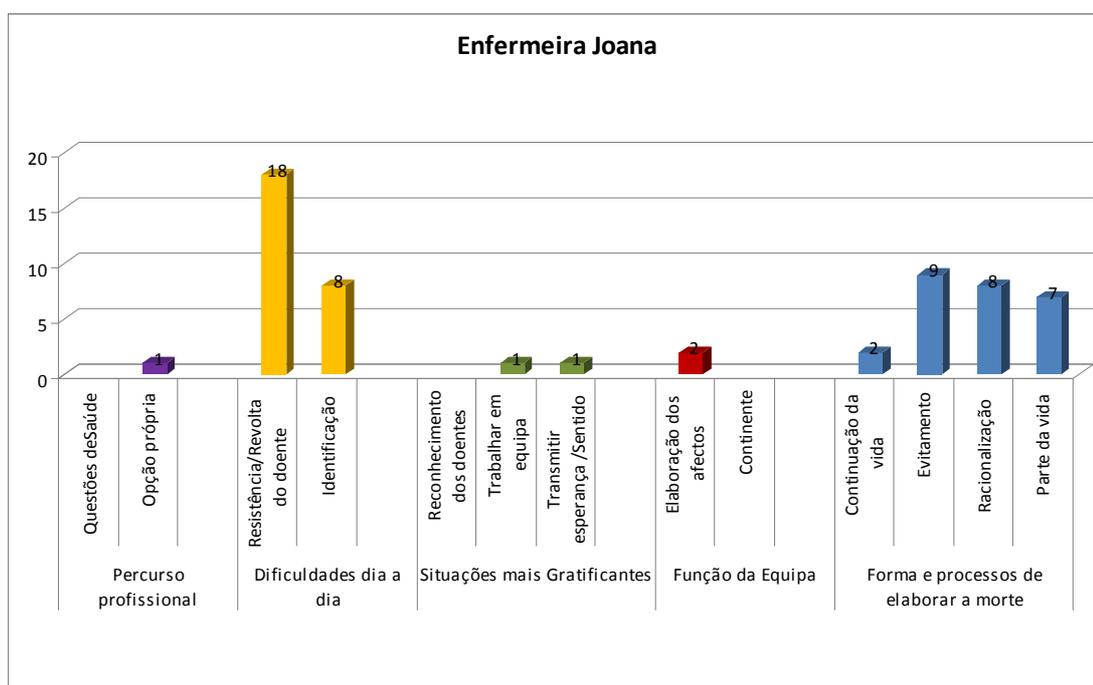
No entanto, para ela a equipa multidisciplinar tem uma função importante para a ajudar a elaborar estas questões, é nela que encontra o maior apoio. O facto de poder aprender, colaborar e sobretudo expor as suas emoções. A equipa surgirá como um local onde todos podem falar à vontade sobre as dúvidas, os medos as técnicas utilizadas, um sitio onde podem falar abertamente sobre as situações, que de alguma forma não ficaram esclarecidas.

“ porque pensar que trabalhar num local destes sozinha se consegue, ou que é possível é um erro, não se trabalha nem nunca se trabalhou é impossível. Somos uma equipa, e é como um todo que devemos trabalhar...” Enf. Rita.

No meio de todas estas situações, é importante percebermos que também existem coisas gratificantes como é o caso do sorriso que recebe como agradecimento, é a sua função é certo, mas o reconhecimento, pelo desempenho, é segundo as palavras da enfermeira Teresa o mais gratificante.

A nível dos processos de luto, e apesar de já termos referido o evitamento, como uma forma de estar, temos também a pensamento de que a morte é uma fase normal, tal como as outras pelas quais passamos.

**Tabela 3- Analise da Enfermeira Joana**



A Enfermeira Joana, chegou à Unidade da Dor há 2 anos, e escolheu esta Unidade por opção própria. Trabalhou muitos anos em cirurgia, contactou com muitos doentes oncológicos.

No entanto e porque existem situações difíceis de lidar, a enfermeira Joana, demonstra alguma dificuldade no que toca à raiva que os pacientes sentem, uma revolta que incide muitas vezes nas pessoas que estão à sua volta.

Segundo ela, dá-lhe pena, porque vão morrer assim.

*“ Para mim, o mais difícil é lidar com as pessoas que estão revoltadas com a situação, e até ao fim, nós estamos a ver que o fim é eminente e que era importante a pessoa dar uma volta para encontrar um sentido, para depois fazer um luto melhor...e eu acho que isso é o que me custa mais... Enf.ª Joana.*

Avança ainda com ideias há cerca do facto de não poderem curar a pessoa, nada poderem fazer para que as pessoas poderem escapar desta situação, tratando-se claramente de sentimentos de onnipotência terapêutica.

*“ ...custa ver as pessoas no fim de linha, a perderem tempo com este tipo de coisas. E aí é que está a nossa onnipotência, a nossa dificuldade e impotência, é um processo interior que a pessoa tem de fazer...toda agente deve ter o direito de morrer em paz...”*  
Enf.ª Joana.

A identificação que fez com um determinada paciente, levou a perceber um pouco mais que o sofrimento dos outros é deles e não nosso, mas esta percepção nem sempre se consegue fazer, obtendo a ajuda necessária a esta questão na equipa.

É muito fácil para ela, nos levarmos pelas emoções, contudo há que ter presente que a função é apenas ajudar.

*“...ok este é o sofrimento dela, não é o meu, mas este tipo de entrosamento não ajuda nada, portanto aqui é uma fase da vida dela, é o seu sofrimento, ela é que o está a viver, eu não estou a viver isto...”* Enf. Joana.

No entanto, também ela consegue evidenciar, situações positivas, e para tal enuncia a transmissão de esperança, uma esperança, que salva cada dia que a pessoa tem, e não uma esperança que a salva da morte. Cuidar de doentes e fase terminal não tem que estar associado apenas a aspectos negativos Twycross (2003). Para além das muitas formas de recompensa pelo trabalho, destaca-se o facto de poderem oferecer ajuda relativamente ao conforto e tranquilidade que a situação exige.

.  
*“...porque cada dia é um dia diferente, a ajudar as pessoas, ajudar cada pessoa na dificuldade que tem...”* Enf.<sup>a</sup> Joana.

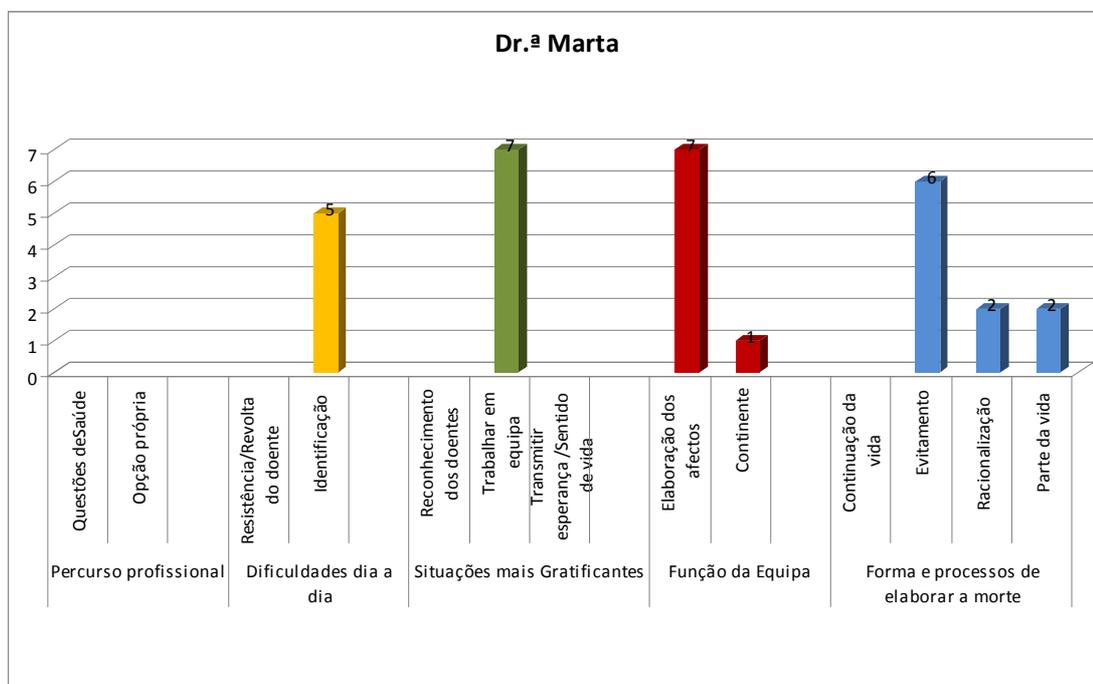
A equipa volta a ser uma das referências mais importantes, na medida em que dela precisam para expressar os seus medos, angústias e emoções, funciona como uma espaço de elaboração dos afectos, de continente, onde se fala de tudo um pouco.

Relativamente à categoria dos processos de luto, a enfermeira Joana, evidencia de entre as quatro apresentadas, a racionalização e a situação de que a morte faz parte da vida.

Segundo a enfermeira Joana, o facto de pensar a morte e a questão do sofrimento como algo que faz parte da vida, já que se todos nascemos, também todos temos de morrer, portanto quanto melhor estivermos preparados melhor,

*“...encaro a questão da morte e do sofrimento como algo natural ao percurso de vida, e esse facto ajuda bastante, não pensar, apesar de sabermos que é triste, que é uma desgraça, que a*

**Tabela 4- Análise do gráfico da Dr.<sup>a</sup> Marta**



Dada a escassez de tempo, por motivos profissionais, não nos foi possível aprofundar as questões, colocadas, nomeadamente, no que se refere à questão do percurso profissional. Nada se pode concluir relativamente aos motivos que levaram a Dr.<sup>a</sup> Marta optar pela Unidade da Dor.

No entanto salientamos, tal como nas outras entrevistas, a leve noção de identificação com os pacientes, presume-se que o facto de não ser muito referenciada, tenha a ver com o facto de estes passarem menos tempo com os pacientes, referenciando por diversas vezes que são os enfermeiros que se encontram mais presentes, e portanto mais sujeitos a situações de grande empatia.

*”... e com a ligação afectiva inevitável que nós profissionais temos, por mais que coloquemos carapaças e defesas, porque a gente organiza-se muitas vezes para essas defesas...”* Dr.<sup>a</sup> Marta.

*“...o médico está com o doente, faz as suas opções, mas de facto quem está mais com o doente é a enfermeira...”* Dr.<sup>a</sup> Marta.

A equipa é extremamente importante, sem ela nada disto seria possível, não se conseguiam fazer os lutos dos doentes, pois dado o investimento afectivo que fazem para com eles, é claro que ao perderem o doente, também eles passam por um período de luto, sendo que esse luto pode ser feito, em tempos diferentes, por pessoas diferentes.

*“...isto é um apoio grande interpessoal, nós temos muito apoio da equipa, não só por causa dos lutos, porque o luto não é só a morte física da pessoa, há vários tipos de morte, no meu conceito, que de facto enfrentamos aqui na actividade profissional, há uma relação de confiança entre pares, e nos vários grupos profissionais de maneira a que as pessoas se possam abrir, é que basta um ruir, para que todos possam ir atrás, aquilo é tudo canalizado...”* Dr.<sup>a</sup> Marta.

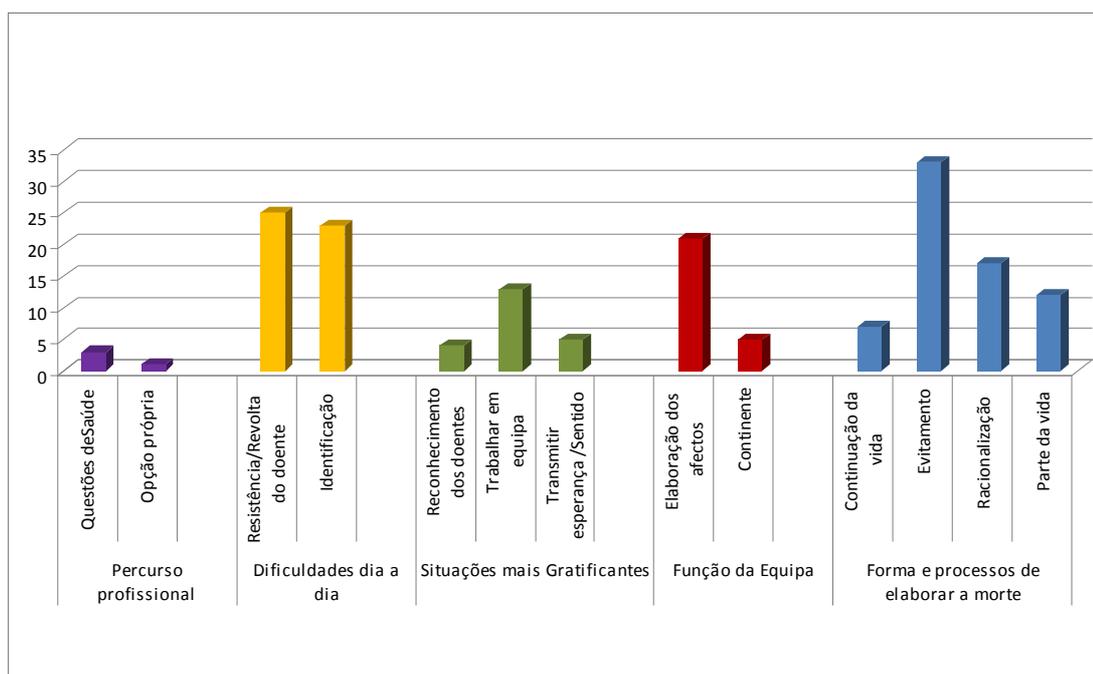
É constantemente referida a questão da morte, na categoria dos processos de luto, para a Dr.<sup>a</sup> Marta a morte é uma etapa inevitável, faz parte do ciclo de vida, é uma situação pela qual todos passamos.

Claro que segundo ela é uma forma de as coisas se tornarem mais fáceis, mas no fundo não é ajuda nenhuma, principalmente, quando somos confrontados com situações com as quais nos identificamos, como é o seu caso, situações pessoais, que se projectam no doente. Nunca se está preparado, por muito que de diga ou se faça.

*“...As defesas que nós tomamos, é para além daquelas que cada um arranja individualmente, que é sobretudo a racionalização, a objectivação, que é uma fuga*

*interessante e inteligente, mas que às vezes não controlamos porque os afectos interferem...” Dr.<sup>a</sup> Marta*

**Tabela 5 – Análise total das respostas dos sujeitos**



Após análise dos dados, observou-se que relativamente às dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde face aos doentes, a identificação é a atitude mais que mais se salienta. Relativamente a situações mais gratificantes, o que se destacou de entre as várias subcategorias foi o facto de trabalhar em equipa, levando mais uma vez à noção de equipa enquanto estratégia de solução de desgaste emocional, funciona para além disso como espaço de partilha de decisões e responsabilidade, de apoio e respeito mutuo Twycross(2003).

*“...A gente aqui, somos um nós, aqui não há um eu, estou a falar de mim, porque me perguntou, mas aqui o que há é uma equipa...”* Dr.<sup>a</sup> Marta

Finalmente a categoria dos processos de luto mais utilizados pelos profissionais de saúde, foi o evitamento e a racionalização, foram as formas de defesa.

A morte é vista como uma fase que tal, como as outras faz parte da vida.

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após análise das entrevistas, e no que aos temas abordados, destacamos a raiva do doente, associado possivelmente aos processos de luto feitos pelo próprio paciente.

Damos destaque também para o apoio da equipa multidisciplinar, que de acordo com os depoimentos, funciona como pilar, como suporte. De acordo com esta questão, é referido algumas vezes, que a Unidade só funciona, porque existe uma estrutura organizada, e montada de forma a responder de forma positiva aos pedidos dos profissionais.

*“...enfrentar tudo isto, ao longo dos anos, se não houvesse um grupo a funcionar sem as suas defesas montadas, quaisquer que sejam as formas de estar, umas mais vividas outras menos vividas e só com o grupo, se fosse por indivíduos isto era uma desgraça, nem pensar, era impossível, era insustentável...”* Dr.<sup>a</sup> Marta.

Outro dos temas foi o evitamento que estes sujeitos têm, em relação à morte dos pacientes. Cuidar de doentes na iminência da morte provocou inúmeras reacções nos profissionais de saúde. Identificamos, mediante as entrevistas, que os participantes formaram vínculos com os pacientes e, que sofreram com a separação e com a perda deles e conseguiram perceber essas manifestações. Que os profissionais demonstram uma enorme identificação com os doentes.

*“... eu achei que aquela semana ia passar e pronto, mas isso não aconteceu, ele faleceu e a ultima semana dele, em que me pediu para eu ir ao pé dele, eu não consegui ir, foi algo que me marcou muito...”* Enf.<sup>a</sup> Rita.

Ao vínculo afectivo e o envolvimento são intensos e alguns profissionais associam os doentes com os elementos da família e, por isso, relatam que sentem a sua morte como se se tratasse de um ente querido.

O vínculo existente é visto como uma relação de apego que é concebida como qualquer forma de comportamento que uma pessoa alcança e mantém a proximidade com outro indivíduo diferente e preferido.

*“...com a ligação afectiva inevitável que nós profissionais temos, por mais que coloquemos muitas carapaças e defesas...”* Dr.<sup>a</sup> Marta.

A partir dos dados empíricos, podemos afirmar que o profissional vive a perda e também faz o seu luto, com a morte do paciente que lhe é querido e que estabeleceu vínculo, *“...porque nós fazemos o luto dos doentes...”* Dr.<sup>a</sup> Marta. Identificaram-se expressões que descreveram a resistência que o doente tem assim como a revolta com a situação da doença, são sentidas pelos profissionais de saúde, como algo difícil de suportar, a negação impede o doente de poder fazer o seu próprio luto, de aproveitar os poucos momentos que tem.

*“... e até ao fim, nós estamos a ver que o fim é eminente e que era importante a pessoa dar a volta para encontrar sentido, para depois fazer o luto melhor...”* Enf.<sup>a</sup> Joana.

Uma das entrevistadas verbalizou a importância do doente aceitar um pouco que seja, aquilo que tem, de interiorizar a doença.

No decorrer das entrevistas, os profissionais relataram ainda outros sentimentos como: dor, injustiça, alívio, choque, medo, desamparo e raiva.

Esses relatos identificaram-se com a literatura, quando se argumentou que os profissionais da saúde, incluindo a equipe de enfermagem, apresentaram os sentimentos de pesar, frustração, derrota e tristeza, quando assistiram o paciente em iminência de morte.

*“...não era suposto morrer sozinho, e isso era o que mais me custava...”* Enf. Rita.

## 5. CONCLUSÃO

De uma forma geral a morte é um acontecimento que a todos assusta e que nos lembra a nossa vulnerabilidade humana. A morte lembra-nos a nossa impotência e traz-nos frustração.

Segundo Neves (2000) nascer é desde logo morrer um pouco e sempre foi a única certeza do homem.

A morte deveria ser vista como uma fase da vida, mais uma etapa tal como o é o nascimento, a adolescência, a juventude, o casamento, o ter filhos, são fases da vida que todos temos hipótese de ultrapassar.

Apesar de todos os avanços científicos e técnicos e do aumento da esperança de vida, a morte continua e continuará a ser uma ameaça do sentimento de onipotência do homem. Cada um de nós reconhece que a sua vida é limitada no tempo, mas apesar disso, a morte continua a ser rejeitada e a ser recusada obstinadamente e ainda hoje é considerada um tabu na nossa sociedade.

Sousa (1997) refere que o homem é, de facto, o único ser vivo que tem presente durante toda a sua vida, a ideia de morte, que acredita na sobrevivência, na continuidade e na imortalidade. Todos os doentes e famílias, durante a evolução da doença, mesmo na fase terminal, de uma forma mais ou menos nítida, recusam a sua morte.

Poucos são os doentes que se encontram preparados para a morte e, muito menos são os profissionais de saúde preparados para a morte dos seus doentes. Face à aproximação da morte, o doente vive um processo psicológico dramático e *“...enquanto o doente faz este percurso, o técnico de saúde percorre um outro itinerário semelhante, sempre a convergir para a tentação de fuga e é essa tentação de fuga que urge vencer.”* (Pinto, 1994). *“...ajudar uma pessoa a morrer bem, é apoiar o sentido de amor-próprio,*

*dignidade e escolha dessa pessoa até ao último momento de vida. Para o conseguir, devemos*

*prestar cuidados calmos, sensíveis e individualizados a cada pessoa de forma a que a sua experiência humana final, seja tão livre de dor, sentindo-se reconfortada, por ser vista como uma pessoa digna de cuidados mais atentos.” (Rodeia, 1998:112).*

Concluimos portanto que, ao lidar diariamente com o sofrimento, com a morte de pessoas com as quais mantivemos relações, qualquer profissional de saúde, poderá desenvolver estratégia para evitar a exaustão emocional. O enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo passa junto do doente, é ele que melhor conhece o doente e, normalmente, é com o enfermeiro que o doente estabelece uma relação mais próxima, daí ser muito importante desenvolver estratégias para resolver situações de stress quando se cuida o doente em fim de vida.

*“(...) cuidar do doente oncológico constitui uma das actividades mais exigente e desgastante a nível físico e psíquico a que estão sujeitos os profissionais de saúde requerendo maturidade profissional e estabilidade emocional face à doença” (Domingues, 2005: 9). Neste sentido, e perante a progressão da doença, “Trabalhar com doentes terminais não é fácil e requer toda uma filosofia de cuidar para a qual, reconhecidamente, não fomos preparados e treinados” (Loff, 2000: 43).*

Partilhamos da opinião de Pacheco (2002:128), que afirma que “... muitos enfermeiros sentem dificuldade em lidar tão perto com o morrer e, sobretudo, em comunicar com o doente. A atitude mais comum do enfermeiro é, então, muitas vezes desligar-se do doente e da própria morte, desenvolvendo mecanismos de defesa e os mais variados comportamentos de fuga

é fundamental criar-se um espaço continente de forma a que as emoções desencadeadas nesta profissão possam ter liberdade de expressão e deste modo possam vir a ser compreendidas como causa natural do conflito interno. Sugere-se que sejam proporcionados momentos para discutir as questões da morte e do morrer, tanto no meio

académico como hospitalar, levando à elaboração dos medos e fantasias da equipa de saúde frente ao desconhecido que essa questão desenvolve.

Ao tratar de pessoas em situação de doença avançada, incurável e progressista, e uma vez ultrapassado o receio de “ mexer nas nossas próprias perdas e feridas”, expomos a nossa fragilidade e vulnerabilidade. Temos efectivamente que nos sentir tranquilos e não ameaçados pelo sofrimento do outro, o que pressupõe uma certa maturidade. Na verdade, somos todos “ cuidadores feridos”- Wounded healers”- transportando os nossos medos, as nossas dores, as nossas perdas. É preciso assumir verdadeiramente a fragilidade da nossa condição humana, os nossos limites, para depois, como profissionais, pôr o melhor de nós ao serviço dos doentes e das famílias que necessitam. Ajudar e tratar os que estão em fim de vida, num período em que se despojam do que é secundário é, acima de tudo, um enorme privilégio. Aprendemos a valorizar o que deve ser valorizado, a distinguir o essencial do acessório, a buscar desde cedo um sentido para as nossas escolhas, a desfrutar do caminho e não apenas da chegada, enfim, aprendemos a viver melhor e a ser pessoas melhores.

*“Os que vão morrer ensinam-nos a viver.”* (Hennezel, 1993).

Porém é importante assinalar as limitações desta pesquisa; em primeiro lugar, as experiências apresentadas dizem parte apenas à Unidade de Dor de um Hospital, não sendo por isso passíveis de representar e uma população no geral. Outro ponto está na falta de tempo de alguns profissionais, que julgo ter limitado um pouco a elaboração das respostas. Provavelmente se existisse mais tempo, as conclusões apresentadas fossem outras.

## 6. REFERÊNCIAS

- Becker, E. (1976) *A negação da morte*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in Communication Research*, Nova Iorque, Free Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*, 3 vols., Nova Iorque: Basic Books
- C Cardoso Carlos, *Pelos Trilhos da Angustia* ( 2001), Vol III, nº1 Janeiro/Fevereiro
- Eizirik, Claudio et al (2000) *O medico, o estudante de medicina e a morte*. Revista AMRIGS, Porto Alegre, 44 (1,2): 50-55, Jan/Jun
- Figueiredo, R.,M & Turato,E.R. (1995). A enfermagem diante do paciente com H.I.V e a morte. *Jornal Brasileiro de psiquiatria*, 44(12),641-647.
- Freud, Sigmund. *Além do Principio do Prazer* (1920), Vol XVIII Edição Standart Brasileira das Obras Psicologicas Completas de Sigmund Freud 2ª Edição.
- Freud, S. (1917), *Luto e Melancolia*, Ed. Sandart Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Gonçalves, M.O (2001). *Morte e castração*. *Psicologia Ciência e profissão* 21 (1)
- Hogenraad, R. (1984). *Notes de Recherche I: Contenus Mentaux et Analyse du Contenu*, Louvain-la-Neuve, Faculté de Psychologie et des Sciences de L'Éducation.

- Jacobson, E. (1971). *Depression*; Nova Iorque: Internacional Universities Press
- Kastenbaum R, Aisenberg R. *Psicologia da morte*. São Paulo: Pioneira,1983.
- Klein,M. (1975). *Love, Guilt and Reparation*, Nova Iorque: Dell Publishing.
- Kovács, M. J. (2002). *Morrer com dignidade*. Em M. M. M. J Carvalho (Org.), *Introdução à Psiconcologia*. (pp. 263-278). Campinas: Livro Pleno.
- Kovacs,M.J(2003). *Educação para a morte: desafio na formação dos profissionais de saúde e educação*. São Paulo:
- Küber-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer. O que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion*. London: Free Associations Books~
- Leão,N, 81994). *O paciente terminal e a equipa interdisciplinar*. Em B.W.Romano. org. A pratica de Psicologia nos hospitais (pp.137-147) São Paulo.
- Mannoni, M. (1995). *O nomeável e o inominável: A última palavra da vida*. Rio De Janeiro: Jorge Zahar.
- Parker,J e Aranda, S. (eds.) (1998) *Palliative Care: Explorations and challenges*, Sydney: MacLennan and Petty
- Perazzo, S. ( 1985). *O médico e a morte*. Revista de Psiquitria Clinica, 12 96-100.
- Pitta A.(1990). *Hospital: dor e morte como oficio*: São Paulo Hucitec
- Prado, R. e Valle.(2005) "Atualização Terapêutica" - *Artes médicas* - 22ª Edição

Quintana, Alberto; Cecim, Patrícia & Henn, Camilo ( 2002) *O Preparo para lidar com a morte na formação do profissional de Medicina*. Revista Brasileira de Educação

Médica. Rio de Janeiro V26 nº3 Set/Dez

Rando T.(1993). *Treatment of Complicated Mourning*. Champaign, Research Press.U

Twycross, Robert. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores.Lisboa.

Vala, Jorge. (2007). *A análise de conteúdo*. Edições Afrontamento.

Warr, P. (1990a). The measurement of well-being and other aspects of mental-

- health. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148.

## 7. ANEXOS

## 7.1 ANEXO A

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta

Eu, Patrícia Maria Redondo da Silva Rocha portadora do Bilhete de Identidade nº 11744465, residente em R. Maria Lamas Lt- 48 Rc/Dt – Alverca do Ribatejo, estudante do 5º ano do curso de Psicologia Aplicada – vertente de Psicologia Clínica - no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Rua Jardim do Tabaco, nº 34, 1149 – 041, Lisboa.

Venho pela presente solicitar autorização para a realização de um trabalho de investigação, o mesmo faz parte da tese de final do 2º ciclo Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, sendo que o tema abordado será “ Angústia de Morte sentida pelos profissionais de saúde, face aos doentes em fase terminal ”.

O atendimento a pacientes terminais pelas equipas técnicas, mostra conforme literatura, as dificuldades que os mesmos apresentam, nomeadamente com a questão da “ Morte”.

Vários trabalhos constataam que a forma adoptada pelos hospitais para tratar a morte é colocá-la no lugar da exclusão, do silêncio (Milan, 1999; Quintana & Arpini, 2002; Valente & Boemer, 2000). A respeito dela nada deve ser falado, como também não devem ser demonstrados os sentimentos que a mesma desperta na equipa. Contudo observa-se que a morte (bem como o paciente que ela se aproxima) é um assunto que não deixa de inquietar, e provocar angustias, detendo a preocupação do ser humano desde sempre.

O presente estudo pretende compreender como é que os profissionais de saúde lidam com a angústia de morte, quais os mecanismos de defesa habitualmente utilizados, de forma a garantir a contenção dos afectos na unidade de oncologia. A pertinência do estudo tem a ver com a intensa necessidade da realização de um trabalho directo com as equipas de saúde com o intuito de lhes proporcionar um espaço de reflexão e de

entendimento, proporcionando o comedimento das emoções suscitadas na equipa de saúde perante a situação da morte.

Para tal, serão realizadas entrevistas semi-directivas, com os profissionais de saúde da Unidade da Dor.

Os resultados verificam as dificuldades por parte da equipa em lidar com pacientes terminais, sobretudo em comunicar aos mesmos a sua condição, tolerar a sua impotência, elaborar as suas crenças e fantasmas e ainda lidarem com as angústias associadas à morte.

Sem qualquer outro assunto

Obrigado

Atenciosamente,

Patrícia Maria Redondo da Silva Rocha

## 7.2 ANEXO B

### TEMAS

#### Percurso profissional

- Em que momento da sua carreira profissional, decidiu optar pela Unidade de Dor?
  - Como é trabalhar no campo da dor e da morte?

#### Experiência do dia-a-dia

- No dia-a-dia, quais os momentos sentidos como mais difíceis, mais insuportáveis.
- Consegue encontrar momentos gratificantes?
- Alguma vez pensou em mudar de Unidade?

#### Mecanismos de elaboração

- Quais as experiências mais angustiantes pelas quais tem passado? E como é que integra/elabora essas experiências?

- A nível pessoal, em que medida este tipo de experiência profissional a enriqueceu?
- É habitual sentir-se abalada, com a exposição repetida da morte?
- Para si é fundamental a existência de uma equipa, de forma a poder expressar as emoções sentidas no dia-a-dia?
- Tem algum caso que tenha marcado.

## 7.3 ANEXO C

Enfermeira Maria

Há quanto tempo está nesta Unidade?

Estou à 4 anos, faz agora em Outubro.

Em que altura é que optou por trabalhar nesta unidade?

Foi uma questão de saúde, não foi por opção, tenho uma artrite, antes estava na medicina, num dos sítios que eu mais gostei, eram mais velhotes, mais limitados, pronto gostei mais, mas como fisicamente há um limite, e aqui eu teria de intervir de forma mais psicológica, surgiu então a oportunidade de vir trabalhar para aqui.

Tem gostado?

Sim muito tenho adorado.

Nunca pensou em mudar para outra unidade já que aqui tem de lidar tanto com o psicológico?

Por motivos de trabalho não, é que eu tenho um problema, canso-me um bocado das coisas de estar sempre no mesmo sítio.

Daqui só saio para uma Unidade de Cuidados Paliativos. é muito diferente, aqui nós apoiamos as pessoas, elas são muito limitadas e muitos deles chegam aqui e dizem “ esta é a última porta”

### Como é a experiência do dia-a-dia?

Eu quando vim para cá, no início pensei que não conseguia aguentar, o espaço é muito pequeno, existem apenas 3 salinhas pequenas, e eu pensei, que era impossível trabalhar num espaço destes. Mas depois fui-me habituando, acham-se novas estratégias, apesar do ar claustrofóbico, mas à medida que o tempo passa vamos interiorizando as coisas.

O dia-a-dia depende das situações, por exemplo eu fui de férias em Agosto e tínhamos aqui um paciente em fase terminal, eu dei comigo a pedir que aquele doente morresse nas minhas férias. Há coisas que nos tocam mais. Este homem até me pediu o telefone de casa por causa de uma vez em que eu o ajudei com a máquina que ele tinha em casa.

### Há sempre relações que vos aproximam mais das pessoas, e essas são as situações difíceis?

Por um lado acho que se calhar ainda nos dão mais força, por exemplo este doente.

Quando voltei o Sr. continua exactamente na mesma situação. O que me custa mais é ver o doente a lutar contra qualquer coisa, é o doente continuar a resistir, a não aceitar o que tem, continuar a ter esperança.

### São as situações mais difíceis?

Sim para mim o mais difícil, é o doente não aceitar um bocadinho que seja o que tem, é tudo tão mais fácil quando eles conseguem interiorizar o que têm.

Há doentes que nem que vivam 100 anos vão aceitar o que lhes aconteceu. E é muito difícil tanto para o doente como para o cuidador.

### E a nível de experiências ou casos mais insuportáveis?

Mais no início, houve uma situação em que ainda ponderei vir embora.

Uma miúda de 25 anos a um mês de casar, foi um caso que apanhei logo no início ainda não tinha muita experiência, e foi um choque, até porque a família apanha-nos é a nós.

Eu até tenho uma certa tendência para a brincadeira e desta forma consigo gerir bem as coisas, e isso ajudou-me tanto nesta como noutra situação, outro caso, era uma Sr.<sup>a</sup> que a dada altura me disse “ *eu vou morrer*”, e eu respondi “ *todos nós morremos*”, e ela disse “ *eu não quero falar de todos nós, quero falar da minha morte*”.

Eu pensei o que é que eu vou fazer agora, então sentei-me disse-lhe que iria ficar ali, até que ela quisesse falar sobre a sua morte, os 10 minutos que ali estive pareciam mais 1 hora. Estas situações, se as pessoas não estão um bocadinho preparadas, são muito difíceis de gerir, porque nós vemo-nos nas situações daquelas pessoas, principalmente nas mais novas, em que têm 30 ou 35 anos com filhos, e acabamos por pensar, e se fosse eu, mas comigo funciona um pouco ao contrário, não sou eu, é uma pessoa que está à minha frente que vai morrer não sou eu, eu tenho 44 anos e ainda aqui estou.

Sou muito positiva, às vezes até de mais, mas é uma forma de me defender, dou sempre a volta pela positiva.

O Dr. Manuel Pedro em tempos trouxe um vídeo com duas pessoas amputadas a dançar, elas pareciam que tinha pernas, e eu disse “*que engraçado, estamos sempre a levar lições de vida*”.

### **Cada pessoa organiza-se conforme se sente mais confortável?**

Mas uma coisa é certa, uma pessoa não pode vir para aqui, dizer “*oh coitadinho, tenho muita pena*”, não é para isso que cá estamos, eles conseguem brincar connosco, comigo por exemplo alguns já olham para mim e começam logo a rir, porque sabem que eu tenho sempre uma palhaçada para dizer.

### **E os pacientes acabam por ir buscar a força que precisam a vocês?**

Eu se calhar uso um bocadinho, talvez como cariz de defesa mas a mim ajuda-me imenso e também vejo que os doentes gostam.

Nem que estejamos ao pé deles 30m já é bom, já conseguem sorrir, para mim é bom.

### Então é como se fossem os momentos mais gratificantes?

Sim, são momentos muito bons, para mim fazer sorrir um doente, que eu sei que vai cair, vai morrer, está triste e deprimido, para mim vale tudo, dar aquela lufada de ar fresco, tenho pena é que nós não tenhamos mais espaço para eles, e sobretudo para os cuidadores porque às vezes são mais carentes que o próprio doente. E o doente às vezes não entende isso, temos aqui um doente bastante grave que está sempre a culpar a mulher e as outras pessoas, se fosse outra já se tinha posto a andar, ele culpa a esposa, dá a sensação que a esposa é que teve a culpa de ele ter um acidente e ficar paraplégico. O cuidador é muito importante, muitas vezes é tão velho como o doente e confundem as medicações, tomar conta de tudo é muito complicado, têm muito medo de se baralharem. O que é importante é dar conforto ajudar a viver cada dia.

É difícil mas é muito giro, eu acho que é uma área diferente quem se envolve nesta área dificilmente fica indiferente, eu tenho pena de não ter disponibilidade para aprofundar mais conhecimentos, às vezes sabemos as coisas mais empiricamente, o que achamos melhor, depende do senso comum de dose de sensibilidade.

Embora nós tenhamos formação esta não está direccionada para estas áreas, vai um bocadinho do que nos achamos melhor.

O que tentamos é que os doentes nos conheçam a todas e nós dividimos um pouco o trabalho por todos, até porque se eu sentir que aquele doente se está a agarrar a mim ou à minha colega, tentamos que da próxima vez não seja ela a atendê-lo. Para que não haja tanta identificação. Por vezes há coisas que fazemos que pensamos ser o melhor, mas

ficamos com aquilo registado, para na altura podermos debater, na equipa multidisciplinar, tentamos ver a melhor maneira e as alternativas possíveis.

Todas as semanas temos uma reunião multidisciplinar onde estão reunidos médicos, enfermeiros e pessoal auxiliar, seleccionamos 2 ou 3 situações para depois debatermos juntos.

### É possível indicar-me uma situação onde isso possa acontecer?

Por exemplo o facto de um doente me ter pedido o telefone, por causa da ajuda que lhe dei, eu não lhe deu o número de telefone porque achava que eu não tinha de dar, mas fiquei com isso atravessado, e depois pedi para debaterem, e chegou-se à conclusão que nunca devemos dizer que não damos, dizemos sempre que o serviço não permite.

### A nível de situações mais angustiantes, o lidar com a morte é uma delas?

Eu não sei se isso tem a ver com o facto, de eu ser católica, não praticante, mas valho-me um pouco da religião para estes assuntos, não que eu ache que Deus castigou, porque Deus não existe para castigar, existe para ajudar, se calhar eu socorro-me um bocado disso, para poder encontrar uma solução, procuro às vezes em silencio meditar, para mim a morte faz parte da vida, encaro-a com alguma naturalidade, trabalhei em serviços com altos índices de morte, na medicina tínhamos doentes a morrer quase todos os dias, encaro a morte como uma continuação, para mim não é um fim, faz parte da vida. Embora em pessoas jovens custe mais, todos os doentes caminham para aí.

Não vejo a morte como uma coisa assim tão mal, é a continuação, não sei o que virá depois.

Em pessoas novas com 30 anos, com filhos pequenos e a morrer, claro que custa, só que como está doente e esta é progressiva, eu vejo como uma continuidade natural das coisas. É o circuito normal, quem cá fica tem de arranjar alternativas.

Eu lido muito bem, embora haja situações e situações.

No início envolvia-me mais agora, consigo separar-me um bocadinho mais das coisas, porque até acho que consigo ajudar mais, não me envolvendo tanto.

**É essa a defesa que tem?**

O humor e a prática já são muitos anos.

**A nível de experiências pessoal o facto de trabalhar neste tipo de unidade enriqueceu-a?**

Eu acho que me enriqueceu muito, aqui conseguimos ser mais enfermeiros, conseguimos ensinar, temos coisas a todos os níveis, por exemplo a nível da alimentação, as pessoas ficam em pânico, acham sempre que se não comer vai morrer à fome, nós tentamos sempre mostrar que se não comer não faz mal ele não vai morrer à fome, a comida já deixou à muito de ser importante.

**Há momentos em que sente vontade de chorar?**

Não há frente dos doentes, mas às vezes sim, tivemos um doente que tinha tido um tumor, e em consequência, não conseguia engolir, então foi-lhe colocado um tudo, e era ele que sempre que tinha problemas se entubava, passado um tempo teve um AVC, e ficou imobilizado, precisamente do lado que dispunha para se entubar, por isso deixou de ter autonomia para se entubar, o pouco que conseguia fazer, tinha deixado de existir. Estas situações nunca aparecem de forma isolada, aparecem coisas que ainda complicam mais, essas coisas chocam-me muito, muito mesmo, fico revoltada.

Se socialmente houvesse mais resposta para estas situações, sim porque o socialmente aqui não funciona muito bem.

Na minha opinião, os médicos são tomados, no fundo para curar, para tratar, e depois nestas situações ninguém quer cuidar, tratar do que sabem que já está iminente, e isso vê-se nas medicinas em que já não há nada a fazer, mas continua-se a insistir na medicina.

Basta dar a mão não fazer mais nada, chorar não choro mas fico triste. O meu sonho era poder abrir um centro com todas as condições, para poder ter lá estas pessoas que não têm quem cuide delas. Para eles nós acabamos por ser mais uma família.

### Há algum caso que a tenha marcado?

Tenho um mas este foi bem no início, ainda não estava preparada para isto.

Foi um Sr.<sup>a</sup> Brasileira com uma neoplasia gástrica, num estágio muito avançado, e então tinha decidido que queria morrer no Brasil, o avião era às 18h00, ela não aguentava sem os analgésicos, não ia aguentar de certeza a viagem, não sabemos o fim dela, se chegou ao Brasil ou se morreu no avião, colocámos-lhe um cateter epidural, para ela poder administrar os analgésicos à medida que ia precisando, tudo isto com autorização de forma a poder chegar ao Brasil. Nunca mais me esqueci aquilo chocou-me bastante.

Mas mesmo assim e há doentes que morrem no internamento e fico a pensar em Deus que morra no fim-de-semana, e não durante a semana para não ser comigo, dou por mim, a pensar estas coisas, e já tive casos em que morreram no fim-de-semana.

### Acaba por querer fugir um bocadinho?

Eu até encaro bem, e se a família estiver ali, eu até consigo ficar. Mas espero sempre que aconteça ao fim de semana, em medicina há uma coisa que se faz quando a morte está eminente, puxa-se a cortina, esta era uma coisa que eu nunca conseguia fazer, uma vez tive uma discussão com uma médica, porque o doente estava quase a morrer e ela puxou a cortina, e eu quando entrei puxei a cortina para trás, ela disse porque é que eu tinha puxado a cortina para trás, e eu disse-lhe que tinha de ver o doente, e acho que é necessário ver quando o doente está a morrer, se a Sr.<sup>a</sup> queria que ele morresse sozinho levava-o para casa.

As alturas da minha vida profissional, em que me custou mais foi quando fazia as noites e durante a noite quando íamos fazer a ronda aos doentes, encontrávamos um morto, eu

dizia bolas a pessoa estava no hospital e acabou por morrer sozinho à mesma, não é suposto morrer aqui sozinho e isso era o que mais me custava.

### E como é que se organizava?

Aquilo depois já é uma rotina, um ritual, um circuito, e depois temos de seguir os trâmites normais, ligar à família, chamar o médico etc., mas o facto de morrer sozinho choca-me um bocado, veio para aqui e acabou por estar sozinho.

### Acabamos então de ter quer tempo quer a experiência como “companheiros”?

Sem dúvida, e a equipa também ajuda muito, funcionamos muito bem.

Estas reuniões são fundamentais, somos uma equipa.

Aqui há uma proximidade muito maior, se eu tiver um problema sou capaz de expô-lo, se isto não existisse era muito difícil de suportar.

Ainda voltando a este doente que eu pedi que morresse nas minhas férias, eu raramente falo de doentes em casa, e deste eu já falei, ele veio cá da 1ª vez com uma neoplasia gástrica, ele era motorista da rodoviária que eu apanhei durante tantos anos, mas quando ele cá chegou eu nem o conhecia, ele estava tão diferente, ele já tem o tumor há 8 anos, e quando ele cá entrou, fui eu que fiz a 1ª entrevista e ele disse-me “ *então não me conhece?* ” e eu disse-lhe que não, então o Sr. mostrou-me uma fotografia, quando vi, é que me apercebi de quem era, estava irreconhecível, levei um balde de água fria., ela não era da minha família, mas fazia parte do meu dia-a-dia.

Adoro trabalhar aqui, todos os dias há coisas novas, todos os dias aprendemos e mesmo nesta fase da vida das pessoas, dão-me sempre um enorme gozo, porque são fases em que as pessoas menos investem e se interessam e são as fases que as pessoas mais precisam de ajuda, qualquer situação até, o simples esmagar de uma peça de fruta, faz a diferença.

Daqui só saio para uma unidade de cuidados paliativos, nas urgências não. Se eu tiver oportunidade ainda tiro uma formação, mesmo que não seja curricular.

É mais fácil, eu continuar a pensar que tudo isto é uma continuidade.

#### 7.4 ANEXO D

##### Enfermeira Rita

###### No seu percurso profissional quando é que optou pela unidade da dor?

Eu tenho o meu curso à 15 anos, quando sai da escola vim directamente para as urgências deste hospital, onde trabalhei durante 4/5 anos. Nesse percurso profissional, houve, a uma dada altura tive um problema grave de saúde e tinha de sair do serviço. Nunca tive muito interesse, se assim podemos chamar de ir para uma enfermaria, achava que era demasiado rotineiro e não tinha a ver com a minha personalidade.

Na minha passagem pelo serviço de urgência houve uma visita de uma enfermeira da unidade de dor deste hospital, no sentido de nos ensinar a administrar analgésicos, na altura a forma de estar e a empolgação com que ela falava, chamou-me a atenção, não era fascinante o que ela estava a dizer, mas de alguma forma aquilo mexeu comigo, até porque nessa altura tinha de decidir o que fazer, confrontei a supervisora que nos dava apoio e disse-lhe que o único sitio onde tinha curiosidade era a unidade da dor e foi-me concedido.

Há 10 anos que cheguei aqui a cima, e à 10 anos que estou a trabalhar com o grupo, e tem sido sempre muito gratificante.

###### Nunca pensou em mudar?

Chega-se a uma determinada altura em que a pessoa questiona, 10 anos é muito tempo na nossa vida profissional, foi aqui o que eu dei até hoje, tenho muito para dar ainda, mas foi aqui que eu dei os melhores anos da minha carreira profissional.

Eu estive sempre acompanhada da melhor maneira, de pessoas com enorme qualidade, que me ensinaram a fazer tudo muito bem, e a conferirem vontade de aprender e de fazer sempre melhor.

Não quero mudar, é uma área que eu gosto muito, é uma área que naturalmente me faz sentir com apetência para continuar, tenho também uma grande felicidade, porque todos trabalhamos em equipa, principalmente num espaço tão pequeno, como é o nosso as pessoas têm de trabalhar muito em equipa, para que tudo corra bem. Caro que isso é mais um estímulo em que me faz sentir que quero ficar.

Não lhe posso dizer que não há dias, em que pensamos, bom se calhar é altura de mudar, mas não é uma situação que se sobreponha às outras, e que tenha muita necessidade.

### Como é que se experiencia o dia-a-dia nesta unidade?

No nosso curso de base, não temos apesar de hoje já existir mais, uma certa preocupação com aquilo que as pessoas passam nestas unidades, saibam lidar com todas estas experiências. Até mesmo os próprios serviços já estão organizados e estruturados de forma diferente mas ainda não têm tudo.

Na minha formação de base tive algum treino, acerca de possíveis situações de morte e de como tratar as situações da terminalidade, também o facto ter trabalhado nas urgências serviu de treino.

O vir para a Unidade da Dor, faz com que as ideias sejam mais que muitas, principalmente para quem vem de um serviço de urgência, em que o importante é cuidar e fazer com que melhore, para depois se dar alta.

Há coisas que não temos aqui, por exemplo o internamento, e por isso não podemos prometer aos nossos doentes alguma coisa que de antemão, já sabemos que não podemos cumprir, isso é devastador para eles e para os familiares. E nós não temos o direito de

fazer isso, e não podemos levemente dizer, e depois perceber e não emendar. Deve ser sempre assim. Devemos sempre explicar o porquê das coisas, cada família é uma família, cada doente é um doente mas existem sempre pontos coincidentes.

### Como é trabalhar todos os dias com a morte?

Quanto maior for a informação, melhor é a preparação e a forma como se podem dar as diversas respostas.

Cada pessoa é uma pessoa, cada família é uma família, mas existem sempre pontos coincidentes porque há situações que se repetem, mesmo que não seja necessariamente a nível de patologia. São doentes muito sofridos pela vida, quando chegam à Unidade da Dor, já é uma doença, a dor é algo que os acompanha há algum tempo e não tem só a ver, com a dor que sentem por não poderem fazer as coisas, é algo que os destrutura completamente, eles ficam sem rumo não conseguem apanhar um fio condutor, que leve tudo isto a um porto seguro e que se consigam organizar, e aqui nós temos um papel fundamental, não podemos fazer substituição nenhuma dos familiares, mas se calhar podemos de alguma forma e com eles, conseguir sugerir, e se nós tentássemos assim, porque tem de ser sempre com a aceitação deles, nada é imposto, nenhuma informação que é imposta pode ser bem recebida.

### Doentes em fase terminal o que é muito difícil?

É sempre muito complicado quando temos esses doentes durante algum tempo ( e isso acontecemos) e que têm connosco feito um percurso na doença, e têm criado connosco, uma ligação, nós temos de ser coerentes e conscientes, daquilo que pensamos não podemos (o empatizar como à pouco dizia, por exemplo temos uma mulher da mesma idade que nós), a projecção para ele, e se fosse eu, nós não temos de pensar em nós, isto tem e terá sempre uma aplicação na nossa família, mas isso é uma coisa que nós que já cá estamos, temos de passar para os elementos que vêm a seguir, temos que os

acompanhar quando eles chegam à unidade que estar ao lado deles, e perceber quando precisam de ajuda, porque as pessoas não se devem obrigar a fazer algo, e a acompanhar alguém, para a qual não têm disponibilidade. Somos para além de tudo seres humanos e é nossa base que temos sempre que viver, o profissional veio a seguir, numa opção de vida.

Por isso e para mim o mais insuportável, é a sempre a existência de crianças, é uma família, que tem um dos elementos gravemente doentes, nós à partida já sabemos qual vai ser o trilho daquela estrada em que eles entram e já não saiam mais, e a existência de crianças é muito complicada, porque nós de alguma forma tentamos sempre que o outro elemento da família que vai informando, vá dizendo que o pai ou a mãe estão doentes, nós tentamos disponibilizar a psicologia clinica, não esconder, nós não precisamos de dizer –“ olha o teu pai ou a tua mãe vai morrer”- nós tentamos de alguma forma organizar a cabeçinha deles, dependendo sempre da idade. É o que mais me aflige é quando temos aqui situações de doentes muito novos, é quando há uma família a ruir, claro que se reconstrói. Mas é muito violento.

### Como é que lida com isso?

Não me distancio, detesto entrar naquele registo- “ Ok eu fiz a minha função de enfermagem, e agora está feito”- não me envolvo em nada que não saiba que não posso dar resposta, muitas vezes o falar da morte com o doentes, em que ele me pergunta “ acha que eu vou morrer? ”, normalmente o que faço é projectar a resposta para o doente, “ o Sr. o que é que acha? Acha que vai morrer? E a partir daí dialogamos, porque dizer que todos nós morremos, neste tipo de doentes, não é aplicável é uma frase complicada e o “ deixe estar que vai correr tudo bem”, mas temos muitos familiares que aqui chegam e nos dizem olhe por amor de Deus não lhe conte nada, porque ele não sabe o que tem.

Não há um único doente nesta Unidade que não saiba aquilo que tem, pode não querer falar sobre o que tem, está no seu legítimo direito, nós não temos que o forçar e não é nossa função, eu tenho de ver quais as perspectivas de vida que o doente tinha para a sua vida, e o que é que ele tem agora, e porque é que ele acha que não as consegue realizar, porque há algumas coisas que ele consegue realizar, e as pessoas nem lhes passa isso pela cabeça, e quando nós de alguma forma lhes conseguimos mostrar que dos projectos de vida que tinha, não é porque tem uma doença grave, ou que vai morrer daqui a umas semanas, que não vai poder realizar, isto não é fácil, é muito lindo mas é um ser humano que ali está.

Quando percebem falando com alguém fora do âmbito familiar, que essas coisas até são possíveis de realizar, porque não se envolvem, o que eles habitualmente têm é uma certa cumplicidade, enganam-se uns aos outros, o familiar não quer que o doente saiba, e vice-versa e nós estamos no meio disto tudo, e não podemos de maneira nenhuma desmantelar esta situação, é a vivência deles, eles é que querem viver assim, mas sozinhas com um e com outro, podemos mostrar-lhes que isso não tem de ser assim, temos por exemplo, um casal, em que o marido está muito doente, foi-lhe diagnosticado um tumor à 8 anos, mas o prognóstico era muito reservado e limitado, no entanto agarraram-se com unhas e dentes, e a surpresa foi positiva, contudo à uns dias vi a esposa e cada vez que ela, talvez de à um mês para cá, quando ela chega ao pé de nós vinha lavada em lágrimas, ela é uma pessoa cheia de força, com muita vontade de ajudar o marido, e eu disse-lhe, à quanto tempo é que a Sr<sup>a</sup> está casada com o seu marido, 45 anos respondeu ela, mas ao pé dele faço sempre teatro, e eu disse-lhe se ela achava que eu que se eu que, não a conhecia à muito tempo, talvez à 2 anos, percebo a angústia no seu olhar, diga-me como é que uma pessoa, que está casada consigo à 45 anos não percebe.

Ele não lhe diz porque também não quer falar sobre isso, se calhar algum de vocês vai ter de falar disso, alguém vai ter de tomar a iniciativa, ou se calhar não, se for essa a vossa maneira de lidar como assunto. Neste momento não esteja a pensar que o seu

marido, não percebeu que a Sr.<sup>a</sup> está angustiada, porque ele sabe, resta saber se querem falar sobre o assunto ou não.

Tenho tido muitas boas experiências, e se disser “ ah mas não sente no seu intimo que as coisas podiam acontecer de outra maneira, que é uma injustiça? estou a mentir se disser que não, às vezes penso, sobretudo quando estou a trabalhar “ por amor de Deus, há tanta gente que faz tantas maldades” eu também questiono, e para além de tudo e como disse atras, antes de ser enfermeira sou um ser humano, tenho as minhas emoções, eu não posso durante o tempo que aqui estou, dizer que quando entro à porta do hospital todos os problemas ficam lá fora, não, não deixo de lado, nem quero que estejam, porque fazem parte de mim, eu sou uma pessoa, senão passo a ser um robot dentro do hospital, e fora sou outra.

Esta questão tem muito a ver com a própria personalidade, sou sempre muito frontal, e às vezes tenho de me controlar um pouco, e isso aprende-se, é um treino que tenho feito, sempre com a ajuda das pessoas que me acompanham.

Porque pensar que trabalhar num local destes sozinha se consegue, ou que é possível é um erro, não se trabalha nem nunca se trabalhou é impossível. Somos uma equipa, e é como um todo que devemos trabalhar.

### **As reuniões são uma espécie de contentor, onde podem falar do que sentem?**

A passagem de informação, do que se sente, o que é que aquilo representou, para mim é fundamental, nós para além dessas reuniões, onde expressamos todo o sentimento e informação que tivemos em relação aquela situação ou outra que nos despoletou mais um quiproquó, que achamos nós não conseguimos resolver da melhor maneira, é preciso que o grupo pense connosco, para resolver, temos também uma reunião com a psicologia que nos dá apoio, falamos sobre temas, que ou ela ou nós sugerimos, pode ou não ter a ver com doentes nossos, falamos da morte, do luto, podemos falar de um caso específico que nós pedimos, que debatemos informalmente, mas com muita formalidade às terças feiras de manhã.

Quando se fala em algo que não é usual ou que não é habitual dentro da equipa, essa pessoa faz a pesquisa dentro da equipa.

Todas as quintas feiras equipas nos juntamos para fazer uma reunião, onde se debatem muitos temas.

### Há algum caso que a tenha marcado mais?

Tenho um caso, em que fiz aquilo que não voltei a fazer mais nesta unidade, tínhamos um moço com 19 anos vindo da Guiné, ele era gémeo de outro rapaz que já cá estava a estudar e diagnosticaram-lhe uma neoplasia, o tumor andou oculto uns tempos e depois na fase final, é que se soube a origem, era algum coisa na cabeça, todo o serviço de pesquisa foi feito com a equipa de oncologia de otorrino e com a Unidade de Dor, ele tinha características que me fascinavam, ele não tratava ninguém por enfermeira ou medica, era tudo pelo nome próprio. Nós temos varias escalas de avaliação de dor, em que se tenta classificar o nível de dor em que os doentes estão, eu lembro-me que ele estava terrivelmente cheio de dor, e dizia que tinha um vasto 2, que era não ter dor, cada vez que ele nos dizia um 10 a sorrir, nós já sabíamos que ele estava extraordinariamente aflito, no percurso dele, ele criou connosco uns laços de uma amizade pura, que não lhe consigo explicar, ele foi-se introduzindo nas nossas vidas, sem que fizesse muita coisa, ele estava cá com esse irmão e com outro mais velho, e vinha sempre sozinho, porque um dos irmãos tinha de trabalhar, porque o outro tinha de estudar porque era para isso que tinha uma bolsa.

Foi-se criando uma grande cumplicidade, a dada altura do percurso, ele melhora e teve vontade de estudar, na altura tinha uma pessoa de família que estava ligada à formação e na altura investia-se imenso na formação profissional falei com ela e ele com a instituição, foi-lhe então concedido um curso de formação profissional, nuns moldes nunca vistos, ou seja, ele consegue ir ao curso apenas quando pode ir, por causa dos exames, isto porque a partir de x números de faltas eles perdiam o direito à remuneração, não tinha que estar preocupado com a permanência.

Ora logo à partida isto não é normal, o mais normal é que exactamente o que fez com a nossa equipa, consegue fazer também com a equipa de formação, ele fascina as pessoas, cada vez que estava com dificuldades, com dores, as pessoas pegavam nele e vinham trazê-lo aqui.

Isto são, coisas que ainda acontecem, muitas vezes porque o ser humano é isto, foi muito violento para mim quando ele faleceu. Eu tinha plena consciência que a situação dele se tinha agravado, drasticamente, a mãe dele também veio, e era igualzinha ao filho, fascinava também pela humildade e simpatia.

Nós continuámos a acompanhá-lo mesmo na presença da mãe, e na semana em que o ele faleceu, tive (chora), para minha salvaguarda, apesar de talvez um acto de grande egoísmo não consegui ir vê-lo, porque ele tinha tido uma grande degradação a nível físico, e depois o pior é que ele que pedia para eu ir, mas eu não consegui confrontar-me com aquilo, foi um momento muito complicado, eu achei que ia passar aquela semana e pronto, mas isso não aconteceu, ele faleceu e a ultima semana dele, em que me pediu para eu ir ao pé dele, eu não consegui ir, foi algo que me marcou muito, posso dizer-lhe que não é que não esteja resolvido, mas penso sempre naquilo que eu poderia ter dado, no final da vida dele, e sobretudo naquilo de bom que ele me deu enquanto estivemos juntos.

Por isso uma das mensagens que passo a quem entra.

Quando disserem que enfermeiros não choram, choram, porque se tiveres de chorar com o doente, choras, se isso fizer parte da vossa terapia de relacionamento, chorem. Eu nunca fui ter com ele na última semana, porque até hoje de cada de cada vez que falo sobre o assunto, fico perturbada.

### O que é que mais gratificante?

É tudo, muito gratificante, é aquilo que eu todos os dias absorvo e recebo destes familiares dos doentes, e absorvo com o sorriso que nos dão, com o agradecimento nas palavras que nos dizem, é a nossa função é certo, mas o reconhecimento que eles nos

fazem, pelo desempenho, que temos todos os dias para com eles é o mais gratificante, nesta Unidade.

É igualmente gratificante trabalhar com uma equipa onde posso aprender e sobretudo saber que posso contar com eles, posso sempre investir mais, porque há sempre alguém que acompanha. Há muita coisa para investir que ainda não se investiu.

O dia em que eu achar que nesta Unidade eu já aprendi tudo, é o dia em que me vou embora. Porque fazer por fazer, porque já fiz muitas vezes e tenho de fazer igual, não faz sentido.

Eu assusto-me muitas vezes com as pessoas que saem da escola de enfermagem, porque lhes digo sempre, não façam as coisas por fazer, percebam sempre o que estão a fazer porque à vossa frente não está um robot, está uma pessoa, um ser humano, até quando ele é agressivo para vocês, tem um motivo para essa agressividade, e nós temos obrigação de perceber, não temos de aceitar a agressividade que nos é feita. Nesta base tudo o que eu faço aqui juntamente nesta Unidade juntamente com estas pessoas, tudo isto é muito gratificante.

## 7.5 ANEXO E

### Enfermeira Joana

#### Como é lidar constantemente com a morte, lidar com as atrocidades do dia-a-dia?

Eu penso que fundamentalmente, é a equipa porque como somos uma equipa pequena, permite-nos uma boa organização e como tal nem sempre é a mesma pessoa a ver o mesmo paciente/doente e a mesma família. É muitas vezes, mas pode não ser sistematicamente, até pela forma como o trabalho está organizado. Eu acho que isso é bom, porque acaba por fazer com que, quando um técnico está assim numa fase de dificuldade com o doente, o facto de poder fazer uma paragem ajuda. Isso é sem dúvida fundamental. A equipa é bom também no seguinte sentido, quando custa a mim, diz “ok está a custar-me” e outra colega vai ao auxilio, não vais tu vou eu, e acho que isso é importante, tem a ver também com as estratégias e com a própria pessoa.

A forma como a pessoa é (personalidade) acaba também por ajudar, a gerir toda esta situação.

Ajuda a gerir um bocadinho, encaro a questão da morte e do sofrimento como algo natural ao percurso da vida, e esse facto ajuda bastante, não pensar, apesar de sabermos que é triste, não pensar que é uma desgraça que a vida perdeu o sentido ali, mas que a nossa ajuda é importante, a ajudar a família, a ajudar o doente a encontrar um sentido e uma esperança, mesmo quando a morte está eminente.

#### Isso é o mais gratificante?

Penso que o mais difícil, também é transmitir esperança, parece um paradoxo, mas eu acho que isso é que é a grande mais-valia, não pensar que temos de salvar a pessoa, porque a pessoa, porque às vezes não é por aí, é salvar cada dia que a pessoa tem, é a vida que ela tem cada dia, ajuda-la a cada dia, e o trabalho é muito estruturado nesse

sentido, preparar a pessoa para viver com o maior apoio afectivo que puder, porque nem sempre a família está presente e assim já me dá um sentido diferente, porque cada dia é um dia diferente, a ajudar as pessoas, ajudar cada pessoa na dificuldade que tem.

**E o que é que é mais difícil no dia-a-dia?**

**Na relação doente, é a esperança que se tem de dar?**

Para mim, o mais difícil é lidar com as pessoas que estão revoltadas com a situação, e até ao fim, nós estamos a ver que o fim é eminente e que era importante a pessoa dar uma volta para encontrar sentido, para depois fazer um luto melhor, mesmo os familiares, e às vezes isto não acontece, eles não estão a conseguir, ou porque se recusam a ver que o fim está próximo ou porque se revoltam, nota-se que estão a viver agarrados a muitas problemas a muitas coisas, que não os leva a lado nenhum, eles canalizam as energias todas para ali e esquecem o resto.

As pessoas que estão muito agarradas ao dinheiro às contas, quando sabem que vão morrer, isso é às vezes o mais difícil, continuam a viver como se continuassem a gerir tudo.

**Nem acabam por viver em pleno!**

Não vivem, dá muito pena porque vão morrer assim, e eu acho que isso é o que me custa mais.

Aproveitar o momento com família, a família com o doente, é o mais importante, e às vezes estão preocupados com outras coisas, não se querem perdoar mutuamente.

Porque depois esta pessoa morre de forma intranquila, dá-lhe a sensação de não ter vivido a vida na plenitude de que é possível.

E à família que muitas vezes ficam com sentimentos de culpa que são difíceis de ultrapassar, e por vezes temos lutos mal resolvidos e depressões.

**Bastava que a pessoa se pudesse despedir, era tão simples.**

É mais interior, porque mais dor menos dor, nós vamos ajudando, vamos falando, mas isso é qualquer coisa que a pessoa tem de fazer, com um trabalho de humildade para com ela e para com a vida e isso é um bocadinho complicado.

São aquelas pessoas que viveram, e não tem a ver com classes altas ou baixas, têm um orgulho enorme, tem a ver com pessoas que viveram com um controlo enorme e ainda acham que estão a controlar, para mim, isso é a maior dificuldade.

Custa ver as pessoas no fim de linha, a perderem tempo com este tipo de coisas.

E aí é que está a nossa onnipotência, a nossa dificuldade e impotência, é um processo interior que a pessoa tem de fazer.

**E no percurso profissional, em que momento optou por esta unidade?**

Olhe eu trabalhei muitos anos em cirurgia, e lá contactei com doentes oncológicos e em fim de vida, e é uma área que eu acho interessante, exactamente por estas pessoas em fase terminal, pelos processos que fazem e que podem ser tão diferentes.

Porque eu acho que toda a gente deve ter o direito de poder morrer em paz e despedir-se das pessoas, e viver com todas estas questões, mas com a tranquilidade do que lhe é possível, nota-se sempre, salvaguardando e eu acho que é uma área interessante, e eu acho que quando a vida de uma pessoa acabou, o que fez, fez, a paz que conseguiu viver viveu, e às vezes é mesmo nos últimos minutos que a pessoa cai em si e aceita viver o que foi possível, e depois há uma certa tranquilidade e eu penso que foi um bocadinho isso.

Eu na cirurgia já tinha o gosto em trabalhar com estes tipos de doentes e depois surgiu a oportunidade de vir trabalhar para esta unidade de dor, e numa dada altura do percurso fez-me sentido – olha era interessante trabalhar aqui, embora .a maioria dos doentes não

sejam oncológicos, mas fazem também um processo de luto em relação às perdas que têm, às perdas que a dor lhes provoca e portanto o sentido da vida o sentido da perda ( o facto de não ser só com a morte), por exemplo os doentes com dor crónica fazem também as mesmas fases em relação à perda , em relação à vida, mas às vezes igualmente intensas, porque às vezes há muita projecção os culpados eram sempre os outros, da doença, acabaram com a minha vida, agora já não tem sentido, são as mesmas questões, embora em situações diferentes, penso eu, é como se estivessem mortos, sem alegria sem esperança, só falta a máquina parar, e portanto fazem o mesmo percurso. Não é a mesma coisa mas está relacionado, tem a mesma raiz.

É uma perda muito grande a dor crónica, é transversal, também provoca uma ruptura nas relações afectivas ninguém está para aturar um doente queixinhas.

#### A dor não se vê, sente-se?

É como a iminência da morte, que podemos ver, mas aqui a pessoa está viva, nunca sabemos qual é a situação, portanto nunca estamos preparados, não sabemos logo acho que é um processo muito análogo.

#### E já pensou em mudar de unidade?

Olhe, eu aqui estou à 2 anos, ainda estou em fase de adaptação, eu para já não penso nisso.

#### Há algum caso que a tenha marcado mais?

Aqui na unidade já houve alguns, mas o que me marcou mais foi na cirurgia, e acho que isso foi a minha viragem, em relação a uma doente que tive, era uma doente nova com 30 anos, e tinha um filho pequenino e eu gostei muito da doente e ela de mim, houve ali empatia, ela estava em fim de vida com uma neoplasia do cólon, (interrompidas) porque

identifiquei-me muito com o sofrimento dela, por causa talvez das idades, por uma serie de coisas, e essa doente foi a 1ª com quem eu me identifiquei assim, estou a fazer uma identificação com a doente e isso não me está a ajudar, nem a mim nem à doente, porque era um sofrimento que eu levava para casa, e foi nesse caso que eu consegui dar a volta, ok este é o sofrimento dela, não é o meu, mas este tipo de entrosamento não ajuda nada, portanto aqui é uma fase da vida dela, é o seu sofrimento, ela é que o está a viver, eu não estou a viver isto, a minha função é ajudá-la.

Então é muito mais fácil nós nos deixarmos influenciar, passarmos a fronteira, e é nesse ponto que recai a dificuldade em perceber, onde é que temos de por um ponto final. Este raciocínio tem de ser feito mas nem sempre se consegue fazer?

Pois não, e eu não o fazia antes, por isso é que eu acho que essa doente me marcou, porque eu acho que nos ajudámos mutuamente neste processo, porque penso eu, não perdeu a qualidade de eu me relacionar com ela, nem a abertura dela se relacionar comigo, mas eu consegui – ok é o sofrimento dela, quando chegar a minha vez, eu logo vejo, e agora com os doentes procuro fazer um pouquinho assim, porque também nos identificamos com os doentes, ou com a família, portanto a questão é sempre aqui, no sofrimento ser deles e não nosso.

É importante tirarmos um pouco os afectos, para podermos trabalhar, porque senão acabamos por não ajudar, não é que não se possa chorar com a pessoa, mas isso não nos pode impedir de estar aqui, nós somos os técnicos, aquela não é a nossa função, podemos ajudar com o que podemos, e eu acho que essa doente me marcou, a esse processo a esse clique, e eu acho que deixei de ter alguns receios que tinha.

No início é mais difícil?

Sim tudo isto é um processo pessoal.

### E o que é que a enriqueceu?

Eu acho que é questionar-me sempre que o sofrimento da dor é inevitável, que mais cedo ou mais tarde a morte vai bater à porta e quanto melhor eu estiver preparada melhor possibilidade tenho de viver isto, com mais sentido da vida, com mais tranquilidade, o objectivo é arranjar sempre um sentido para as coisas. Isso ajudou-me porque todos os dias são confrontados com esse facto, não que se pense todos os dias, mas que coloco muitas vezes a questão, coloco. Outra coisa, que é importante é transmitir isso todos os dias aos meus filhos, para eles não serem uns alienados, não pensarem que é tudo um mar de rosas, com a ideia que a vida é fantástica e viver como se não existisse a morte ou o funeral.

### É feita uma passagem de valores, uma certa preparação?

Porque um dia eu vou morrer e eles vão ter de estar preparados para isso, lidarem o melhor possível, que é inevitável, com os sofrimentos da vida que lhes vão aparecendo. A nível pessoal ajudou-me nesse aspecto, a nível profissional é um pouco a junção destas vertentes, é esta compreensão de quais são as fases, é normal a pessoa estar revoltada, negar a morte se algum dia um doente aceitar, tudo bem, se não aceitar pois bem nós ajudamo-lo a aceitar.

### Acaba por não haver aqui muita angústia de morte, o facto angústia associado à unidade, se houve foi apenas no início.

A angústia não, o que não quer dizer que não seja uma coisa que nos apanha de surpresa, desagradável, mas não é aquela angústia que nos impede de chegar a casa e voltar tudo ao normal, e voltar no dia a seguir e continuar a trabalhar.

## 7.6 ANEXO F

### Entrevista Dr. <sup>a</sup> Marta

#### Como é lidar constantemente com a morte, lidar com as dificuldades do dia-a-dia?

1º Aspecto tem a ver com a parte da personalidade, a própria formação que as pessoas tiveram tanto lá fora como as coisas são aqui estruturadas.

Eu estou a falar agora da minha pessoa, pessoalmente e por formação prévia sempre me foi explicado e eu própria intui que a morte é uma etapa inevitável, faz parte do ciclo de vida.

É claro que isto teoricamente é muito simples na prática quando confrontados, não é nada fácil.

A começar inclusivamente por experiências pessoais, que as pessoas têm, como é o meu caso, com uma experiência atrás vivida, em que de facto ao sermos confrontados com aquilo que fomos preparados, não estamos nada preparados. Como pessoas e como profissionais, sobretudo quando são entes queridos. De facto quanto aqui à Unidade, como é que nós nos estruturamos. Isto é um apoio grande interpessoal, nós temos muito apoio da equipa, não só por causa dos lutos, porque o luto não é só a morte física da pessoa, há vários tipos de morte, no meu conceito, que de facto enfrentamos aqui na actividade profissional de todos os dias à anos.

Eu por exemplo estou nesta área à 16 anos consecutivos. Há vários tipos de morte, a morte física, que geralmente é o cúmulo de morte, mas muitas vezes começamos a enfrentar a morte muito antes disso. Claro que isto depois engancha com os lutos, e estes timings variam, falando de profissionais para doentes, quando a gente os trata e investe neles, a gente investe sempre nos doentes e quando são mortes anunciadas pelo estado de doença, nós continuamos a investir para o bem-estar do doente, não no sentido de “

vamos salvar a vida “, e com a ligação afectiva inevitável que nós profissionais temos por mais que coloquemos muitas carapaças e defesas, porque a gente organiza-se muitas vezes para essas defesas, as pessoas morrem afectivamente em estádios diferentes morrem fisicamente em estádios diferentes, não havendo nem ganhos nem perdas, ou prejuízos ou benefícios em relação aquilo que a gente investe na pessoa, estamos formatados, não há aqui atitudes individuais, a equipa de facto funciona como equipa com o sentido de cada um perante um determinado doente, por exemplo para mim eu posso fazer o luto do doente, porque nós fazemos o luto dos doentes, quem está a meu lado poderá fazer daqui a uns meses, ou antes de mim, há timings diferentes, portanto arranjar aqui uma formula, “ olha é assim, a) b) e c)” não só não é aplicável no mesmo individuo, e para todos os doentes, como não é aplicável, de individuo para individuo porque estamos a lidar com montes de afectos.

### E que defesas são essas?

As defesas que nós tomamos, é para além daquelas que cada um arranja individualmente, que é sobretudo a racionalização, a objectivação etc...que é uma fuga interessante e inteligente, mas que ás vezes não controlamos porque os afectos interferem. O que nós muitas vezes fazemos é uma reunião matinal e uma reunião no fim do dia, em que todos estes assuntos são trazidos à baila, estes e outros, não são exclusivamente para isso. Até porque actualmente só 1/5 dos nossos doentes, têm provavelmente a morte anunciada, e mesmo assim as previsões às vezes saem furadas, algumas vezes para melhor, outras vezes para pior, também temos agradáveis surpresas e pessoas que dão a volta por cima, conseguem sobreviver com qualidade.

Portanto nós temos essa organização todos os dias de funcionamento da Unidade, temos ciclicamente com a Psicologia Clínica uma preparação, sobretudo para os enfermeiros, ainda pior que os médicos, porque estão mais próximos que o médico, o médico está com o doente, faz as suas opções, mas de facto quem está mais com o doente é a

enfermeira. O médico está praticamente o mesmo tempo com o doente a questão aqui, é o estar com os familiares.

Estes muitas vezes trazem mais problemas que o próprio doente, e a enfermagem aí é mais sacrificado que os médicos, de uma maneira geral, e há uma reunião semanal ou quinzenal com a Psicologia Clínica para fazer a catarse, do que houver, pode ser por um luto, com a morte verdadeiramente física, um luto com uma ruptura de qualquer coisa, enfim...dos mais variados temas.

Porque eu não encaro o luto, como morte física, há pessoas que morrem antes ou depois de desaparecer a pessoa física. São timings diferentes e cada um fala por si.

Para além disso, para manter o espírito de grupo, para enfrentar estes problemas e outros, problemas difíceis dos profissionais, tem a ver também com a dinâmica de grupo, sem rigor com uma periodicidade de 90 em 90 dias, saímos uma vez todos juntos, vamos sair á noite, o almoço de Natal por exemplo é feito na minha casa, vai o grupo todo, para aproximar as pessoas fora do ambiente de trabalho, para que possam conviver e falar do que lhes apetecer.

Pela pessoa humana, não pela prática. É isso, portanto é assim que a gente vai funcionando, outra questão é de facto o espírito de grupo que é tudo “ mente aberta”, portanto as pessoas podem dizer tudo o que quiserem. Há uma relação de confiança entre pares, e nos vários grupos profissionais de maneira a que as pessoas se abrirem, é que basta um ruir, para que todos possam ir todos atrás, aquilo é tudo canalizado.

Isto tudo tem a ver com a selecção que é feita para as pessoas participarem neste grupo de trabalho, são pessoas que obedecem a determinados perfis, não quer dizer que tenhamos conseguido, tem sido conseguido ao longo dos anos, além da preparação de profissionais especialmente habituado a medidas de emergência que têm a ver com as atitudes, para além de que, são pessoas que geralmente já têm uma certa maturidade, mas é muito dado o enfoque à admissão das pessoas, para fazerem parte da equipa, a maturidade porque enfrentar tudo isto e suportar esta dinâmica num espaço tão reduzido, que há aqui um problema gravíssimo, dizem os canhenhos que quando há um espaço físico tão reduzido e há uma equipa trabalhar, num espaço tão reduzido, maior é a

probabilidade de conflitos, e de facto isto tem de ser altamente bem gerido, para que tal não aconteça. (Interrompidas)

Acaba por haver algum conflito. O espaço é habitualmente gerador de conflitos, portanto as pessoas têm de estar num espaço de lealdade não na verdadeira essência da palavra, fidelidade, de lealdade para que isso não aconteça, e por isso têm de ser pessoas com um estado muito certinho, com maturidade e com uns princípios muito bem interiorizados

**Então e fazendo uma breve análise, a defesa é a própria equipa. (sim sem duvida) e só assim é que é suportável, trabalhando em equipa.**

Individualmente não é tão fácil, claro que todos temos os nossos valores e crenças, mas (silêncio).

Enfrentar isto todos os dias, ao longo dos anos, se não houvesse um grupo a funcionar sem as suas defesas montadas, quaisquer que sejam as formas de estar, umas mais vividas outras menos vividas e só com o grupo, se fosse por indivíduos isto era uma desgraça, era um a puxar para o seu lado, nem pensar era impossível, era insustentável.

**Nunca pensou em mudar de Unidade?**

Não, não esta Unidade é a minha alma, o meu projecto de vida, é um dos projectos, que eu tenho tido outros, mas este projecto já o é à 16 anos e não penso em mudar, mudar de local não, já fui aliciada muitas vezes, até por aliciamentos financeiros, mas nunca foi a minha 1ª prioridade, também porque não tenho tantas dificuldades, assim à partida não seria essa a minha atitude, teria de viver duas vezes para descobrir.

Não é de riqueza de maneira nenhuma, mas de algum suporte, alguma tranquilidade.

**Enriquece-a pessoalmente?**

Sim, sem dúvida.

A gente aqui, somos um “nós”, aqui não há eu, estou a falar do eu, porque me perguntou, mas aqui o que há é uma equipa. Quando saímos daqui cada um tem os seus “eu’s”, mas temos o eu incluído no “nós”.

A equipa é prova disso, é que não há médicos para um lado e enfermeiros ou pessoal auxiliar para outro, há problemas e esses têm de ser resolvido, o que for para ser tratado é, se o assunto é mais interessante para uns do que para outros, olha paciência que se “lixé” é um dado adquirido.

## 7.7 ANEXO G

Categories	Sub categories	Enf. Maria	Enf. Rita	Enf. Joana	Dr. <sup>a</sup> Marta	Totais
Percurso profissional	Questões de Saúde	2	1			3
	Opção própria			1		1
Dificuldades dia a dia	Resistência/Revolta do doente	4	3	18		25
	Identificação	5	5	8	5	23
Situações mais gratificantes	Reconhecimento dos doentes	1	3			4
	Trabalhar em equipa	4	1	1	7	13
	Transmitir esperança/sentido pela vida	2	2	1		5
Função da Equipa	Elaboração dos afectos	3	9	2	7	21
	Continente	1	3		1	5
Forma e processos de elaborar a morte	Continuação da vida	5		2		7
	Evitamento	10	8	9	6	33
	Racionalização	3	4	8	2	17
	Parte da vida	1	2	7	2	12