

LUTO SILENCIADO: VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE ATUAM COM CUIDADOS PALIATIVOS

MOURNING SILENCED: EXPERIENCES OF HEALTH PROFESSIONALS WORKING WITH PALLIATIVE CARE

IZABELLA CARDOSO DA SILVA^{1*}, FRANCIELE CABRAL LEÃO-MACHADO²

1. Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Ingá; 2. Psicóloga, Mestre em psicologia pela Universidade Estadual de Maringá, docente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Ingá.

* Avenida Pioneiro Antonio Ruiz Saldanha, 730, Bl. 2, Apto 410, Jardim Industrial, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87065-290.
cardoso.psicologo@gmail.com

Recebido em 28/09/2016. Aceito para publicação em 11/01/2017

RESUMO

Objetivo: Os cuidados paliativos podem ser compreendidos como uma filosofia do cuidar que mudou a forma de assistência à saúde. Ao realizar esse tipo de cuidado, os profissionais defrontam-se diariamente com um tema pouco discutido no ambiente hospitalar: a morte. Frente a esse contexto, o presente artigo teve o objetivo de investigar como a equipe de profissionais de saúde compreende o trabalho com cuidados paliativos e lidam com a morte dos pacientes, identificando seus principais desafios no dia-dia da profissão. A pesquisa é qualitativa, utilizando como metodologia entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que trabalham com pacientes em cuidados paliativos, em um hospital da cidade de Maringá-Pr. Constatou-se que a morte dos pacientes é um tema pouco elaborado pelos profissionais, e o cuidado embasado no modelo biomédico se destaca no que tange à proposta dos cuidados paliativos. Fatores como a idade do paciente e vínculo influenciam na forma como o luto é vivenciado pela a equipe, se constituindo também como um dos principais desafios à relação entre equipe e familiares dos pacientes atendidos. Sugerimos que ao encorajar profissionais de saúde a vivenciarem um encontro afetivo e singular com seus pacientes, amplia-se as possibilidades de melhor elaboração do luto.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos, morte, profissionais de saúde.

ABSTRACT

Palliative care can be understood as a care philosophy that changed the way health care. By performing this type of care, professionals are faced daily with a theme little discussed in the hospital environment: the death. Facing this context, this article aimed to investigate how the health professional team understands the work with palliative care and how they deal with the patients death, identifying their main challenges in the profession day by day. The research is qualitative, using methodology as semi-structured interviews with health professionals that working with patients in palliative care in a hospital at Maringá-Pr city. It was found that the death of patients is a theme little prepared by professionals, and the care grounded in the biomedical model stands out with regard to the proposal of palliative care. Factors such as the patient's age and relationship influence how mourning is experienced by the team, becoming also one of the main challenges to the relationship between staff and family members of patients. We suggest that by encouraging health professionals to experience an emotional and unique meeting with their patients, expands the possibilities of better mourning elaboration.

It was found that the death of patients is a theme little prepared by professionals, and the care grounded in the biomedical model stands out with regard to the proposal of palliative care. Factors such as the patient's age and relationship influence how mourning is experienced by the team, becoming also one of the main challenges to the relationship between staff and family members of patients. We suggest that by encouraging health professionals to experience an emotional and unique meeting with their patients, expands the possibilities of better mourning elaboration.

KEYWORDS: Palliative care, death, health professionals.

1. INTRODUÇÃO

A morte tem despertado desde os primórdios até a atualidade curiosidades e angústias aos seres humanos. Para Mendes, Lustosa e Andrade (2009), um dos motivos para essa ambivalência é o fato dela ser desconhecida aos vivos, sendo alvo de reflexões e busca de explicações constantes. Sabemos ainda, que a morte é interpretada de acordo com a cultura sendo transmitida por seus membros para as futuras gerações.

No entanto, segundo Hermes e Lamarca (2013), a forma e o local de morrer mudaram no decorrer dos anos, antes os indivíduos morriam na maioria das vezes em suas casas, próximos dos seus familiares. Atualmente o local considerado apropriado para a morte, são os hospitais. Em um modelo moderno, no qual existem tantos recursos para prolongar a vida, a morte pode ser encarada pelos médicos e trabalhadores da saúde como um fracasso. Os autores discorrem ainda, que existe na atualidade um modelo que visa proporcionar uma “boa morte”, esse modelo busca oferecer dignidade ao paciente, inclusive em manter suas escolhas a respeito do lugar que deseja morrer e ampará-lo até o fim, ou seja, controlar a dor e diminuir os desconfortos físicos, o máximo possível, assistir o paciente e familiar emocionalmente e espiritualmente.

Podemos denominar essa prática de cuidados paliativos, uma nova filosofia que teve origem em meio ao movimento hospice, vindo de encontro a demandas de cuidado dentro das instituições hospitalares. Foi por meio deste movimento que houve a divulgação da nova filosofia do cuidar, que tinha dois princípios como base: o controle real da dor e dos sintomas decorrentes do tratamento de doenças graves, em todos seus aspectos, sociais, psicológicos e espirituais, não só dos pacientes como também das famílias. (MELO, 2009).

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos (2012), inicialmente os hospices eram locais que serviam de abrigos para peregrinos e viajantes. Por volta do século XVII na Europa, outras instituições surgiram com o intuito de praticar caridade aos pobres, órfãos e doentes. A prática ampliou-se também entre as instituições religiosas no século XIX.

O movimento contemporâneo de hospices foi implementado por Cicely Saunders. Em 1947, Saunders, inglesa com formação em humanismo, Assistência Social e enfermagem, conheceu um paciente que havia feito colostomia paliativa, um carcinoma retal inoperável. Nessa experiência a assistente social e enfermeira, que tempos depois tornou-se médica, visitou e conversou com o paciente até sua morte. Foi essa experiência de acordo com Saunders que a levou a mudar sua forma de lidar com o cuidado, fundando em 1967 o “St. Christopher’s Hospice” que tinha a finalidade não só de assistir os doentes, mas também desenvolver ensino e pesquisa na área. (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Para Melo (2009) o movimento originado com a disseminação dos hospices, mudou o conceito de cuidar, pois este não se restringiu somente a cura das doenças. Surgindo assim, um novo campo da medicina, a medicina paliativa, que reforçou a essência da medicina de proporcionar controle da dor, sintomas e qualidade de vida aos pacientes que possuem doenças crônicas evolutiva em estado avançado.

Segundo Melo (2009), os profissionais que se orientam pelos cuidados paliativos enxergam a morte como um processo natural que precisa ser encarado e cuidado, sem adiar ou ignorar, mas sim para prover o alívio da dor e ajudar o paciente a viver da forma mais ativa possível esse processo.

Cardoso *et al* (2013) reforçam que os cuidados paliativos surgiram com o objetivo de melhorar a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto das famílias. Esse atendimento visa o alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual de pessoas que tem um quadro clínico o qual os especialistas entendem que não tem mais tratamento ou possibilidade de cura, é geralmente utilizado para pacientes oncológicos, porém, podem ser destinados a todos pacientes que não respondem as possibilidades terapêuticas.

A equipe de assistência paliativa deve ser multidisciplinar para que atenda de forma ampla o paciente e sua família. Portanto, recomenda-se que a equipe deve ser composta por enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, dentista, nutricionista e assistente espiritual. As intervenções técnicas nessa perspectiva são secundárias, o primordial para que os objetivos sejam alcançados são as relações interpessoais entre paciente e equipe. (CARDOSO *ET AL*, 2013).

De acordo com Hermes e Lamarca (2013), os cuidados paliativos iniciaram no Brasil na década de 1980 no Rio Grande do Sul, e depois se estendeu para São Paulo, Santa Catarina e Paraná. No ano de 1997, foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, formada por uma equipe de profissionais que auxiliaram na divulgação da prática e filosofia dos cuidados paliativos. Em 1998 destaca-se também a inauguração do hospital Unidade IV, voltado exclusivamente para os cuidados paliativos.

No entanto, ainda hoje existem no Brasil médicos receosos em divulgar os serviços de cuidados paliativos, pois temem ser confundidos com adeptos da eutanásia. Ou seja, faltam ainda, informações, formação continuada e estudos sobre o assunto, já que não existe uma Política Nacional de Cuidados Paliativos. (HERMES e LAMARCA, 2013). As orientações e informações que norteiam os profissionais de saúde encontram-se no Manual de Cuidados Paliativos criado em 2001, pelo Instituto Nacional de Câncer e o Ministério da Saúde. (CARDOSO *ET AL*, 2013).

Diferentemente de outras pessoas, o profissional de saúde convive a morte no seu cotidiano. Doenças que ameaçam a vida faz com que estes recebam sinais da morte constantemente. Mas nem sempre esse contato com a morte é evidenciado ou refletido, já que quando a negamos, evitamos de entrar em contato com as experiências dolorosas. De acordo com a literatura disponível a esse respeito, uma das formas de lidar com a morte é fantasiar, iludir-se com a imortabilidade. Essa fantasia esconde a fragilidade e vulnerabilidade existente, dando a sensação de controle. Não havendo espaços para a elaboração do luto que permite expressar a tristeza sentida diante das perdas, pode-se gerar outras dificuldades, inclusive levar indivíduo ao adoecimento. (KOVÁCS, 2009).

Segundo Shliemann (2009), os médicos e outros profissionais da saúde não recebem uma formação adequada para lidar com a morte, inclusive, esse é um assunto que poucas faculdades abordam teoricamente. Já na prática foca-se em acompanhar o paciente e o familiar, na rotina hospitalar, e em contrapartida vivenciam a morte no cotidiano.

O autor supracitado reitegra dizendo que existe uma dificuldade dos profissionais lidarem com situações que

lhes causam ansiedade, como por exemplo, permanecer por mais tempo no quarto de pacientes em estados terminais, queixa bem frequente dos pacientes e familiares. Esse comportamento sugere reações e sensações de impotência, culpa e insatisfação consigo, que fazem o profissional se afastar dos pacientes como mecanismo de defesa contra o sofrimento, prejudicando a relação do paciente com seu médico.

Diante das diversas faces e sentimentos gerados frente à morte, o presente artigo se propõe a investigar como a equipe de profissionais de saúde compreende o trabalho com cuidados paliativos e conseqüentemente, como lidam com a morte dos pacientes, identificando seus principais desafios no dia-dia da profissão.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo delimitou-se à pesquisa do tipo descritiva, que de acordo com Gil (2006) tem o objetivo de abordar as características de determinado grupo ou fenômeno. Utilizou-se a pesquisa descritiva tendo como foco a atuação prática, juntamente com a pesquisa exploratória. No entanto, a pesquisa descritiva não tem o objetivo de chegar as causas dos fenômenos, mas sim explorar suas características.

Em relação à natureza dos dados, foi realizada uma pesquisa qualitativa, que segundo Gerhardt e Silveira (2009) é uma pesquisa que está voltada para a compreensão de um grupo social ou população. A pesquisa foi realizada em um hospital no município de Maringá-Pr. Essa instituição atende pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e também pacientes particulares, acometidos por diferentes doenças. Tendo 47 leitos, 07 leitos de UTIs, 03 salas de cirurgias e sala de raio X. Apesar, da instituição não ter uma equipe especializada em cuidados paliativos, esta atende pacientes com doenças ameaçadoras da vida que necessitam dos cuidados paliativos, realizado pela equipe da clínica médica ou UTI.

O instrumento utilizado para a coleta de dados na pesquisa de campo foi a entrevista semiestruturada. Gil (2006) que as perguntas realizadas pelo pesquisador aos participantes se configuram como uma interação social. A entrevista tem o objetivo de compreender o que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, como também suas justificativas acerca dos fatos.

De acordo com a proposta de Gerhardt e Silveira (2009), a entrevista semiestruturada realizada foi orientada pela definição de um roteiro prévio com algumas questões, no entanto, os participantes puderam falar livremente sobre os assuntos que foram surgindo em torno do tema central.

Para a realização desta pesquisa, foram feitas oito perguntas referentes a *compreensão do morrer tida pela equipe de cuidados paliativos*. Foram entrevistados 5 profissionais da saúde que trabalham na instituição, estes

profissionais atendem pacientes em Cuidados Paliativos dentro da sua prática. Sendo um médico, um enfermeiro, um nutricionista, um técnico de enfermagem e um fisioterapeuta. Tal amostra foi escolhida em virtude da problematização da pesquisa que busca compreender um dos lados envolvidos nessa relação: a equipe de profissionais de saúde. Além disso, o número de pessoas foi limitado a cinco em virtude do tempo restrito para a pesquisa e análise dos dados, o que impede o trabalho com uma amostragem maior, bem como por entendermos que tal amostra é suficiente para atender aos objetivos da pesquisa proposta.

A pesquisadora entrou em contato com o Hospital e solicitou a autorização prévia para a realização da pesquisa, após autorizada coletou as assinaturas do responsável pela instituição a fim de enviar para aprovação pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Ingá, juntamente com o projeto de pesquisa. Ao receber a autorização do comitê de ética via e-mail, a pesquisadora entrou em contato com o enfermeiro responsável pela equipe de saúde para que o mesmo indicasse o setor e profissionais os quais poderiam participar. O enfermeiro direcionou a pesquisadora a clínica médica do hospital, pois segundo ele, os profissionais desse setor eram os que mais tinham contato com pacientes em cuidados paliativos. No entanto, o profissional deixou a pesquisadora à vontade para conversar com os profissionais e convidá-los para participar da pesquisa espontaneamente.

Sendo assim, foram convidados os 5 profissionais, um de cada especialidade, estes aceitaram participar, atendendo aos requisitos do Termo de Consentimento Livre Esclarecido que foi explicado individualmente a cada um dos participantes. Depois de terem sido assinados, foi realizado os agendamentos das entrevistas junto aos profissionais.

As entrevistas foram realizadas em um ambiente específico do Hospital, livre de interferências externas, as gravações (feitas sob o consentimento dos entrevistados) foram transcritas. Após a realização das entrevistas semiestruturadas e da transcrição das entrevistas, os dados foram categorizados e apreciados de maneira qualitativa. As análises dos dados foram feitas mediante a interpretação das respostas obtidas, investigando o conteúdo das mesmas, os motivos, as bases e os possíveis desdobramentos de tais respostas, com base nos pressupostos fenomenológicos-existenciais e utilizando-se do método de redução fenomenológica para a organização dos dados em unidades de sentidos encontradas nas falas dos entrevistados.

Utilizou-se do método de Sartre para compreender a descrição da realidade da equipe de saúde desta instituição sobre a morte dos pacientes em cuidados paliativos, pois para Sartre não há uma separação da aparência e da essência, sendo assim, as palavras e as coisas estão con-

tidas na existência, na forma como o mundo é experienciado pelo homem. (FREITAS,2009).

A equipe entrevistada era composta por 2 homens e 3 mulheres, com idade de 27 a 50 anos, o tempo médio de atuação profissional em saúde é de 11,4 anos. Todos os entrevistados afirmaram atender pacientes em cuidados paliativos, no entanto, nenhum destes tem formação específica na área. Além, de levantar a compreensão dos profissionais sobre morte e cuidados paliativos, buscou-se entender seus vínculos com pacientes, família e também as histórias vivenciadas que foram marcantes a estes profissionais. Para tal caracterização da equipe foi utilizado também o método progressivo-regressivo, permitindo a equipe evidenciar, retratar suas experiências da forma como vivenciaram, emergindo assim o fenômeno por eles mesmo. (FREITAS, 2009).

3. DESENVOLVIMENTO

O enfrentamento da morte pelos profissionais de saúde

Este subitem se refere a um tema abordado na entrevista semi-estruturada com os profissionais que atuam no hospital. Compreender como os profissionais lidam com a morte dos pacientes facilita a identificação do uso que eles fazem da filosofia de cuidados paliativos em sua prática profissional. A abordagem desse tema nas entrevistas gerou alguns aspectos que podem ser discutidos em relação à literatura disponível sobre morte e cuidados paliativos: a) A aceitação/naturalização da morte em pessoas idosas, b) os sentimentos de impotência e frustração que os profissionais sentem frente à morte dos pacientes e c) a dificuldade de comunicação com a família da pessoa que não tem prognóstico de recuperação da doença.

A medicina evoluiu muito nas últimas décadas com novos tratamentos e recursos, como a quimioterapia, o uso dos antibióticos e vacinação de diversas doenças antes consideradas graves e mortais. Esses e outros recursos contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população, aumentando também o diagnóstico das doenças crônicas e tumores, doenças com maior incidência na velhice. (KUBLER-ROSS, 2008).

Projeções das Nações Unidas evidenciam que uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050. De acordo com o estudo, em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. No ano de 2012, 11,5% da população global tinha 60 anos ou mais. Estipula-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de dez anos. Os idosos, pessoas com mais de 60 anos - somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas. Na comparação entre 2009 e 2011, o grupo teve aumento de

7,6%, conforme afirma documento da Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos.

Ao entrevistar os profissionais de saúde, percebemos que a morte de pacientes idosos e de pacientes em estado vegetativo são compreendidas por eles como um processo natural da vida. Barbosa, Neme e Melchiori (2011) reforçam que a sociedade em geral tende a aceitar melhor a finitude da vida na velhice, pois se entende que os idosos já passaram por todas as fases e estão concluindo o seu curso vital.

Porém, a naturalidade diante da morte não se manteve em todas as respostas dos entrevistados, em alguns contextos a morte torna-se mais difícil de lidar, como por exemplo, a morte de pacientes jovens, que muitas vezes gera sentimento de impotência e inutilidade. Podemos articular este aspecto discursado por alguns profissionais entrevistados com o que Albuquerque *et al*, (2014) aponta ao considerar, que a equipe, composta por pessoas jovens, pode se identificar com os pacientes mais novos, pois esses estão no mesmo estágio da vida que eles, os levando a pensar própria finitude.

O sentimento de impotência relatado diante da morte de um paciente mais jovem leva também a frustração, assim, os profissionais relataram ter dificuldade de olhar para a dor da família, daqueles que estão vivos e sentem com toda a intensidade a ida daquela pessoa.

Kitajima *et al* (2014), salientam que os profissionais de saúde trabalham sob a ambivalência de salvar vidas, sentindo-se como heróis e a frustração de não conseguir salvá-las. Para Paiva (2009) os profissionais de saúde desde a sua formação são treinados para curar e salvar vidas, porém, diante da impossibilidade de fazê-la, muitas vezes são acometidos por sentimentos de fracasso e impotência. Podemos considerar que tais situações evidenciam as limitações humanas diante da morte, o que faz com que os profissionais se sintam limitados e vivenciem essas experiências como negativas e desconfortáveis. A autora complementa dizendo que diante da morte dos pacientes, o médico e a equipe deparam-se com suas limitações enquanto humanos e mortais. Esse sentimento de impotência pode estar presente não somente diante da morte concreta, mas também diante dos pacientes com uma doença ameaçadora da vida, comprometendo a comunicação com o paciente e familiares durante o tratamento. Inclusive este foi um dos desafios apontados pela a equipe entrevistada, a dificuldade de comunicação com a família dos pacientes, pois a família também está tomada por sentimentos, angústias, e fragilidades frente ao adoecimento e principalmente, diante do medo da finitude do seu ente.

Lustosa (2007) enfatiza que além das adaptações e medos que o adoecimento desperta na família dos pacientes, algumas posturas inadequadas da equipe, como por exemplo, a ausência de informações sobre o estado de saúde do familiar e horários de visitas não condizem

tes com a disponibilidade do familiar, torna o contato com o médico limitado, faltando informações e apoio do profissional responsável ao familiar. Essa situação pode gerar outras dificuldades para membros da família do paciente internado, aumentando os níveis de stress e ansiedade, como também interferindo no tratamento do doente.

Bouso e Poles (2009) afirmam que a equipe deve facilitar essa comunicação, por meio do cuidado colaborativo e voltado para o paciente e para a família. Ou seja, o médico irá intermediar as relações entre o paciente e a família, para que estes participem juntos nas decisões referente ao cuidado com base na confiança mútua.

Diante disso, podemos dizer que a morte continua sendo um tema difícil de ser abordado, mesmo pelas profissões de cuidado a saúde, pois estes profissionais também temem a própria finitude e ao se depararem com a morte veem que seus conhecimentos são limitados, em alguns momentos são envolvidos por sentimentos de impotência que prejudicam a relação com o paciente e com a família.

Formação de vínculos entre equipe-paciente-família

Depois de compreender como os profissionais lidam com a morte dos seus pacientes, notamos que há certa dificuldade em assumir a perda e vivenciar o luto, como se o contato com as pessoas doentes se tratasse puramente de um contato profissional e distanciado de envolvimento afetivo. Nesse sentido, consideramos importante discutir como a formação de vínculo entre equipe-paciente-família está relacionada com o enfrentamento da morte.

Os profissionais demonstraram que a morte de pessoas próximas causa sofrimento, enquanto a morte dos pacientes, não. Esta forma de vivenciar o contato com os pacientes nos remeteu à ratificação do discurso de neutralidade que permeia as profissões da saúde, esta, pode ser entendida como a necessidade de não se envolver emocionalmente ou criar vínculo afetivo com os pacientes, impedindo-os de elaborar suas perdas e permitir-se experimentar esses sentimentos.

A fala dos entrevistados denota ambivalência, de tratar bem o paciente, realizar o contato social, entretanto não aproximar esse vínculo para não misturar questões pessoais das profissionais. Agindo dessa forma, sentem que conseguem realizar suas atividades da melhor forma possível, sem sofrer com a morte do paciente caso essa venha a ocorrer. Um dos entrevistados pontuou que já se perguntou o porquê não vive esse luto, e a resposta que ele mesmo deu à sua pergunta foi o fato de já conhecer a evolução das doenças e saber as reais condições do paciente, ou seja, o profissional acaba se relacionando com o paciente tendo já em mente o seu prognóstico. Se este

for a morte, então não se aproxima tanto emocionalmente para evitar o sofrimento que a perda pode ocasionar. Nesse sentido, percebemos que o modo como os profissionais falam sobre a morte, como sendo natural e parte do trabalho do profissional, devendo ser encarada com neutralidade e pouco envolvimento, nos leva a refletir que não há contato e aceitação da morte, mas sim a rejeição ou negação deste fenômeno.

De acordo com Ceccim e Merhy (2009), ao analisamos a atuação dos profissionais de saúde percebemos que existem certos modos de atuar que são permeados por protocolos, conhecimentos técnicos, imposição dos aspectos econômicos que envolvem à saúde, como por exemplo a indústria farmacêutica, relações excessivamente objetivas voltadas para o modelo biologicista. Para os autores, essa macropolítica não é a única forma de se fazer saúde, e no dia-dia profissional ao nos atentarmos ao encontro entre profissional e paciente é possível identificar profissionais que não agem como reféns dessas condições de trabalho e modelos assistenciais. Essa outra forma de existir em saúde, é denominada micropolítica, que acontece mediante a uma vivência de relação, única e particular entre profissional e cada paciente.

A falta de envolvimento do profissional com o paciente é um fator de risco ao cuidado, pois a neutralidade pode levar a um atendimento desumanizado, ou seja, relações distanciadas, frias, estratégicas. Em uma revisão de literatura sobre humanização do cuidado em saúde realizada por Leão-Machado (2016), alguns autores dedicados a esse tema compreendem que a desumanização pode acontecer quando não há equilíbrio de poder nas relações sociais, no qual o profissional desconsidera o paciente como sujeito e o restringe a condição de objeto.

O atendimento baseado na neutralidade destoa de um atendimento considerado “humanizado”, que tem entre seus princípios a construção de vínculos entre equipe e paciente, escuta e o acompanhamento regular da equipe multiprofissional. (LEÃO-MACHADO, 2016).

Siqueira *et al* (2006) salientam o quanto os profissionais de saúde devem atentar-se as necessidades biopsicossociais, espirituais e afetivas dos pacientes, esse cuidado global só é possível por meio de uma comunicação efetiva entre equipe-paciente-família, com uma postura empática, de sensibilidade e assistência humanizada.

Os autores acima pontuam que as demandas técnicas, procedimentos ágeis e também as rotinas administrativas influenciam para que o atendimento seja distanciado, ocorrendo dentro dos hospitais. Outro motivo que contribui com a ausência de interação entre a equipe e o paciente é a dificuldade do profissional em lidar com a morte, sendo assim, os profissionais preferem não envolver-se afetivamente para evitar entrar em contato com suas fragilidades.

Siqueira *et al* (2006) salientam que a família também

está passando por uma adaptação diante da doença de um dos seus entes, a forma com que essa família encara a doença irá influenciar no enfrentamento do paciente frente a ela. Portanto, a equipe de saúde deve oferecer suporte e manter uma comunicação baseada na confiança e empatia com os familiares, integrando-os nos cuidados a saúde do seu familiar.

Alguns dos entrevistados citaram esse papel fundamental da família diante do adoecimento, segundo eles, a família pode ajudar muito no cuidado com o paciente, mas também pode gerar muitos conflitos e dificuldade na relação com a equipe. Pois, muitas vezes a família não concorda com os procedimentos a serem realizados, ou não aceitam bem os cuidados paliativos, culpando a equipe pela não recuperação do seu familiar.

Mendes, Lustosa e Andrade (2009) afirmam que possivelmente a comunicação entre equipe-família e paciente pode ficar prejudicada pelo receio dos profissionais em relação aceitação do prognóstico. A equipe teme não ser bem compreendida e ser alvo da raiva dos pacientes e dos familiares. Entretanto, a família precisa de uma comunicação assertiva, apoio da equipe e espaço para externalizar suas emoções e seus medos, desde o diagnóstico de uma doença crônica ou incurável, durante as internações, período que antecede a morte e mesmo depois da perda do familiar. Os autores afirmam que quando os familiares conseguiram expressar seus sentimentos e resolver suas questões com o doente, o luto após seu falecimento tende a ser menos complicado.

Cuidados paliativos: uma filosofia de cuidado

O terceiro aspecto a ser discutido neste artigo é como os profissionais de saúde compreendem o trabalho com os cuidados paliativos, uma vez que a adesão ou não a esta filosofia está relacionada à forma como os profissionais encaram a morte e o vínculo com os pacientes.

A maioria dos profissionais de saúde citaram que diante da dor do paciente, a melhor forma de ajudá-lo é respeitar o seu prognóstico e oferecer conforto, acolhimento, apoio, não deixar que o paciente sinta dor, reduzindo seu sofrimento o máximo possível.

Essa postura vem de encontro com os princípios contidos no Manual de cuidados paliativos de 2012, que enfatizam a importância do conhecimento específico para a prescrição de medicamento e a prática de medidas não farmacológicas. No manual, ainda consta a importância dos aspectos psicossociais e espirituais no aumento ou diminuição da dor total do paciente que tem uma doença ameaçadora da vida.

Foi percebido que a possibilidade de realizar os cuidados paliativos aos pacientes, trouxe a equipe entrevistada, em sua maioria, um sentimento de realização profissional, pois haviam feito tudo o que podiam fazer pelo paciente. Ou seja, o fato de oferecer conforto e qualidade de vida aos pacientes possibilitou ao profissional cum-

prir sua missão de oferecer cuidado integral aos pacientes e familiares e possibilitar ao doente uma morte com dignidade e respeito.

Os aspectos espirituais, não foram citados por nenhum dos profissionais quando perguntado sobre sua compreensão em cuidados paliativos. Uma outra compreensão sobre cuidados paliativos foi defendida por um dos entrevistados, que demonstrou insatisfação em relação a conceituação empregada geralmente nos hospitais a prática de cuidados paliativos. Para este profissional todo cuidado é paliativo, pois significa que a saúde do paciente falhou. O entrevistado pontuou que ao se deparar com um paciente em cuidados paliativos sua postura permanece a mesma aos demais pacientes, seguindo os mesmos protocolos e mudando as terapêuticas caso não haja melhora no quadro.

Essas discrepâncias podem estar relacionadas ao fato de que nenhum dos entrevistados tenha formação específica apesar de atender pacientes em cuidados paliativos.

Apesar de ser uma filosofia recente no Brasil e não ter uma política específica, conforme afirma Hermes e Lamarca (2013) existe o manual de cuidados paliativos criado para nortear a atuação dos profissionais que trabalham com pacientes em cuidados paliativos, nesse manual é possível encontrar os nove princípios fundamentadores, sendo eles: 1) Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, 2) Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, 3) Não acelerar nem adiar a morte, 4) Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, 5) Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte, 6) Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto, 7) Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto, 8) Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença e 9) Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes..

4. CONCLUSÃO

Observa-se que o local de morrer mudou nos últimos anos e que o desenvolvimento da tecnologia atrelada à medicina possibilitou novos tratamentos, prevenções, exames e procedimentos, impactando direta ou indiretamente no aumento da expectativa de vida da população.

No entanto, por mais que se consiga viver mais tempo e com melhor qualidade, a morte é uma realidade inevitável, que continua gerando curiosidades, ansieda-

des e angústias, inclusive, naqueles que trabalham com saúde e a vivenciam no seu dia-dia.

Diante da pesquisa, conclui-se que as mortes de pacientes idosos são vivenciadas como “naturais” pela equipe. No entanto, o contato com os demais pacientes de outras faixas etárias é vivido com certa dificuldade, diante da possibilidade de perda, os profissionais relataram que assumem uma postura mais distanciada e sem envolvimento afetivo, demonstrando dificuldade em vivenciar o luto.

Outro ponto relevante, é que o vínculo com o paciente e família é de extrema importância para o cuidado em saúde, porém, a forma com que os profissionais lidam com a morte, com suas limitações e frustrações influenciam na relação equipe-paciente-família, pois muitos preferem distanciar-se como forma de lidar com a morte, colocando em risco o atendimento humanizado dos seus pacientes.

Os cuidados paliativos é uma filosofia que surgiu para disseminar o novo cuidado que reforça a humanização, a atenção integral e contínua aos pacientes, desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida até os últimos dias do indivíduo. Independentemente se o paciente irá se curar ou não, os profissionais devem manter sua autonomia no que for possível, ter sua qualidade de vida garantida por meio da minimização dos sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Percebe-se que para equipe entrevistada os aspectos físicos ainda se sobressaem no cuidado, já que estes demonstraram preocupação em manter o paciente sem dor e confortável até fim, mas não citaram os demais aspectos contidos no manual de cuidados paliativos. A consequência disso é a manutenção e prevalência do modelo biomédico em detrimento do modelo biopsicossocial, diminuindo o cuidado integral proposto pelos cuidados paliativos.

É importante, pontuarmos que a equipe entrevistada não é uma equipe específica de cuidados paliativos e também não têm formação na área, portanto, consideramos importante a oportunidade de aumentar o conhecimento dos mesmos sobre o assunto através de formação continuada e também oferecer espaços para que os profissionais possam falar sobre a morte e seus sentimentos diante das perdas, já que este é um tema pouco estudado na faculdade de medicina e de outras áreas da saúde, influenciando na atuação profissional. Essa proposta visa, aumentar o cuidado aos cuidadores, e possibilitar melhores condições para o suporte das pessoas que necessitam dos cuidados paliativos.

Porém, salientamos que apesar do cuidado estar inserido em diversos contextos, os cuidados paliativos exigem formas particulares de cuidar, e sua efetividade depende da postura dos profissionais. Tal postura está pautada na ética, na humanização do cuidado, na oferta de qualidade de vida e atenção integral aos pacientes que

não respondem as medidas terapêuticas, ou seja, mesmo não tendo as condições ideais, é possível realizar o cuidado mais humanizado e único por meio da relação e do encontro genuíno da equipe com o paciente.

Por fim, através deste estudo gostaríamos de propor que a prática integral dos cuidados paliativos se configura como um dos caminhos possíveis à construção de um cuidado humanizado, embasando um contato autêntico entre profissionais, pacientes e família. Entendemos que este “contato autêntico” se dá dentro de uma postura profissional, mas não impessoal, permitindo que os trabalhadores de saúde vivenciem um encontro afetivo e singular com seus pacientes, onde lhes é permitido sofrer pelas mortes inevitáveis, aumentando também as possibilidades de elaboração do luto.

REFERÊNCIAS

- [01] ALBUQUERQUE, M. N. *et al.* Morte e luto: Competências dos profissionais. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p.112-121, Dez. 2014.
- [02] BARBOSA, C. G.; NEME, C. M. B.; MELCHIORI, L. E. A Família e o Indivíduo no Curso Vital: Compreensão Trigeracional sobre a Morte e o Morrer. Revista Mal-estar e Subjetividade, Fortaleza, v. XI, n. 3, p. 967-1011, set. 2011.
- [03] BOUSSO, R. S.; POLES, K. Comunicação e relacionamento colaborativo entre profissional, paciente e família: Abordagem no contexto da Tanatologia. In: SANTOS, F.S. (ORG.) Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e a Morrer. São Paulo: Atheneu, p. 193-208, 2009.
- [04] BRASIL. (2012). Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Ampliado e Atualizado*. 2.ed. 2012.
- [05] BRASIL. (2012). Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos direitos Humanos. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Coordenação Geral dos Direitos dos Idosos. – Brasília.
- [06] CARDOSO, D. H. *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: A vivência de uma equipe multiprofissional. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 22, n.4, p.1134- 1141, Out/Dez. 2013.
- [07] CECCIM, R.B.; MERHY.E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface Comunicação Saúde Educação, v. 13, supl. 1, p. 531-42, 2009.
- [08] FREITAS, S.M.P. O psicólogo do trabalho no Mundo das Práxis Capitalista: Reflexões Fenomenológico- Existenciais. Revista da Abordagem Gestáltica, Curitiba, XV(2), p.157-168, Jul/Dez, 2009.
- [09] GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: UFRGS, 2009.
- [10] GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: ATLAS, 2006.
- [11] HERMES, H. R; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n.9, p. 2577-2588, 2013.

- [12] KITAJIMA, K. *et al.* O papel do psicólogo intensiva junto à equipe de saúde. In: KITAJIMA, K. (ORG.) *Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva*. RJ: Revinter, p. 39-69, 2014.
- [13] KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. In: SANTOS, F.S. (ORG.) *Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e a Morrer*. São Paulo: Atheneu, p. 45-58, 2009.
- [14] KUBLER-ROSS, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 9ed. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- [15] LEÃO-MACHADO, F.C. *Humanização como dimensão do trabalho em saúde: Sentidos construídos com profissionais e usuários na Atenção Básica*. 2016. 106f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá. 2016.
- [16] LUSTOSA, M. A. A família do Paciente Internado. *Rev. SBPH, Rio de Janeiro*, v. 10, n. 1, jun. 2007.
- [17] MELO, A. G. C. Os cuidados paliativos no Brasil. In: PESSINI, L. (ORG.); BERTACHINI, L. (ORG.) *Humanização e Cuidados Paliativos*. 4.ed. São Paulo: Loyola, p. 291-299, 2009.
- [18] MENDES, J. A; LUSTOSA, M. A; ANDRADE, M.C.M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev. SBPH, Rio de Janeiro*, v. 12, n. 1, jun. 2009.
- [19] PAIVA, L. E. O médico e sua relação com o paciente diante da morte. In: SANTOS, F.S. (ORG.) *Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e a Morrer*. São Paulo: Atheneu, p. 77-87, 2009.
- [20] SCHLIEMANN, A. L. Aprendendo a Lidar com a Morte no Ofício do Profissional de Saúde. In: SANTOS, F.S. (ORG.) *Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e a Morrer*. São Paulo: Atheneu, p.31-44, 2009.
- [21] SIQUEIRA, A.B. *et al.* Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados a qualidade da assistência. *Arq Med ABC. São Paulo*, v. 31, n. (2), p. 73-7, Jun/Nov. 2006.