

Sufrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional

Suffering of the health team in a hospital context: caring for professional carers

Sufrimiento del equipo de salud en el contexto hospitalario: cuidando del cuidador profesional

Maria Julia Kovács*

RESUMO: Este artigo aborda o tema da morte no século XXI, como profissionais de saúde a enfrentam, as consequências na sua saúde física e psíquica. A morte é vista como inimiga, oculta, vergonhosa, ferindo a onipotência do homem moderno. É tema interdito, provocando entraves na comunicação entre pacientes, familiares e profissionais. Com o avanço da medicina, a morte ocorre no hospital. O cotidiano dos profissionais de saúde frente à morte envolve escolhas difíceis de serem realizadas, gerando estresse adicional. Na mentalidade da morte interdita não se autoriza a expressão de emoções e dor, levando ao adoecimento e aumento dos casos de depressão, aumentando a incidência da Síndrome de Burnout entre profissionais. Os profissionais de saúde escolhem trabalhar com a morte e o morrer, trazendo sua forma pessoal de lidar com dor e perdas. Não conseguem evitar a morte ou aliviar o sofrimento traz ao profissional a vivência de sua finitude. Estabelece-se relação entre intenso estresse, colapso e luto não reconhecido. Alguns profissionais não aceitam e reconhecem seu luto. Os programas de cuidados paliativos procuram modificar esta disfunção ao estimular o trabalho de equipe nos cuidados ao paciente e à família. Uma proposta de cuidados ao cuidador é apresentada com os seguintes objetivos: a) Aquecimento e sensibilização para abordar as dificuldades principais; b) Aprofundamento do tema trazido pelo grupo; c) Planejamento dos cuidados ao cuidador pensado pela equipe de trabalho, tendo em vista suas necessidades; d) A metodologia utilizada durante as diversas fases do trabalho atividades em grupo. Uma modalidade de cuidado é o plantão psicológico, facilitando o crescimento e o desenvolvimento da pessoa, envolvendo empatia, aceitação e congruência. Oferece espaço de escuta, contando com pessoas qualificadas no momento em que se busca ajuda, acolhendo a demanda. Outras formas de cuidados são apresentadas: atividades de lazer, psicoterapia e cuidados psicológicos, cursos e workshops favorecendo a aprendizagem significativa, supervisão individual e grupal para casos difíceis, refletindo-se sobre cuidados, favorecendo o trabalho de equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidadores. Profissionais da saúde. Morte.

ABSTRACT: This paper discusses death in the Twenty-first century such as health professionals face it and the consequences in their physical and psychological health. Death it is seen as an enemy, hidden, shameful, injuring the omnipotence of modern man. It is a prohibited subject disturbing communication between patients, relatives and professionals. With the advancement of medicine, death takes place in the hospital setting. The daily life of health professionals regarding death implies difficult choices to make, producing additional stress. In the mentality of interdicted death there is not an authorized expression of emotions and pain, leading to diseases and an increase of cases of depression, leading to a greater incidence of Burnout Syndrome among professionals. They choose to work with death and dying, bringing in their own way of dealing with pain and losses. Fail to avoid death or relieve suffering brings professionals to be aware of their finitude. A relationship is established between intense stress, collapse and non recognized mourning. Some professionals do not accept or recognize their own mourning. Palliative care programs try to modify this dysfunction by encouraging group work in caring for patients and their families. A proposal of care is presented for carers aiming at: a) Training and sensitization to talk about the main difficulties; b) Deepening the subject brought by the group; c) Projecting care for carers according to the work team, having in mind their necessities; d) The methodology for the several phases of the work was promoting group activities. A kind of care is psychological duty, which facilitates the growth and the development of the person, implying empathy, acceptance and congruence. It offers a space for listening that uses qualified persons as soon as people ask for help, welcoming the demand. Other forms of care are presented: leisure activities, psychotherapy and psychological care, courses and workshops favoring significant apprenticeship, individual supervision and group supervision for difficult cases, always reflecting about care and favoring team work.

KEYWORDS: Caretakers. Health Professionals. Death.

RESUMEN: Este artículo aborda el tema de la muerte en el siglo XXI, la manera por la cual los profesionales de salud la afrontan, las consecuencias sobre su salud física y psíquica. La muerte es considerada enemiga, oculta, vergonzosa, algo que afecta la omnipotencia del hombre moderno. Estamos delante de un tema prohibido, que provoca obstáculos en la comunicación entre pacientes, familiares y profesionales. Con el avance de la medicina, la muerte ocurre en el hospital. El cotidiano de los profesionales de salud delante de la muerte envuelve escoljas de difícil realización, generando stress adicional. En la mentalidad de la muerte prohibida, no es facultada la expresión de emociones y dolor, algo que lleva al adoecimiento y aumento de los casos de depresión, alargándose también la incidencia del Síndrome de Burnout entre profesionales. Los profesionales de salud escogen trabajar con la muerte y el morir, ofreciendo su manera personal de pelear con el dolor y las pérdidas. No lograr evitar la muerte o aliviar el sufrimiento trae al profesional la vivencia de su finitud. Hay el establecimiento de una relación entre un intenso stress, colapso y duelo no reconocido. Algunos profesionales no aceptan ni reconocen su duelo. Los programas de cuidados paliativos procuran cambiar esa disfunção al estimular el trabajo de equipo en los cuidados al paciente y a la familia. Una propuesta de cuidados al cuidador es presentada con los siguientes objetivos: a) precalentamiento y sensibilización para abordar las principales dificultades; b) Profundización del tema presentado por el grupo; c) Planeamiento de los cuidados al cuidador pensado por el equipo de trabajo, teniendo en vista sus necesidades; d) La metodología usada a lo largo de las diferentes fases del trabajo es una actividad de grupo. Una modalidad de cuidado es el plantón psicológico, que facilita el crecimiento y el desarrollo de la persona, envolviendo empatía, aceptación y congruencia. Ella ofrece espacio de escucha, contando con personas calificadas en momentos en los que hay la búsqueda de ayuda, acogiendo la demanda. Otros modos de cuidados son presentados: actividades de entretenimiento, psicoterapia y cuidados psicológicos, cursos y workshops que favorecen el aprendizaje significativo, la supervisión personal y grupal para casos difíciles, algo que se refleja sobre los cuidados, estimulando el trabajo de equipo.

PALABRAS-LLAVE: Cuidadores. Profesionales de salud. Muerte..

* Professora Livre Docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail: mjkoarag@usp.br

A morte e o luto hoje

Nos séculos XXI a morte é vista como inimiga, oculta, vergonhosa, que fere a onipotência do homem moderno¹. É considerada tema interdito, provocando entraves na comunicação entre pacientes, familiares e profissionais.

Ocultar-se a morte com estratégias defensivas. Interditar a morte oferece poder ilusório àquele profissional, que acredita que pode combatê-la, escancarado sua fragilidade.

A morte pode ser vista como fato natural, parte da vida ou como inimiga a ser vencida a qualquer custo. Os “combatentes” da morte na atualidade são os profissionais de saúde, principalmente médicos aos quais se atribui (e alguns se atribuem), o papel de donos da vida e da morte^{2,3,4}.

Em função do avanço da medicina, o local da morte deixa de ser a casa para ocorrer no hospital; o doente não é mais visto como pessoa, não tendo mais direito de planejar seu final de vida e a morte. A família que vive seu sofrimento pode ser considerada presença incômoda³.

O conceito de *morte roubada ao paciente* é de Marie de Hennezel⁵, cujo trabalho durante anos, foi o de acompanhar pacientes em Unidades de Cuidados Paliativos. Diferencia três situações:

- a) A morte roubada ao paciente: neste tipo de morte, o paciente não consegue exercer seu direito de autonomia, ter sua vontade respeitada, ter possibilidade de se autogovernar e ter participação ativa no seu processo terapêutico. Para não ocorrer morte roubada, o diálogo entre equipe de saúde, paciente e familiares é de suma importância, e as informações dadas pelo médico devem ser claras e acessíveis, sem

ocultar a verdade. É necessário esclarecer sobre diagnóstico, prognóstico, efeitos colaterais de tratamentos e medicamentos, o que permitirá que se faça escolhas adequadas.

- b) A morte pedida pelo paciente. Segundo Hennezel⁵, o pedido do paciente para morrer, precisa ser compreendido, pois pode não ser desejo de morte, e sim, alívio de sintomas ou acolhimento de sofrimento, que pode não estar sendo tratado de forma adequada pela equipe de saúde. É importante que o sofrimento seja entendido em seus aspectos físicos, sociais, espirituais e emocionais. A comunicação entre paciente, familiares e equipe de saúde é um dos principais eixos no tratamento do paciente.
- c) A morte exigida pelo paciente. É o pedido para morrer de fato, uma abreviação da vida. Pode se relacionar à interrupção de tratamentos obstinados e fúteis ou um pedido de eutanásia.

Seja qual for a dimensão do pedido do paciente o que se espera é a escuta e compreensão do que está sendo comunicado, mesmo que não se atenda o seu pedido. Levando em consideração o que Hennezel propõe parece ficar evidenciado o cotidiano dos profissionais de saúde frente às situações de morte, que envolvem escolhas nem sempre fáceis e possíveis de serem realizadas (até em termos legais), o que pode gerar na equipe de saúde, um estresse adicional. Profissionais afirmam que é difícil efetuarem procedimentos com os quais não concordam, principalmente quando causam sofrimento adicional ao paciente, configurando a distanásia⁶.

Na situação da morte roubada ao paciente, rouba-se também a possibilidade de despedidas, término de projetos, pedidos de perdão, dificulta-se ao paciente e familiares, o luto antecipatório, como definido por Rando⁷. Jann⁸ em sua dissertação de mestrado intitulada: *Enfrentando o morrer: a experiência de luto(a) do paciente com câncer avançado e seus familiares* apresenta os conceitos e controvérsias envolvendo o termo, destacando o valor adaptativo das reações de luto, antes da morte propriamente dita.

O luto antecipatório segundo Pine⁹ ocorre ao longo de um continuum, que vai do momento da notícia de uma doença grave, até o momento da concretização da morte. Além dos familiares e do paciente, os profissionais de saúde vivem lutos cotidianos em sua prática profissional. Será que eles têm direito de expressar sua dor? Em seu processo de formação são oferecidas possibilidades teóricas e experienciais para lidar com dor, perdas e morte?

Na década de 1950 observa-se contestação da abordagem defensiva em relação à morte. Elisabeth Kübler-Ross e Cicely Saunders propõem a rehumanização da morte¹⁰. Cuida-se dos sintomas e do sofrimento na esfera psicossocial e espiritual, o doente é centro dos cuidados, incluindo-se a família no tratamento. Esta mentalidade permitiu o desenvolvimento dos cuidados paliativos^{11,12}.

Segundo Pessini¹³ há dois paradigmas nas ações de saúde: o curar e o cuidar. No paradigma envolvendo a cura o investimento é para salvar vidas. No paradigma do cuidar a morte é aceita como parte da condição humana. Qualidade de vida em suas várias dimensões é preocupação dos profissionais afinados com este paradigma.

Pessoas com doença grave podem sentir medo do fim da vida. O

que se tornou tão assustador para que pessoas tenham tanto medo do processo de morrer? Observam-se alterações significativas das formas de morrer nos últimos anos. Há predominância de doenças crônicas: cardiopatias, neoplasias, doenças sexualmente transmissíveis, enfermidades neurológicas e demências. O temor de que haja supertratamento nas Unidades de Terapia Intensiva, acompanhado de dor e sofrimento está presente na população em geral e também em pacientes gravemente enfermos. Talvez este seja o motivo para se falar tanto sobre eutanásia e suicídio assistido, como forma de evitar obstinação terapêutica, o prolongamento do processo de morrer com muito sofrimento¹³.

O conceito de paciente terminal, ainda utilizado, estigmatiza a pessoa. Do ponto de vista psicossocial, o atributo terminal pode condenar o paciente ao abandono, pela ideia de que “não há mais nada a fazer”, levando à naturalização da dor e do sofrimento, já que a morte está próxima. O termo “fora de possibilidade terapêutica” pode dar ideia de que terapêutico é só o que leva à cura. Alívio e controle de sintomas nesta compreensão não estão incluídos como terapia.

Pacientes com doença avançada sofrem, constituindo o que Saunders¹¹ denominou de dor total. O agravamento da doença provoca vários sintomas físicos, que tornam o cuidado difícil. Entre os sintomas psicossociais estão: medo da solidão, do abandono, da interrupção dos planos da vida, da perda das pessoas próximas, da dependência e da morte.

Pacientes em estágio avançado da doença buscam: alívio e controle da dor e de outros sintomas. Gostariam de assumir controle sobre a própria vida; não ter o sofrimento prolongado; não ser sobrecarga para a família; es-

treitar laços com pessoas significativas e ter dignidade no fim da vida. Esperam também que seu médico não os abandone.

Alguns pacientes pedem para morrer. Perguntamo-nos o que motiva estes pedidos? Sensação de desamparo, falta de controle e de apoio, não ter a família presente podem ser algumas causas para o pedido de morte¹⁴. Estes pedidos para morrer podem ser entendidos como depressão, ficando difícil o diagnóstico diferencial com outros sintomas.

Verificamos as seguintes preocupações em pacientes gravemente enfermos: não poder se despedir dos familiares; dúvidas e questionamentos religiosos; não saber o que vai acontecer com os familiares¹⁵.

Perdas são vividas durante o adoecimento, propiciando que se trabalhe o luto antecipatório¹⁶. Assim é possível a elaboração das perdas entre vivos, favorecendo a prevenção de sofrimento posterior. Do ponto de vista pessoal são vivenciadas perdas de papéis desempenhados ao longo da vida: de profissional, genitor, cônjuge, entre outros¹⁷.

Para realizar o trabalho do luto é preciso reconhecer e permitir a expressão de sentimentos presentes. Na mentalidade da morte interdita presente na época atual, não se autoriza a expressão de emoções e dor¹⁸. Este fato pode levar ao adoecimento e aumento dos casos de depressão e aumentar a incidência da Síndrome de Burnout entre profissionais^{17,19}.

O processo de luto antecipatório permite elaborar a dor, estimular a comunicação entre pacientes, familiares e profissionais, tendo caráter preventivo. Não é trabalho somente para psicólogos, podem colaborar neste processo, médicos e enfermeiros.

Kübler-Ross^{20,21} se refere ao estágio da depressão como forma de lidar com a aproximação da morte,

não tendo caráter de patologia. O paciente debilitado começa a se distanciar dos entes queridos. É fundamental a tranquilidade, presença acolhedora dos familiares e dos profissionais, que cuidam do paciente. Essa presença confortadora pode ser perturbada pela rotina nos hospitais. Ocorre mais frequentemente em programas de cuidados paliativos pela presença da família e filosofia destes programas, que permite o acompanhamento do processo de morrer.

Há duas trajetórias para a morte. Uma em que se observa o lento apagar das funções do corpo até o óbito e outra acompanhada de: delírio, confusão mental, agitação, dor intensa. A “boa morte” envolve a consciência de sua aproximação; manutenção do controle da situação; dignidade e privacidade; alívio de sintomas; escolha do local da morte; acesso à informação e esclarecimento; suporte emocional, social e espiritual; presença de pessoas significativas; direitos preservados; despedidas; não ter a vida prolongada indefinidamente. Morte difícil é aquela que não é aceita, com revolta e conflito entre familiares, e sentimentos de abandono ou solidão.

Pessoas pedem para morrer com dignidade, por isso é fundamental avaliar se estão sofrendo. Este pedido não pode ser desqualificado e sim compreendido. A morte pode ser compreendida como finalização da vida. Familiares podem pedir para que se apresse a morte do ente querido, por não suportar ver seu sofrimento. As famílias, na atualidade são cada vez menores e dispersas, aumentando a sobrecarga daqueles que carregam responsabilidades e providências. O aumento do tempo da doença com sintomas incapacitantes tornam o cuidado tarefa complicada, o que pode impedir a permanência em domicílio, gerando culpa nos familiares.

Escutar o pedido para morrer não significa atendê-lo. Não se trata de eutanásia, ou suicídio. Pedir para morrer é diferente de pedir para matar⁵. Há uma diferença significativa entre o pedido de ajuda no processo de morrer com qualidade e dignidade e a eutanásia, esta última envolvendo ações efetivas para provocar a morte. Familiares ficam assustados quando ouvem o pedido para morrer por parte do doente e pensam que têm tomar atitudes rápidas. O esclarecimento destas diferenças e o acolhimento podem ajudar familiares, que se encontram, muitas vezes, ansiosos e desamparados nesta situação.

O cuidador principal está sob risco de colapso. Pode esquecer da própria vida, negligenciando seu cuidado. Observa-se, em muitos casos, ambivalência entre desejo e investimento na sobrevivência do paciente ou de sua morte para alívio de todos²².

Com a proximidade da morte é urgente buscar comunicação efetiva, lidar com assuntos inacabados, prioridades, escolhas e relações significativas. É fundamental resgatar desejos, prazeres e os valores da pessoa. Os problemas na comunicação entre paciente, familiares e equipe de saúde, levam à conspiração do silêncio. É uma tentativa de mútua proteção, que pode ser facilmente desmascarada. A doença pode levar à diminuição do poder de decisão e escolha do paciente, um ataque à sua autonomia e dignidade. Ocultam-se sentimentos, há esforços para que a verdade não seja dita e a comunicação fica superficial^{23,24}.

Ao se pensar nos cuidados a pacientes e familiares é fundamental favorecer a comunicação efetiva, a expressão dos sentimentos, permitindo seu compartilhamento. Estimula-se o sentimento de pertença, coesão, familiaridade, promovendo qualidade de vida²⁵.

Autonomia é valor importante para o ser humano e deve ser mantida até o final da vida, lidando-se com os conflitos presentes quando da proximidade da morte. Devem ser preservados para o paciente o sentido de sua existência, a história e seu lugar no mundo, qualidade de vida, dignidade no processo de morrer, último ato humano²⁶. Dignidade significa possibilidade de viver com o menor sofrimento possível, tarefa para profissionais envolvidos no cuidado a pacientes numa abordagem multidimensional.

Para que a dignidade seja preservada é preciso garantir competência, esclarecendo-se: diagnóstico, opções de tratamento e prognóstico para pacientes e familiares. A autonomia, tão importante em todas as fases da vida, pode ficar prejudicada com o agravamento da doença. É requisito para se ter dignidade o apropriar-se do direito de assumir controle da vida, tomar decisões em conjunto com a família e a equipe de saúde, no que se refere a tratamentos e local de permanência até o fim da vida. É importante saber como pessoas gostariam de viver até a morte^{10,26,27}.

A ortotanásia é a morte no momento certo: não apressada como na eutanásia ou prolongada como na distanásia e é importante tarefa dos programas de cuidados paliativos. Segundo Menezes²⁸ os programas de cuidados paliativos criam uma nova representação do morrer. É tarefa dos paliativistas transformar a morte negada e interdita em evento socialmente aceito. Não é tarefa fácil e exige especialização de seus profissionais.

Ajudar no processo de morrer não significa cometer eutanásia. Trata-se de diminuir sofrimento, sintomas incapacitantes e permitir: expressão de sentimentos, despedidas, término de assuntos inacaba-

dos, ressignificar relações e buscar sentido da vida²⁹.

É fundamental que, numa sociedade que considera o tema tabu, se possa conversar a respeito da morte, lidar com preconceitos, possibilitando o exercício da comunicação efetiva. Cuidados paliativos envolvem uma forma de educação para a morte para pacientes, familiares e profissionais de saúde, já que propicia o convívio diário com perdas do adoecimento e proximidade da morte. Permite a elaboração do luto antecipatório com o compartilhamento de sentimentos e sofrimento em relação a estas perdas. A principal tarefa dos profissionais é evitar a distanásia, informando e esclarecendo pacientes, familiares e demais profissionais de saúde¹⁰.

Vê-se em muitas instituições hospitalares a “empurroterapia”, diante de temas difíceis como agravamento da doença e aproximação da morte. Os programas de cuidados paliativos procuram modificar esta disfunção ao propor como foco o trabalho de equipe nos cuidados ao paciente e à família³⁰.

Cuidando do cuidador no contexto hospitalar

Os profissionais de saúde, ao escolherem sua profissão, de forma mais ou menos consciente, estarão lidando com aspectos relacionados à morte e ao morrer, com sua forma pessoal de lidar com dor e perdas. O modo de lidar com essas questões vai depender de vários fatores:

- de sua história pessoal de perdas, experiências e elaboração dos processos de luto;
- da cultura em que está inserido, que influencia: as representações de morte, a possibilidade de expressão da dor e como o luto é vivenciado;
- da sua formação universitária e capacitação em serviço.

O profissional de saúde, em seu cotidiano lida com situações de sofrimento e dor, tendo a morte como elemento constante e presente. Sua dificuldade para lidar com problemas durante a convivência diária junto a pacientes, familiares e colegas tem contribuído para gerar situações de estresse de difícil resolução. O sentimento gerado por estas situações, muitas vezes, se traduz em impotência, frustração e revolta.

Trabalhar na área de saúde, como cuidador, apresenta de imediato a seguinte constatação: a dor e a morte estão presentes no seu cotidiano.

A maneira de lidar com a morte e doenças mudou muito a partir dos grandes avanços científicos e tecnológicos da medicina. A imagem da morte vem acompanhada da ideia de fracasso do corpo, do sistema de atenção médica, da sociedade, das relações com Deus³¹.

Torres³², referindo-se à obra de Kübler-Ross, apresenta os conflitos entre vários sistemas de símbolos:

- a) pessoal, subjetivo versus tecnológico e racional;
- b) uma atitude maternal de cuidado versus procedimentos técnicos;
- c) morte em casa versus morte no hospital;
- d) necessidade de controle versus livre expressão de sentimentos.

No fogo cruzado entre estas ordens antagônicas, encontra-se a equipe de saúde. Profissionais de enfermagem precisam executar procedimentos indicados pela equipe médica, cuidar das demandas feitas pelos pacientes e familiares de alívio do sofrimento e atendimento às necessidades básicas. Surge o conflito entre salvar o paciente, evitar ou adiar a morte a todo custo, e o cuidar, relacionado com alívio e controle de sintomas

e busca de boa qualidade de vida. Entre os diversos conflitos dentro da instituição hospitalar coexistem: lidar com vida e morte, bem-estar e ataque à doença, curar e cuidar³¹.

Ao se priorizar no hospital o salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável, pode fazer com que o trabalho da equipe de saúde seja percebido como frustrante, sem motivação e significado. Esta percepção pode ser agravada quando procedimentos a serem realizados com pacientes fora de possibilidade de cura não são compartilhados com toda a equipe, fato apontado como uma das razões para o aumento do estresse.

Por outro lado, não conseguir evitar a morte ou aliviar o sofrimento traz ao profissional a vivência de sua própria morte e finitude, o que pode ser extremamente doloroso²³.

O mito de Quíron, ilustra a ideia do cuidador ferido. O centauro Quíron, mestre dos médicos, foi ferido mortalmente pelas flechas de Hércules e por ser sua ferida incurável sofria grandes dores. Tornou-se o grande mestre dos médicos, porque tocado pela sua dor, era capaz de se sensibilizar com a dor dos outros. É o que acontece também com os profissionais de saúde em contato com suas próprias dores e perdas, tornando-se sensíveis ao sofrimento das pessoas sob seus cuidados. Os profissionais de saúde vivem esta situação, de estarem feridos pela sua prática profissional^{19,33}.

A equipe de enfermagem tem alto risco de colapso pela sua função de cuidado diário aos pacientes, portanto em contato mais intenso com dor e sofrimento. São também estes profissionais, que o paciente busca para falar de suas questões mais íntimas, levando a situações constrangedoras, pelo fato de não terem respostas a todas questões e pela eclosão de sentimentos inten-

sos. É o caso da comunicação do agravamento da doença e proximidade da morte.

Por outro lado, a enfermagem acaba tendo um contato mais constante com os familiares que acompanham o paciente e que estão vivendo situações de ansiedade e desespero diante do sofrimento e da possível perda do ente querido. Buscam respostas, querem confirmação de sua esperança, e em razão destas demandas podem sobrecarregar ainda mais a equipe, que já conta com uma intensa quantidade de funções a desempenhar. Essa sobrecarga é decorrente de vários fatores: complexidade das tarefas a serem cumpridas, número insuficiente de profissionais disponíveis, alterações nas escalas de plantão, grande número de pacientes nas unidades.

Pacientes e familiares podem nutrir sentimentos ambivalentes em relação à equipe de cuidados e ao hospital, sendo estes manifestos em primeiro lugar àqueles que se estão em contato cotidiano com eles. Entre os sentimentos mais comuns podem co-existir o agradecimento pelo cuidado ou raiva pelo sofrimento infligido, culpa pelo agravamento da doença. São sentimentos possíveis quando a pessoa se vê frente à perda, a aniquilação.

Profissionais de saúde empenhados em sua tarefa de cuidar dos sintomas, realizam exames e intervenções, alguns invasivos e dolorosos. Podem sentir que seu trabalho não está sendo reconhecido, e são agredidos pelos sentimentos expressos por pacientes e familiares. Não têm tempo para elaboração, não podem compartilhar seus sentimentos, por vezes se acreditam merecedores deles. Seja qual for o motivo, pode haver sobrecarga afetiva, que se manifesta por meio de sintomas físicos, do adoecimento, resultando na Síndrome de Burnout. Esta síndrome laboral é uma

reação à tensão emocional crônica de pessoas que tratam diretamente de outros seres humanos³³.

Tamayo³⁴ refere que a Síndrome de Burnout tem três componentes relacionados: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal. Segundo Carvalho¹⁹ esta síndrome envolve profissionais submetidos a estresse emocional crônico, surgindo sintomas psicológicos e comportamentais. Entre os sintomas somáticos estão: exaustão, fadiga, cefaleias, distúrbios gastrintestinais, insônia e dispnéia. Os sintomas psíquicos observados são: humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse.

Pitta³¹ enumera algumas das defesas, que profissionais de saúde apresentam quando diante de ansiedades provocadas pelo trabalho: fragmentação da relação profissional e paciente; despersonalização e negação da importância da pessoa, distanciamento e negação de sentimentos, tentativa de eliminar decisões e redução do peso da responsabilidade.

O termo cuidado deriva-se do antigo inglês "carion", e das palavras góticas "kara ou carion". Como substantivo, significa aflição, pesar ou tristeza. Como verbo significa "ter preocupação por", sentir uma inclinação ou preferência, respeitar, considerar, no sentido de ligação de afeto, amor, carinho e simpatia³⁵.

Quando ocorre o agravamento dos sintomas e a morte se aproxima, o paciente necessita de mais cuidados, pois apresenta sintomas altamente incapacitantes e de difícil manejo requerendo alto grau de especialização da equipe. É nestes momentos que surgem os dilemas entre cuidar do paciente, e a obrigação de salvar ou prolongar sua vida a todo custo.

Para a equipe de saúde no hospital estes podem ser momentos

difíceis, porque há maior preocupação com procedimentos envolvendo cura. A equipe pode se sentir mais atuante quando vê efeitos de suas ações, por exemplo, o paciente sobrevive e vai para casa. Torna-se difícil o manejo de pacientes com múltiplos sintomas, cujo tratamento não leva à melhora, só ao prolongamento da vida com sofrimento. Surgem conflitos sobre o que fazer nestas situações, manter procedimentos ou interrompê-los. Evitar a distanásia é tarefa fundamental para estes profissionais.

O profissional de saúde, em contato com o sofrimento nas suas diversas dimensões, vive conflitos sobre como se posicionar frente à dor, que nem sempre consegue aliviar. Precisa elaborar perdas de pacientes, o que é mais penoso quando morrem aqueles com que estabeleceu vínculos mais intensos. Este convívio com dor, perda e morte traz ao profissional a vivência de seus processos internos, sua fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas, que nem sempre tem autorização para compartilhar.

Cabe então falar sobre o luto dos profissionais de saúde, processo desencadeado pela perda de pacientes com os quais estabeleceu vínculos mais intensos. Nos casos de luto não reconhecido Doka¹⁸ se refere aos profissionais de saúde como enlutados não reconhecidos, portanto sem direito de expressar seus sentimentos, o que pode levar ao colapso.

Há um silenciamento da morte nos hospitais, que coincide com a situação em que se vê a morte como fracasso de profissionais de saúde. Profissionais de saúde se ligam a alguns pacientes e quando ocorre a morte têm que lidar com a sensação de fracasso e impotência e entram em processo de luto, que não é reconhecido e autorizado. Este fato é reforçado pelo que aprenderam na sua formação: não

se envolverem com seus pacientes. Surgem então mecanismos de defesa que podem ser inconscientes, sintomas psicossomáticos, que se exacerbados culminam em colapso. Repressão das emoções provoca esgotamento psíquico, diminuindo a concentração, aumentando o consumo de substâncias químicas, levando à depressão e tentativas de suicídio. Sem contato com suas emoções e intuição não podendo acessar recursos criativos e espirituais e sem contato com sua alma o adoecimento pode acontecer^{36,37}.

Estabelece-se relação entre intenso estresse, colapso e luto não reconhecido. Muitos profissionais também não aceitam e reconhecem esta experiência como luto que deve ser vivido, elaborado e autorizado. Parkes¹⁷ afirma que profissionais de saúde vivem sim processos de luto. Experimentam a ambivalência entre sensibilização, aproximação e empatia e o distanciamento como defesa. Há conflitos entre fugir da morte que não se pode vencer com sentimento de derrota e aprender acompanhando o processo de morte de seus pacientes.

A formação dos profissionais de saúde, voltada predominantemente para o aspecto técnico do manejo das doenças não levando em conta a pessoa, está relacionada com a tarefa de salvar vidas. Observa-se neste processo de formação, ausência de disciplinas que discutam aspectos cognitivos e afetivos relacionados ao processo da morte e do morrer. Zimmermann³⁸ sugere que durante seu processo de formação, profissionais de saúde reflitam sobre o clima emocional que envolve o ato médico, discutindo seus sentimentos e ansiedades. É essa discussão que envolve o que abordamos acima como cuidado ao cuidador profissional.

Cavalcante³⁹ e Gutierrez⁴⁰, observam esta mesma tendência nos

curso de enfermagem, embora haja demanda antiga destes profissionais para que sejam cuidados.

No Instituto de Psicologia da USP a disciplina optativa Psicologia da Morte é oferecida desde 1986, com os seguintes objetivos: a) possibilitar a sensibilização e escuta dos processos internos perante a morte; b) apresentar teorias psicológicas sobre a morte; c) refletir sobre a ação psicológica diante da morte^{41,42}.

A seguinte pergunta se apresenta: será que os profissionais que se dizem não preparados para enfrentar a questão da morte, querem de fato se preparar? Esslinger³ aponta para um desejo frequentemente manifesto por profissionais de saúde, de que suas próprias feridas possam ser cuidadas. Carvalho¹⁹ referindo-se ao mito de Chiron aponta que médicos, assim como o centauro contém em si as duas vertentes: a do médico e a do paciente:

"[...] se nos ativermos, num momento de saúde são postos nesta situação, a de médicos feridos pela própria prática médica, pelos pacientes, em suma – e como esta experiência poderá ser usada para uma compreensão dos processos internos do próprio profissional, o que poderá resultar numa melhor compreensão do paciente" (p. 62)¹⁹.

Cuidar do sofrimento do cuidador profissional é fundamental. Está ferido e ao cuidar de si pode compreender melhor o sofrimento de seus pacientes. Afinal, como pode cuidar se ele mesmo não é cuidado? Poder aceitar suas feridas, favorecer a compreensão da condição humana e exercer solidariedade^{36,37}.

No que se refere mais especificamente à equipe de enfermagem, há um fator adicional que merece consideração, é que estes profissionais estão em contato mais direto e contínuo com o sofrimento do pa-

ciente, e, por vezes sem autonomia para tomar uma série de decisões, o que pode gerar um estresse adicional^{33,39,40}.

Unidades de Terapia Intensiva, inicialmente pensadas para salvar vidas, são, hoje em dia, muitas vezes utilizadas para o prolongamento de um longo e penoso processo de morte, por isto podem se transformar em "catedrais do sofrimento"^{6,13}. Na formação de profissionais de saúde, devem ser incluídas discussões acerca dos aspectos éticos presentes na terminalidade da vida.

Diante do sofrimento imposto pelas situações-limite de vida e morte, Kovács⁴² destaca a necessidade de discutir os temas abaixo relacionados:

- Como comunicar o agravamento da doença e proximidade da morte para pacientes e seus familiares?
- Como lidar com pacientes que estejam expressando sentimentos como: medo, raiva e tristeza?
- Como tratar pacientes sem possibilidade de cura, a partir da questão da complementaridade entre curar e cuidar?
- Como cuidar de sintomas incapacitantes, causadores de sofrimento e dor?
- Como abordar a família diante da aproximação da morte, como acolher os sentimentos presentes nessa situação?
- Como lidar com a expressão do desejo de morrer do paciente ou da família que não suporta ver tanto sofrimento?

Foi a partir destes pontos que Esslinger, Kovács e Vaiciunas⁴³ planejaram um projeto de cuidado ao cuidador profissional em um hospital público na cidade de São Paulo. O trabalho principal

foi realizado com a equipe de enfermagem para trabalhar com os sentimentos resultantes da tarefa de cuidar dos sofrimentos, dores, impotência e culpa por não poder curar ou amenizar o sofrimento.

Na tentativa de trabalhar com o sofrimento do cuidador de enfermagem, optou-se pela realização de várias dinâmicas de grupo, visando facilitação da emergência das dificuldades e conflitos destas equipes e uma intervenção que buscasse a identificação e alívio destes, quando possível, favorecendo melhor qualidade de vida. Este foi o movimento inicial para desenvolvimento de um projeto que pretendeu oferecer cuidado ao cuidador profissional no contexto hospitalar.

O projeto surgiu após a solicitação das coordenadoras de equipes de enfermagem a partir da supervisão de alguns casos considerados como difíceis pelos profissionais. A proposta teve os seguintes propósitos:

- a) aquecimento e sensibilização para o tema principal apontado pela equipe, tendo em vista suas dificuldades principais;
- b) aprofundamento do tema trazido pelo grupo;
- c) planejamento da ação de cuidados ao cuidador pensado pela equipe de trabalho, tendo em vista suas necessidades.

A metodologia utilizada durante as diversas fases do trabalho envolveu atividades em grupo, intercaladas com atendimento individual. A seguir é apresentado um breve relato de técnicas facilitadoras para emergência dos temas apontados pela equipe, possibilidade de expressão de sentimentos e planejamento da ação de cuidados:

a) **Desconexão**

Favorecer o desligamento de estímulos externos que

possam perturbar o envolvimento na atividade proposta, trazendo a pessoa para o contato com a sua experiência interior.

b) **Introspeção**

Conduzir a pessoa a um maior contato com suas vivências interiores. Este estado é facilitado a partir de exercícios de relaxamento e sugestões de temas relacionados com o que se pretende trabalhar. Pelo uso de imagens é possível a emergência de aspectos ainda não presentes à consciência.

c) **Relatos verbais**

Estimular o relato das experiências vividas no cotidiano ou acessadas pela dinâmica proposta. Tem como objetivo que a própria pessoa ouça o que está falando, permitindo o compartilhamento de suas experiências com o grupo. Os facilitadores criaram uma atmosfera para que cada participante se expressasse e que pudesse ser ouvido sem críticas ou julgamentos à priori.

d) **Atividades expressivas**

Introduzir nas dinâmicas o uso de material expressivo que permitisse a manifestação de conteúdos despertados pela introspecção e não manifestos na consciência. Estas atividades permitem a expressão espontânea de sentimentos e vivências com menos censura. Entre as atividades expressivas utiliza-

das estão: trabalho com tinta, massa de modelar, sucata, canetas hidrográficas, dança entre outras.

Uma outra modalidade de cuidado às equipes de saúde é o plantão psicológico, baseado na abordagem centrada na pessoa como postulada por Rogers, Kinget⁴⁴. Facilita o crescimento e desenvolvimento da pessoa, criando condições traduzidas numa equação, que envolve empatia, aceitação e congruência na relação que se estabelece entre facilitadores e clientes⁴⁵. Oferecem espaço de escuta, que conta com a participação de pessoas qualificadas no momento em que se busca ajuda, favorecendo acolhimento da demanda, mesmo que não seja atendida. O processo de escuta pode ser terapêutico. Plantão psicológico implica em disponibilidade para o que se apresentar, sem escolha à priori, o que requer dos plantonistas flexibilidade e criatividade⁴⁶. Para pessoas, em momentos de crise, angústia e confusão, este tipo de atendimento pode ser ponto de referência, possibilitando o contato com recursos internos e externos.

Como profissionais de saúde vivem situações de estresse, frustração, insatisfação com o seu trabalho e também passando por situações pessoais de sofrimento que precisam de cuidados, o plantão psicológico, por suas características, abre um espaço para que estes profissionais possam buscar ajuda no momento em que necessitam. O plantão pode ser terapêutico em si, ou ser porta de entrada para modalidades de cuidados mais prolongados.

Outras formas de cuidados podem ser pensadas:

- atividades de lazer para estreitar contatos e estabelecer relações de amizade;
- psicoterapia e cuidados psicológicos para cuidar da dor e sofrimento dos profissionais;
- cursos, workshops e vivências para transmitir conhecimento, lidar com sentimentos e formas de manejo favorecendo a aprendizagem significativa⁴⁷;
- supervisão individual e grupal para casos difíceis, refletindo sobre alternativas de cuidados, esclarecendo pontos obscuros, favorecendo o trabalho de equipe.

Uma modalidade de supervisão são os Grupos Balint, que envolvem reuniões de equipe com profissionais de saúde mental, trabalhando-se a relação paciente e profissional e não a discussão de aspectos clínicos. Assim pode se verificar que aspectos podem interferir nos cuidados, favorecendo o auto-conhecimento, trazendo à consciência pontos cegos, evitando o *acting-out*³⁷.

Seja qual for a modalidade escolhida o cuidado ao cuidador é uma medida fundamental a ser adotada nos hospitais. Afinal cuidar bem quem se sente cuidado, respeitado e acolhido.

...Não, não a morte não é algo que nos espera no fim. É companheira silenciosa que fala com voz branda, sem querer nos aterrorizar, dizendo sempre a verdade e nos convidando à sabedoria de viver... (p. 69)⁴⁸.

REFERÊNCIAS

1. Ariès P. A história da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
2. Zaidhaft S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
3. Esslinger I. O paciente, a família e a equipe de saúde, de quem é a vida afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia USP; 2003.
4. Kovács MJ. Educação para a morte. Temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
5. Hennezel M. Nós não nos despedimos. Lisboa: Editorial Notícias; 2001.
6. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2002.
7. Rando T. Treatment of complicated mourning. Champaign, Illinois: Research Press; 1993.
8. Jann I. Enfrentando o morrer: a experiência de luto do paciente com câncer avançado e seus familiares [dissertação]. São Paulo: PUC-SP; 1998.
9. Pine V. An agenda for anticipation of bereavement. In: Rando T, editor. Loss and Anticipatory Grief. Massachussets/Toronto: Lexington Books; 1986.
10. Kovács MJ. Bioética nas questões de vida e morte. Boletim Psicol. 2003;14(2):95-167.
11. Saunders C. Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach. London: Edward Arnold; 1991.
12. Saunders C. A personal therapeutic journey. British Medical Journal. 1996;313:274-75.
13. Pessini L. Viver com dignidade a própria morte. Reexame da contribuição da ética teológica no atual debate sobre distanásia. [tese] São Paulo: Centro Universitário Assunção. Pontifícia Faculdade de teologia Nossa Senhora de Assunção; 2001.
14. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M. Desire for death in the terminally ill. American Journal of Psychiatry. 1995;152:1185-91.
15. Kovács MJ. Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In: Carvalho MMJ, organizador. Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus; 1998.p.159-185.
16. Fonseca JP. Luto antecipatório. Campinas SP: Editorial Livro Pleno; 2004.
17. Parkes CM, Markus A, editors. Coping with loss. London: BMJ Books; 1998.
18. Doka K. Disenfranchised grief – recognizing hidden sorrow. Nova York: Lexington Books; 1989.
19. Carvalho VA. A vida que há na morte. In: Bromberg MHPF, Kovács MJ, Carvalho MMJ, Carvalho VA. Vida e morte: laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.p.36-76.
20. Kübler-Ross E. Sobre a morte e morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1969.
21. Kübler-Ross E. Morte: Estágio final da evolução. Rio de Janeiro: Record; 1975.
22. Rolland J. Helping families with anticipatory loss. In: Walsh F, Mc Goldrick M, editors. Living beyond loss. Death in the family. Nova York: W. Norton & Co; 1991.p.144-163.
23. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
24. Kovács MJ. Comunicação nos programas de cuidados paliativos. Mundo da saúde. 2003;27(27):71-80
25. Silva MJP. Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. In: Pessini L, Bertanchini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.p.263-74.
26. Kovács MJ. Autonomia e direito de morrer com dignidade. Bioética. 1998;6:61-9.
27. Kovács MJ. Atendimento psicológico em unidades de cuidados paliativos. Rev Bras Medicina. 1998;56(8):786-95.
28. Menezes RA. Em busca da boa morte. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
29. Breitbart W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. In: Pessini L, Bertanchini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.p.209-27.
30. Kovács MJ. Cuidando do cuidador profissional. In: Oliveira RA, organizador. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina; 2008.p.91-100.
31. Pitta A. Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1994.
32. Torres WC. A morte, o morrer e a ética. Arquivos Geriatria e Gerontologia. 1998;2(1):23-37.
33. Shimizu HE. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital-escola [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 2000.

34. Tamayo MR. Relação entre a Síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [dissertação]. Brasília: Instituto de Psicologia da UNB; 1997.
35. Carvalho AMS. Corpo erógeno: inter-relacionamento entre alunos de enfermagem e paciente no manuseio do corpo nu [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia USP; 2000.
36. Liberato RP, Carvalho VA. Estresse e Síndrome de Burnout em equipes que cuidam de pacientes com câncer. Cuidando do cuidador profissional. In Carvalho VA et al, organizadores. Temas em Psico-Oncologia. São Paulo: Summus; 2008.p.556-71.
37. Carvalho VA. Cuidando do cuidador profissional In: Pessini L, Bertanchini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo; 2004.p.305-19.
38. Zimmermann D. A formação psicológica do médico. In: Mello Filho J, editor. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
39. Cavalcante MBG. Humanização no processo de formação de profissionais de saúde: experiências de alunos do curso de graduação em enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.
40. Gutierrez BAO. O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.
41. Kovács MJ. Educação para a morte. Desafios na formação de profissionais de saúde e educação [livre docência]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 2002.
42. Kovács MJ. Educação para a morte. Desafios na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
43. Esslinger I, Kovács MJ, Vaiciunas N. Cuidando do cuidador no contexto hospitalar. Mundo da saúde. 2004;28(3):277-83.
44. Rogers CR, Kinget M. Psicoterapia e relações humanas. Belo Horizonte: Interlivros; 1977.
45. Wood J, organizador. Abordagem centrada na pessoa. Vitória: Fundação Ceciliano A. Almeida/Universidade Federal do Espírito Santo; 1994.
46. Mahfoud M. A vivência de um desafio, o plantão psicológico. In: Rosenberg RL. Aconselhamento centrado na pessoa. São Paulo: EPU; 1987.p.44-60.
47. Rogers CR, Rosenberg RL. A Pessoa como centro. São Paulo: EPU-EDUSP; 1977.
48. Alves R. O médico. Campinas, SP: Papirus; 2002.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Kastenbaum R, Aisenberg R. Psicologia da morte. São Paulo: Pioneira; 1986.
- Kovács MJ. Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte. In: Carvalho MMJ, organizador. Dor um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus; 1999.p.318-37.

Recebido em 17 de junho de 2010
Aprovado em 4 de agosto de 2010