

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ARYANE LEINNE OLIVEIRA MATIOLI

As Concepções Sobre a Morte e suas Implicações na Prática dos Cuidados
Paliativos: um estudo psicanalítico

Maringá
2020

ARYANE LEINNE OLIVERIA MATIOLI

As Concepções Sobre a Morte e suas Implicações na Prática dos Cuidados
Paliativos: um estudo psicanalítico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia
Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientador: Prof. Dr. Paulo José da Costa

Maringá
2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

M433c

Matioli, Aryane Leinne Oliveira

As concepções sobre a morte e suas implicações na prática dos cuidados paliativos : um estudo psicanalítico / Aryane Leinne Oliveira Matioli. -- Maringá, PR, 2020.
155 f.: il., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Paulo José da Costa.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2020.

1. Psicanálise. 2. Psicologia hospitalar. 3. Morte - Aspectos psicológicos. 4. Cuidados paliativos. I. Costa, Paulo José da, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

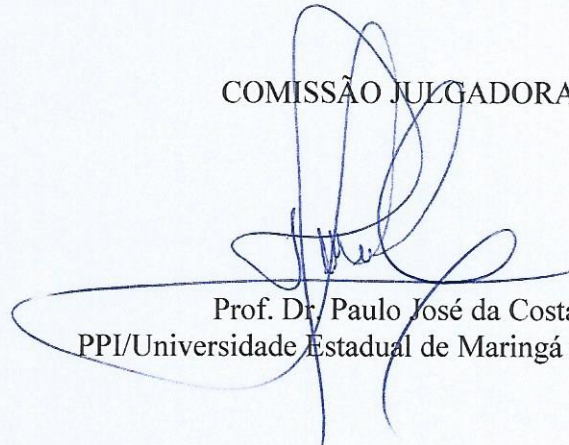
CDD 23.ed. 616.89

ARYANE LEINNE OLIVEIRA MATIOLI

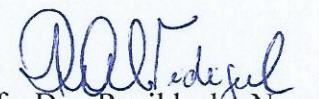
As concepções sobre a morte e suas implicações na prática dos cuidados paliativos: um estudo psicanalítico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

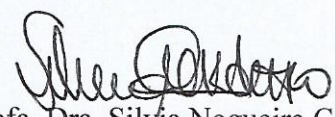
COMISSÃO JULGADORA



Prof. Dr. Paulo José da Costa
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Profa. Dra. Rozilda das Neves Alves
DPI/Universidade Estadual de Maringá



Profa. Dra. Silyia Nogueira Cordeiro
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Aprovada em: 06 de março de 2020.

Local da defesa: Bloco 118 – sala de vídeo, Campus da UEM.

DEDICATÓRIA

À tia Grá, em quem sempre me espelhei.
Aos meus pais, que me direcionaram a
este caminho: “Estude igual a sua tia”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus;

Aos meus pais Regina e Antenor que durante toda a minha vida, com muito amor, não mediram esforços para me apoiar e incentivar os meus estudos;

À minha tia Graciette, minha fonte de inspiração para trilhar o caminho acadêmico;

Às mulheres fortes da minha vida que partiram antes que esse momento chegasse, mas contribuíram enormemente para a pessoa que me tornei: minhas avós Eunice e Leonor, e minha bisavó Luzia;

Ao Lucas pelo incentivo interminável, paciência, amor e apoio desde o processo seletivo para o mestrado até a sua conclusão;

Ao Professor Dr. Paulo José da Costa, pela sua generosidade e valiosos ensinamentos durante todo o processo de orientação;

À Professora Dra. Rozilda das Neves Alvez e à Professora Dra. Silvia Nogueira Cordeiro pelas contribuições no exame de qualificação;

À Camila e à Marcela por caminharem ao meu lado durante o mestrado;

Ao Paulo Ricci, pela amizade e auxílio quando tomei a decisão de fazer o mestrado;

Ao Zeca pela amizade, pelos momentos de reflexão sobre tanatologia e por contribuir para essa pesquisa ao me possibilitar o acesso à sua biblioteca;

À Thaís e à Amanda por cobrirem as minhas ausências no hospital enquanto eu me dedicava ao mestrado;

À minha analista pelos anos de escuta que me permitiu conhecer a mim mesma;

A todos os profissionais que aceitaram o convite e colaboraram com esta pesquisa;

Ao hospital por possibilitar minha vivência na prática dos Cuidados Paliativos, e por autorizar a realização desta pesquisa;

A todos os meus mestres do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, que durante a graduação foram minha base para que eu chegasse à pós-graduação;

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, pela oportunidade em fazer o mestrado, em especial à Wal que sempre foi muito atenciosa;

Aos professores do Instituto Paliar que com muita sensibilidade me transmitiram os conhecimentos sobre os Cuidados Paliativos;

Por fim, agradeço a cada paciente que tive a oportunidade de paliar por me ensinarem que no final da vida o que prevalece é a essência humana.

“... só podemos realmente viver e apreciar a vida se nos conscientizarmos de que somos finitos. Aprendi tudo isso com meus pacientes moribundos que no seu sofrimento e morte concluíram que temos apenas o AGORA, portanto, goze-o plenamente e descubra o que o entusiasma, porque absolutamente ninguém pode fazê-lo por você!”.

(Kubler-Ross, 1975, p. 25)

As Concepções Sobre a Morte e suas Implicações na Prática dos Cuidados Paliativos: um estudo psicanalítico

RESUMO

A presente pesquisa versa sobre as concepções sobre a morte no contexto da prática dos Cuidados Paliativos, no ambiente hospitalar. Essa prática tem como principal finalidade a proteção ao sofrimento desencadeado pelos aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais, quando há o diagnóstico de uma doença que ameaça a continuidade da vida e/ou iminência da morte. Desde os tempos da antiguidade até a atualidade, pode-se perceber importantes mudanças na forma de compreender o processo de saúde e doença, bem como na forma de encarar a morte como parte natural do desenvolvimento humano. Atualmente, após a evolução da ciência e da tecnologia médica, a morte passou a ser compreendida como algo que deve ser evitado a qualquer custo. Os profissionais de saúde, que atuam com pacientes em cuidados de fim de vida e seus familiares, reproduzem a tentativa de evitar e negar a morte, e tal fato influencia diretamente na forma com que a pessoa enferma e sua família irá vivenciar este momento delicado. Nesse sentido, se faz conveniente a compreensão da concepção sobre a morte que os profissionais de saúde apresentam, para então entender suas implicações na prática dos Cuidados Paliativos, uma vez que no Brasil a qualidade de morte da população é muito insatisfatória. O objetivo desta pesquisa é compreender psicanaliticamente quais as concepções que os profissionais de saúde têm em relação à morte e suas implicações na prática dos Cuidados Paliativos. Freud em sua obra realizou algumas considerações sobre a morte, na qual pontuou que para nosso inconsciente somente a morte do outro é que se faz possível, pois não temos representação de nossa própria morte. Para o alcance deste objetivo foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito profissionais da equipe interdisciplinar que atuam na área hospitalar e assistem pacientes diagnosticados com doenças que ameaçam a continuidade da vida e/ou que vivenciam a terminalidade. O método utilizado foi o de análise de conteúdo e a interpretação e análise dos dados foram realizadas a partir da teoria psicanalítica. Constatamos que os profissionais se utilizam de estratégias defensivas para lidar com a morte em seu ambiente de trabalho, porém quando há a compreensão e realização dos Cuidados Paliativos, a morte ocorre de forma humanizada, com dignidade, o que tranquiliza os membros da equipe de saúde.

Palavras-chave: Morte; Cuidados Paliativos; Psicanálise.

The Conceptions about Death and their Implications for the Palliative Care Practice: a psychoanalytic study

ABSTRACT

This research study deals with the conceptions of death in the context of the Palliative Care practice in the hospital environment. The main goal of that practice is to prevent suffering caused by the physical, psychic, social and spiritual aspects when there is the diagnosis of a disease which threatens the continuity of life and/or imminence of death. Since antiquity it is possible to notice important changes in the form of comprehending the process of health and disease, as well as in the form of facing death as a natural part of human development. Currently, after the evolution of science and medical technology, death became something to be avoided at all costs. Health professionals, who work with patients in end-of-life care and their relatives, reproduce the attempt to avoid and deny death and that fact directly influences the form that the patient and his or her family go through this delicate moment. Thus, it is convenient to understand the health professionals' conception about death and thence its implications for the Palliative Care practice, since in Brazil the quality of death of the population is very unsatisfactory. This research aims at comprehending psychoanalytically which are the conceptions that health professionals have about death and their implications for the palliative care practice. Freud discussed about death in his work, stating that for the unconscious mind only the deaths of others are possible, because one does not have any representation of their own death. In order to reach this purpose, semi-structured interviews were carried out with eight professionals from the interdisciplinary team that work in the hospital environment and assist patients with diseases that threaten the continuity of life and/or go through terminality. The research method was the content analysis and data interpretation and analysis were taken in a psychoanalytic theoretical perspective. It was verified that professionals use defensive strategies to deal with death in their workplace, however, when there is understanding and application of Palliative Care, death takes a humanized form, with dignity, which calm down the health team members.

Keywords: Death; Palliative Care; Psychoanalysis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1. CUIDADOS PALIATIVOS: UMA CARACTERIZAÇÃO	14
1.1 Conceito e Definição	14
1.2 Perspectiva Histórica Sobre os Cuidados Paliativos no Mundo	15
1.3 Os Cuidados Paliativos no Brasil: dados históricos	19
1.4 A Prática dos Cuidados Paliativos.....	21
1.5 Os Princípios dos Cuidados Paliativos	21
1.6 A Atuação em Equipe e o Papel de Cada Membro	22
1.6.1 O papel do médico na equipe.....	23
1.6.2 O papel do enfermeiro na equipe	24
1.6.3 O papel do psicólogo na equipe	25
1.6.4 O papel do assistente social na equipe	26
1.6.5 O papel do fisioterapeuta na equipe	27
1.6.6 O papel do nutricionista na equipe.....	28
1.6.7 O papel do fonoaudiólogo na equipe.....	29
1.6.8 O papel do terapeuta ocupacional na equipe	30
1.6.9 O papel do odontólogo na equipe	31
1.6.10 O papel do assistente espiritual na equipe	31
1.7 O Cuidado no Processo de Luto	32
2. A HUMANIDADE DIANTE DA MORTE	36
2.1 A Mentalidade do Homem em Relação a Morte: aspectos históricos	36
3. A MORTE E O MORRER NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA FREUDIANA	44
3.1 Sobre a Imortalidade.....	44
3.2 Considerações Psicanalíticas Freudianas Sobre a Morte	45
3.3 Considerações Psicanalíticas Freudianas Sobre a Perda e o Luto	59
4. AMOSTRA E MÉTODO DE PESQUISA.....	65
4.1 Caracterização da Amostra	66
4.2 O Método de Análise de Conteúdo	68
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	72
5.1 Uma Nova Forma de Ver a Morte:.....	72
5.2 A Morte do Outro no Contexto Profissional	73

5.3 A Morte é Difícil Quando é Próxima	76
5.4 Para Trabalhar é Preciso se Defender do Sofrimento	77
5.5 O Interdito: Não Se Fala Sobre a Morte	83
5.6 Só É Possível Morrer Quando Há Permissão	87
5.7 Uma Nova Prática.....	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	98
ANEXOS	106

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa aborda sobre a morte no contexto da prática em saúde no ambiente hospitalar, especificamente no que tange aos Cuidados Paliativos, sendo esta uma forma de ação em saúde que não visa a cura de doenças graves, mas sim o controle dos sintomas e do sofrimento desencadeado pela evolução da doença, bem como o acolhimento aos familiares da pessoa enferma. Diante disso, foi realizado um estudo psicanalítico para identificar as concepções sobre a morte dos profissionais que atuam com pacientes que estão vivenciando o fim de suas vidas.

Conforme explicita Barros (2002), na Antiguidade a saúde era exercida através de práticas genericamente agrupadas no que se denominou de medicina mágico-religiosa, inserida em um contexto religioso-mitológico. De acordo com essa concepção, o adoecer era entendido como resultado de transgressões de natureza individual, ou coletiva. Havia realização de rituais, que aconteciam conforme a cultura local e eram liderados por feiticeiros, sacerdotes ou xamãs. As relações com o mundo natural se davam em uma cosmologia permeada por deuses e espíritos bons e maus. Desta forma, a doença era diretamente associada a estes agentes e cabia aos responsáveis pela prática médica da época vencer essas forças sobrenaturais.

Sobre esse contexto da Antiguidade, Freud (1915/2006e) relata que o homem primitivo apresentava uma atitude contraditória em relação à morte. Por um lado, a encarava com seriedade, reconhecendo-a como o término da vida. Por outro lado, a negava e a reduzia a nada. Tal contradição acontecia porque a atitude deste homem para com a morte dos outros era diferente em relação à sua própria morte. “Para o homem primevo, sua própria morte era certamente tão inimaginável e irreal quanto o é para qualquer um de nós hoje em dia” (Freud, 1915/2006e, p. 303).

Já no período do Renascimento, o Iluminismo e o paradigma cartesiano de René Descartes (1596-1650) contribuíram para a valorização da ciência e a separação entre mente e corpo. Foi a partir deste período que houve o predomínio do pensamento científico. Barros (2002) afirma que esta forma de compreender o indivíduo, como um ser que possui o físico e o psíquico, cindidos, ainda se faz presente no raciocínio médico atual.

A morte, apesar de ser parte natural do desenvolvimento humano, é encarada pela sociedade atual como algo que deve ser negado e evitado. De acordo com Kübler-Ross (1969/2008), tem-se a impressão de que o homem sempre abominou a morte e provavelmente sempre a repelirá. Cassorla (2003), por sua vez, afirma que não se encontram palavras frente à

morte e, por isso, não é possível de ser descrita, pensada e nomeada. Para o autor, “A própria Morte não dá conta do que ela seja” (p. 13), e é essa característica de ser inominável que a torna aterrorizante.

Em seus estudos acerca deste assunto, Ariès (1977/2017) pontua que a sociedade ocidental lidou com a morte de diferentes maneiras, no decorrer dos séculos. E foi partir do século XX que ocorreu uma importante revolução na mentalidade e nos sentimentos tradicionais em relação à morte. De acordo com o autor, tal fenômeno é totalmente inaudito e, nesse contexto, a morte é denominada como interdita, pois ela “. . . tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de interdição” (Ariès, 1977/2017, p. 82).

De acordo com a teoria psicanalítica, quando uma morte acontece, “ficamos sempre profundamente atingidos e é como se fôssemos muito abalados em nossas expectativas” (Freud, 1915/2006e, p. 300). Atualmente a morte é entendida como um tabu, ou seja, possui o sentido de algo inabordável, expresso por meio de proibições e restrições. Em “Totem e Tabu”, Freud (1913/2006c) relata a fundação da cultura por meio do remorso desencadeado por uma morte, o assassinato do pai e a idealização do pai morto, sendo este o primeiro evento traumático, que gerou um sentimento de culpa primitivo e, o que de acordo com Santos (n. d.), constitui-se na fonte da pulsão de morte. Ainda segundo a autora, “Freud refere assim, ao acontecimento mítico primordial, ao ato da agressão fundador da cultura, a causa da compulsão à repetição, que como um sentimento inconsciente de culpa impõe a insistência na angústia” (Santos, n. d., para. 8).

De acordo com Barros (2002), enquanto ocorre o avanço da tecnologia na medicina e o fortalecimento do modelo biomédico de saúde, é possível perceber a impossibilidade deste em oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas, principalmente aos componentes psicológicos e subjetivos que se fazem presentes em toda e qualquer doença. Nesse contexto, encontram-se os reais limites da tecnologia médica. A partir do momento em que a ciência e a tecnologia médica evoluíram, a morte passou a ser compreendida como algo a ser evitado a qualquer custo, o que gerou um uso obstinado dos procedimentos médicos capazes de prolongar a vida de forma artificial. E essa perspectiva parece ter contribuído para que a morte deixasse de ser compreendida como parte natural do desenvolvimento humano, tornando-a selvagem no dizer de Ariès (1977/2017), para ser combatida a qualquer preço.

Ao abordar sobre a dificuldade do homem em lidar com a morte, Rodrigues (2000) cita as ideias de Freud sobre como a cultura oferta diversas maneiras de minimizar a dor, como a religião que promete ligar o homem ao paraíso e a ciência que traz o ideal do saber absoluto e lida com a morte sem levá-la em conta. Além disso, Rodrigues (2000) pontua que, a partir desta

realidade, muitos profissionais lidam com a morte em seu dia a dia; entretanto, não significa que eles a levem em conta. “Lidar com a morte física na realidade do cotidiano não significa encará-la como experiência da falta, do vazio radical que funda o viver do homem e cuja presença modifica profundamente o seu estar-no-mundo” (Rodrigues, 2000, p. 51).

Kovács (2003) afirma que, com o avanço da ciência e da tecnologia médica, o processo de morrer pôde ser prolongado. “Se a morte não pode ser suprimida pode ser estendida, dando uma falsa ideia de onipotência e de vitória” (p. 71). Nesta mentalidade, a pessoa portadora de uma enfermidade incurável passa a ser privada de seu processo de morrer naturalmente, pois “Desenvolve-se um estilo de morrer no hospital. A morte é vista como fracasso, acidente, um sinal de impotência ou imperícia da equipe médica” (p. 71).

Em contrapartida, é no século XX que se vivencia uma reação ao modelo biomédico reducionista. Esta reação é acometida pela emergência e consolidação de movimentos que passam a olhar também para o psíquico e o social, construindo, assim, modelos próprios de investigação das ciências humanas. “No campo da saúde, uma das consequências da influência dessa nova orientação é a proposta de um modelo biopsicossocial em contraposição ao modelo biomédico dominante” (De Marco, 2007, p. 86). Tais movimentos estão relacionados à medicina psicossomática, que ganha força nesse momento, quando influenciada pelas ideias da Psicanálise.

Entretanto, a implantação do modelo de saúde biopsicossocial ainda enfrenta resistência, pois mesmo que os profissionais admitam a existência dos componentes subjetivos como influentes nas enfermidades, não se sentem à vontade para lidar com tais aspectos, uma vez que não foram preparados para isso (Barros, 2002). Esta resistência também se dá quando o profissional está em contato com pacientes que vivenciam a terminalidade, pois a morte traz dificuldades para o profissional de saúde que convive com a finitude durante o exercício de sua prática. “A dificuldade parece estar em reconhecer no paciente terminal e no sofrimento de sua família a tão temida finitude que acaba refletindo-se na própria mortalidade” (Kitajima, Baptista, Mello & Lopes, 2014, p. 44).

O modelo biopsicossocial reflete a busca por mudanças em todos os setores da saúde, inclusive nas instituições hospitalares, onde também se encontram pacientes que estão em cuidados de fim de vida e, nesse momento tão delicado, se faz fundamental a compreensão da morte como parte do desenvolvimento humano, a fim de proporcionar às pessoas em tal situação dignidade e qualidade de vida até o momento final de suas vidas. No entanto, para que este objetivo seja alcançado se faz importante a prática dos Cuidados Paliativos, a qual refere-se à proteção contra o sofrimento gerado pelo diagnóstico de uma doença que ameaça a

continuidade da vida. Essa proteção deve ser realizada de forma global, incluindo o cuidado com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, além do físico. É um cuidado voltado também para a família, garantindo maior acolhimento e humanização. A equipe de saúde que tem o conhecimento desta prática proporcionará, ao paciente e aos seus familiares, por meio de um trabalho interdisciplinar, o controle e o alívio dos sintomas que trazem sofrimento.

A escolha pelo estudo da morte no contexto dos Cuidados Paliativos, no âmbito hospitalar, se deu a partir da prática em psicologia no ambiente hospitalar, na qual foi possível identificar que a forma com que a morte se apresenta está em consonância com os aspectos teóricos brevemente apresentados acima. Os profissionais de saúde durante sua formação são treinados para manter e salvar vidas, possuindo poucos momentos de estudos e reflexões acerca da morte. Com isto, foi possível supor que tais pressupostos interfiram, de algum modo, na prática dos profissionais que trabalham com Cuidados Paliativos. Desta forma, tem-se como hipótese que esses profissionais encontram dificuldades ao lidar com a ocorrência da morte e o morrer durante sua prática e tais dificuldades podem trazer prejuízos na realização dos Cuidados Paliativos. A partir disso, consolidou-se o objetivo desta pesquisa, que foi compreender psicanaliticamente quais as concepções que os profissionais de saúde têm em relação à morte e suas implicações na prática dos Cuidados Paliativos.

A justificativa para a realização da referida pesquisa pode ser esclarecida a partir da prática em psicologia hospitalar, na qual foi observado os limites dos profissionais de saúde ao lidarem com pacientes em cuidados de fim de vida e seus familiares. A partir desse contexto, originou-se um desejo pessoal de aprofundar os conhecimentos acerca da morte e dos Cuidados Paliativos, visando compreender melhor essa problemática e, quem sabe, contribuir para que se torne possível o desenvolvimento de uma prática em que os pacientes possuam melhor assistência durante o processo de morrer, estendendo-se os cuidados e a atenção aos seus familiares. Outro ponto que permeia a justificativa desta pesquisa refere-se ao contexto atual da saúde, no qual se vivencia o avanço da tecnologia e a evolução da ciência médica, o que por um lado possibilita a cura de muitas enfermidades, mas, por outro, deixa de compreender a morte como parte natural do desenvolvimento humano, encarando-a como um tabu que deve ser evitada a qualquer custo.

Os pacientes diagnosticados com doenças incuráveis acumulam-se nos hospitais e muitas vezes não recebem a assistência adequada, pois a ação profissional quase sempre é focada na tentativa de cura com utilização de métodos invasivos e de alta tecnologia, que, na maioria das vezes, traz mais desconforto e sofrimento.

Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e mais dramático, a dor (Matsumoto, 2012, p. 23).

Em grande parte das vezes, durante o processo de morrer, os pacientes são submetidos a tratamentos invasivos que prologam a vida de forma artificial e em sofrimento. De acordo com Lolland (1978), a alta tecnologia médica e as intervenções ativas no fim da vida são algumas das contingências que levam a uma impressão aterrorizante da morte.

A morte no final do século XX e início do século XXI normalmente não ocorre mais no leito, em domicílio, com a pessoa rodeada de familiares – passa a acontecer nos hospitais, nas UTIs, tendo como companhia não as pessoas queridas, mas tubos, máquinas e profissionais atarefados. A morte, que era um evento público, passa a ser solitária, portanto muito assustadora; ela, que fazia parte da vida, passa a ser um acontecimento estranho, perturbador, que deverá ser combatido com todas as armas (Kovács, 2003, p. 24).

Diante desse cenário, Cassorla (2003) pontua que a tecnologia e as máquinas provenientes da sociedade moderna não proporcionam uma vida melhor para as pessoas, pois em todos os contextos vitais o ser humano necessita da ajuda de seus pares e essa necessidade se acentua nos momentos-chave, como a morte.

Conforme o que foi apresentado anteriormente, e considerando a colocação brasileira pouco satisfatória no Índice de Qualidade de Morte 2015 (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015), é possível identificar a emergente necessidade de melhorar a atenção e os cuidados aos pacientes em fase final de vida, bem como a seus familiares. Desta forma, diante desse contexto, é conveniente o entendimento das concepções que os profissionais de saúde têm em relação à morte, para então compreender quais as implicações dessas concepções na prática dos Cuidados Paliativos e, conseqüentemente, na qualidade de vida das pessoas que vivenciam a terminalidade e de seus familiares.

Com esse intuito, realizamos uma pesquisa qualitativa, na qual profissionais que atuam no ambiente hospitalar foram entrevistados por meio da técnica de entrevista semiestruturada. Levando em consideração que a prática dos Cuidados paliativos deve obrigatoriamente ser realizada por equipe interdisciplinar, envolvendo psicólogos, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes espirituais e assistentes sociais, entre outros, os entrevistados na presente pesquisa configuram-se como pertencentes às áreas do conhecimento preconizadas para a atuação em tal área da saúde, conforme disponível no contexto hospitalar em que se realizou.

Após a transcrição das entrevistas, utilizamos o método de análise de conteúdo, conforme a proposição de Roque Moraes (1999). Segundo este autor,

A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos [no nosso caso, as transcrições das

entrevistas]. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, . . ., ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. (Moraes, 1999, p. 9).

Sobre esse método, Severino (2007) também comenta que refere-se à análise de informações provenientes de documentos sob forma de discursos que podem ser escritos, orais, por imagens ou gestos. Nas palavras do autor, “Trata-se de compreender criticamente o sentido manifesto ou oculto das comunicações” (p. 121).

Para detalhar o processo desenvolvido na presente investigação, delineamos esta dissertação, compondo-a em cinco capítulos. Primeiramente, realizamos uma caracterização da prática dos Cuidados Paliativos e, em um segundo momento, apresentamos o estudo de Philippe Ariès (1977) sobre como a sociedade lidou com a morte no decorrer dos séculos e pontuamos reflexões a respeito deste assunto no contexto hospitalar contemporâneo. No terceiro capítulo abordamos sobre a morte, de acordo com a teoria psicanalítica freudiana. No quarto capítulo descrevemos o processo metodológico da pesquisa, bem como a caracterização da amostra. No quinto capítulo, apresentamos a análise e interpretação dos dados coletados, tendo como suporte a teoria psicanalítica. Por fim, expomos nossas considerações finais.

1. CUIDADOS PALIATIVOS: UMA CARACTERIZAÇÃO

Aqueles que tiveram a força e o amor para ficar ao lado de um paciente moribundo com o *silêncio que vai além das palavras* saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo. . . Ser terapeuta de um paciente que agoniza é conscientizar-se da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso limitado período de vida. (Kubler-Ross, 1969/2008 p. 282; *itálicos da autora*).

1.1 Conceito e Definição

Neste primeiro capítulo abordaremos sobre a prática dos Cuidados Paliativos a fim de caracterizá-la. A nomenclatura “Paliativo”, vem da palavra em latim *pallium*, que significa cobrir, aliviar; o que condiz com a proposta fundamental dessa prática: “. . . oferecer conforto, calor e proteção, favorecendo uma sensação de segurança. A palavra-chave é cuidado” (Kovács, 2003a, p. 127).

Na definição atual elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS),

Cuidado Paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de seus pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais (OMS, 2017, parágrafo 1; tradução nossa).

Ou seja, o principal objetivo dos Cuidados Paliativos é a proteção contra o sofrimento proveniente de uma doença que ameaça a continuidade da vida. Essa proteção deve ser realizada de forma holística, incluindo o cuidado com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, além do físico. É um cuidado voltado também para a família, garantindo maior qualidade de vida e humanização. A equipe de saúde que tem o conhecimento desta prática proporcionará ao paciente e aos seus familiares, por meio de um trabalho interdisciplinar, o controle e alívio dos sintomas que trazem sofrimento. A seguir, com a finalidade de contextualizar historicamente a evolução da prática dos Cuidados Paliativos no mundo, apresentaremos um breve panorama histórico.

1.2 Perspectiva Histórica Sobre os Cuidados Paliativos no Mundo

A história dos Cuidados Paliativos tem sua origem no período da Idade Média, em que por muitas vezes a prática de saúde não possuía o objetivo de cura, mas sim de cuidado com a pessoa doente. De acordo com Maciel (2009), nesse período medieval já existiam instituições que abrigavam peregrinos e enfermos que se locomoviam em percursos muito conhecidos na Europa, como, por exemplo, o Caminho de Santiago de Compostela. Essas instituições eram chamadas de *hospices*, e nelas muitas pessoas morriam recebendo cuidados de leigos por caridade. Segundo Matsumoto (2012, p. 24):

Hospices eram abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes, cujo relato mais antigo remonta ao século V, onde Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e dos países do leste, no Hospício do Porto de Roma.

As instituições de caridade surgiram na Europa durante o século XVII, por ação de organizações católicas e protestantes que buscavam disseminar o cristianismo pelo continente, e constituíam-se em abrigos que acolhiam os pobres, os doentes e os órfãos. A partir do século XIX essas instituições começaram a apresentar um aspecto de hospital, na medida em que construíram alas que abrigavam especialmente os doentes diagnosticados com câncer e tuberculose. A prática realizada para com essas pessoas era totalmente leiga e relacionada à espiritualidade, acompanhada de uma tentativa de controle da dor. (Maciel, 2009; Matsumoto, 2012)

É válido ressaltar que se supõe que durante o período mencionado acima, ainda não existia a intenção das pessoas leigas e caridosas em realizar uma prática de Cuidados Paliativos, uma vez que os cuidados ofertados nos *hospices* daquela época se davam devido à falta de conhecimento e de tecnologia médica que objetivassem o tratamento e a cura das enfermidades. Foi somente a partir da década de 1960 que a prática dos Cuidados Paliativos propriamente dita, começou a ser desenvolvida e a inglesa Cicely Saunders (1918-2005) foi a grande responsável por difundi-la.

Cicely Saunders nasceu em 1918 na cidade de Barnet, que fica ao norte de Londres, capital da Inglaterra. Estudou enfermagem e chegou a atuar como enfermeira; porém, em 1944 também se formou em administração pública e social, e então começou a trabalhar como assistente social na área hospitalar (Clark, 2005). Segundo Kovács (2003a), nesse período Cicely Saunders se aproximou da religião cristã, fato que esclarece a importância dada à espiritualidade em sua prática em saúde. No ano de 1948, ela teve a experiência de cuidar de um paciente que estava prestes a morrer e, de acordo com Clark (2002, p. 7; tradução nossa),

“Foi um breve, mas extremamente intenso relacionamento em que eles ainda discutiram juntos a ideia de que ela poderia um dia fundar uma casa onde outros como ele poderiam encontrar a paz em seus últimos dias”. A partir dessa experiência, Cicely Saunders decidiu buscar mais conhecimentos sobre o assunto, e começou um trabalho voluntário em uma casa para moribundos (Clark, 2005).

Cicely Saunders também estudou medicina e em 1958, após se graduar como médica, teve a oportunidade de aprender sobre como tratar a dor dos pacientes diagnosticados com doenças graves, e então passou a compreender que “. . . a dor podia ser controlada com drogas apropriadas, e não se deveria esperar que os pacientes gritassem de dor para receber medicação, ou seja, era importante que não sentissem dor, recebendo medicação contínua” (Kovács, 2003a, p. 124). A partir disso ela começou a desenvolver uma estratégia moderna para a prática dos Cuidados Paliativos. De acordo com Clark (2005, p. 8; tradução nossa):

Aqui ela estabeleceu os princípios básicos dos cuidados paliativos modernos, desenvolvendo uma abordagem sistemática para o controle da dor em pacientes terminais; dando atenção às suas necessidades sociais, emocionais e espirituais; e ensinando o que ela sabia para outras pessoas.

Ao final dos anos 50, Cicely Saunders iniciou um projeto que resultou na abertura do St. Christopher's Hospice, e a partir de então iniciou-se o movimento social que transformou o pensamento em todo o mundo no que se refere aos cuidados daqueles que estão morrendo. Em 1967 o *hospice* foi inaugurado e estava pronto para receber seus primeiros pacientes. Essa instituição concentrava três tipos de atividades interligadas: atendimento clínico, ensino e pesquisa (Clark, 2005). Durante os próximos 18 anos, Cicely Saunders foi a diretora do *hospice*, e logo expandiu os serviços incluindo o atendimento domiciliar. Além disso, promoveu pesquisas sobre o controle da dor e a eficácia da sua prática, e desenvolveu um centro de educação especializada (Clark, 2005). O trabalho que ela realizou, segundo Kovács (2003a), possuía uma base humanitária, pois se comprometia em aliviar o sofrimento em várias esferas. Diante deste feito, Cicely Saunders ficou conhecida como a pioneira do movimento *hospice* e foi homenageada pela rainha Elizabeth II, que a condecorou como Dama do Império Britânico em 1980.

Contemporânea a Cicely Saunders, nos Estados Unidos, Elisabeth Kubler-Ross (1926-2004) inaugurou um trabalho com pacientes que estavam vivenciando o fim de suas vidas, o que resultou em sua famosa obra *Sobre a Morte e o Morrer* (1981). Em sua autobiografia, conta que nasceu na Suíça no ano de 1926, e desde criança já conhecia o seu desejo de ser médica para cuidar de outras vidas. Ainda na infância, Elisabeth teve experiências marcantes relacionadas à morte, que contribuíram para a sua visão humanizada e o seu trabalho futuro

com pessoas em cuidados de fim de vida. Após se formar médica, mudou-se para os Estados Unidos, onde iniciou a residência médica em psiquiatria. Durante este trabalho Kubler-Ross percebeu que:

Muitos pacientes pareciam ser tratados principalmente com drogas que foram projetadas para mantê-los em silêncio, em vez de fornecer-lhes ajuda a longo prazo. Kubler-Ross começou a dar aconselhamento individual aos pacientes e pôde ajudá-los melhorar e sair do hospital. Ela também ajudou a iniciar programas de voluntários da comunidade que iam ao hospital visitar os pacientes, dando-lhes mais contato com o mundo exterior (Worth, 2005, p. 21; tradução nossa).

Durante a sua prática, observou que muitos médicos evitavam falar sobre o assunto da morte. Além disso, os pacientes que vivenciavam o fim da vida eram maltratados, desrespeitados e deixados de lado. Então, Elisabeth inaugurou um trabalho mais humanizado, no qual ficava mais próxima aos pacientes com gestos de afeto e de sinceridade (Kubler-Ross, 1998). Segundo Kovács (2003a), foi nesse momento que começou a esboçar o seu trabalho sobre a morte e o morrer, pois percebeu que esse assunto era encarado como tabu nos hospitais.

Em 1965, Elisabeth Kubler-Ross iniciou os seminários e *workshops* sobre a morte e o morrer, os quais se tornaram sua marca registrada (Kovács, 2003a). Os pacientes moribundos eram convidados a conceder uma entrevista e eram conduzidos a uma sala que possuía um vidro espelhado na parede, que possibilitava que os estudantes do lado de fora, acomodados no auditório, pudessem ver e ouvir toda a entrevista, sem tirar a privacidade do paciente. Além disso, a pessoa entrevistada ficava ciente de seu direito de encerrar a conversa assim que sentisse necessidade. Ao final da entrevista, o paciente retornava ao seu quarto e o seminário continuava com a discussão sobre a experiência. Para a médica, os seminários foram “. . . de grande valia para conscientizar os estudantes quanto à urgência de considerar a morte como uma possibilidade real, não só para os outros, como para si mesmos” (Kubler-Ross 1969/2008, p. 31).

A partir da sua experiência e ensinamentos, Kubler-Ross, juntamente com Cicely Saunders, contribuiu para o desenvolvimento do Movimento *Hospice* Moderno, bem como foi responsável pela conscientização, tanto no meio médico quanto na população em geral, sobre as necessidades dos pacientes em cuidados de fim de vida, deixando, assim, um importante legado para a atual prática dos Cuidados Paliativos.

“Na década de 1970, o encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Kluber-Ross nos Estados Unidos fez com que o movimento *Hospice* também crescesse naquele país” (Matsumoto, 2012, p. 25). Além disso, profissionais de outros países vivenciaram períodos de experiências no St. Christopher’s Hospice em Londres, e levaram a prática para os seus países de origem, entre eles o Canadá, onde foi inaugurado um dos primeiros *hospices*.

A palavra “*hospice*” em francês significa o lugar derradeiro para abrigar os doentes pobres e os desvalidos. Por esse motivo, Balfour Mount cunhou a expressão “cuidados paliativos” como sinônimo de “*hospice*”, mais aceitável tanto para a língua inglesa quanto para a francesa (Ohio Health Hospice, 2014/2015, p. 26).

Tendo em vista o acima dito, é preciso considerar que atualmente o termo *hospice* tem sido utilizado como nomenclatura de instituições de média complexidade especializadas na prática dos Cuidados Paliativos, que tem como principal característica a realização da prática por uma equipe multiprofissional em um local muito bem adequado para tal fim. Os *hospices* atuais possuem o objetivo de assistir as necessidades de pacientes diagnosticados com doenças terminais (Maciel, 2012).

Em 2010, a consultoria britânica *Economist Intelligence Unit* publicou uma pesquisa sobre o Índice de Qualidade de Morte e continha uma amostra de 40 países. Posteriormente, no ano de 2015 repetiu a pesquisa aumentando a amostra para 80 países. Nesta última, a consultoria utilizou “Vinte indicadores quantitativos e qualitativos em cinco categorias: cuidados paliativos e ambiente, recursos humanos, acessibilidade ao cuidado, qualidade do atendimento e o nível de envolvimento da comunidade” (Economist Intelligence Unit, 2015, p. 6, tradução nossa). Dentre os 80 países avaliados, o Reino Unido alcançou a primeira colocação nas duas pesquisas, pois possui uma política nacional abrangente e extensa integração dos Cuidados Paliativos em seu Serviço Nacional de Saúde, além do forte movimento *hospice*. A Austrália e a Nova Zelândia ocuparam as colocações seguintes, 2º e 3º lugares respectivamente. Segundo a consultoria, os países europeus estão entre os 20 primeiros, com exceção dos Estados Unidos (9º lugar) e Canadá (11º lugar). Já os países ricos da Ásia como Taiwan, Cingapura, Japão e Coreia do Sul foram os que alcançaram posições de maior destaque. Os países com maior qualidade de morte apresentaram as seguintes características em comum:

Quadro de políticas nacionais de Cuidados Paliativos forte e efetivamente implementado; Altos níveis de gastos públicos em serviços de saúde; Extensos recursos de treinamento em Cuidados Paliativos para médicos gerais e especializados; Generosos subsídios para reduzir o impacto financeiro diante do custo dos Cuidados Paliativos por paciente; Ampla disponibilidade de analgésicos opióides; Forte conscientização pública sobre Cuidados Paliativos (Economist Intelligence Unit, 2015, p. 7; tradução nossa).

Na pesquisa de 2010, o Brasil alcançou a 37ª colocação entre 40 países, ou seja, dos países avaliados ficou entre os três com o pior índice de qualidade de morte. Já em 2015, apresentou uma colocação mediana, pois entre 80 países alcançou o 42º lugar. De acordo com a Economist Intelligence Unit (2015), o índice apresentado em 2010 provocou uma série de debates sobre a prestação de serviços relacionados aos Cuidados Paliativos em todo o mundo. E a partir de então, vários países tiveram importantes avanços em relação a essa prática. Já o

Brasil, foi citado juntamente com a Costa Rica, Tanzânia e a Tailândia, como um dos países que ainda estão em processo de desenvolvimento da prática de Cuidados Paliativos.

A seguir iremos apresentar alguns apontamentos históricos sobre a realização da prática dos Cuidados Paliativos no Brasil.

1.3 Os Cuidados Paliativos no Brasil: dados históricos

De acordo com o Instituto Paliar (n.d.), na década de 1970 aconteceram no Brasil iniciativas isoladas e discussões sobre os Cuidados Paliativos. No entanto, foi a partir da década de 1990 que surgiram os primeiros serviços organizados, porém ainda de forma experimental. Matsumoto (2012), por sua vez, pontua que a prática dos Cuidados Paliativos no Brasil teve início na década de 1980 e apresentou maior crescimento a partir dos anos 2000, momento em que serviços já existentes foram consolidados e outros novos foram criados.

Os Cuidados Paliativos no Brasil contou com o pioneirismo do Prof. Marco Túlio de Assis Figueiredo, que criou, na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM), os primeiros cursos e atendimentos pautados na filosofia paliativista. Além disso, outro serviço pioneiro no país foi do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que em 1998 inaugurou o Hospital Unidade IV, o qual tinha dedicação exclusiva aos Cuidados Paliativos. No entanto, no INCA, atendimentos a pacientes diagnosticados com doenças ameaçadoras da vida já aconteciam desde 1986. A fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) aconteceu em 1997, por meio da tentativa da psicóloga Ana Geórgia de Melo de congregar os profissionais paliativistas brasileiros (Instituto Paliar, n.d.).

No ano de 2002, sob o comando da Dra. Maria Goretti Sales Maciel, foi inaugurada a enfermaria de Cuidados Paliativos no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP). Entretanto, o programa de realização desta prática já existia desde o ano 2000. Outro serviço pioneiro teve seu projeto iniciado em 2001 e foi inaugurado em 2004 no Hospital do Servidor Público Municipal, em São Paulo, tendo como responsável a Dra. Dalva Yukie Matsumoto. Em 2005 um grupo de médicos fundou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), a qual foi a responsável por avançar a regularização profissional na área. A partir desse momento foram estabelecidos critérios de qualidade para os serviços e elaboradas definições precisas sobre o que são os Cuidados Paliativos. A partir disso, discussões foram levadas ao Ministério da Saúde, ao Ministério da Educação, ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB). (Instituto Paliar, n. d.)

Em 2009, o Conselho Federal de Medicina (CFM), pela primeira vez na história da medicina brasileira, acrescentou em seu novo Código de Ética Médica a prática dos Cuidados Paliativos como princípio fundamental. No entanto, foi somente no ano de 2010 que a Medicina Paliativa foi reconhecida pelo CFM e pela AMB como área de atuação médica e teve seu primeiro exame de proficiência em julho de 2011. (Instituto Paliar, n. d.)

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em 2012, se tornou parceira oficial do *World Hospice and Palliative Care Day* (Dia Mundial de Cuidados Paliativos), que é celebrado todos os anos. Nesse mesmo ano, foi lançada a segunda edição do Manual de Cuidados Paliativos da ANCP. As primeiras vagas de residência médica em Medicina Paliativa foram ofertadas em 2013, nas seguintes instituições: Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP); Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira (IMIP/PE); e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCPA/UFRGS). (Instituto Paliar, n.d.)

Matsumoto (2012) pontua que, no Brasil, a cada dia surgem novas iniciativas relacionadas à prática dos Cuidados Paliativos. No entanto, alerta que ainda temos muito o que desenvolver em nosso país, pois quando levamos em consideração a extensão geográfica encontramos muitas necessidades em relação à prática. A autora reflete ainda sobre a nossa responsabilidade em firmarmos um compromisso para que, juntos, alcancemos o objetivo de que todo cidadão brasileiro seja beneficiado pela ação dos Cuidados Paliativos.

É perceptível que o Brasil continua em desenvolvimento em relação a essa prática. De acordo com a entrevista concedida ao jornal digital Nexo, em 2017, pelo médico Ricardo Tavares, podemos perceber que há muito pouco tempo atrás, em nosso país ainda não existia uma política de Cuidados Paliativos integrada e, por isso, as instituições e os profissionais de saúde se guiavam de acordo com a conduta apresentada pelo Conselho Federal de Medicina, pelas portarias do Ministério da Saúde, bem como por jurisprudência. No país, até então, a única lei que existia era a 10.241/1999, lei estadual de São Paulo, a qual garante ao paciente o direito de recusar os tratamentos extraordinários e dolorosos que tentam prolongar a vida (Fábio & Roncolato, 2017).

No entanto, muito recentemente, em outubro de 2018, a ANCP divulgou um comunicado, informando “. . . que a Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS foi oficialmente aprovada, na 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)” (Forte, 2018, parágrafo 1º). E finalmente, em 23 de novembro de 2018, a Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, foi publicada no Diário Oficial da União, dispondo sobre as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos no SUS (Instituto Paliar, n. d.). Diante de toda a

trajetória dos Cuidados Paliativos no Brasil, tal política é encarada como uma importante conquista para a melhora da qualidade de vida das pessoas que estão vivenciando a terminalidade.

1.4 A Prática dos Cuidados Paliativos

Como já mencionado anteriormente, a prática dos Cuidados Paliativos tem como principal objetivo o alívio do sofrimento desencadeado por uma doença ameaçadora da vida, e não é centrado na cura da enfermidade, mas sim no bem-estar da pessoa doente. Nessa perspectiva, o trabalho é obrigatoriamente interdisciplinar, uma vez que deve ser realizado o controle dos sintomas em todas as esferas, levando em consideração os princípios dessa prática.

O conceito de “Dor Total”, que norteia essa prática de cuidado integral, segundo Clark (1999), foi descrito pela primeira vez por Cicely Saunders em 1964 em uma entrevista concedida ao *The Prescriber's Journal*. Este conceito trata do entendimento de que a dor não é apenas proveniente do sintoma físico, mas também inclui o sofrimento psíquico, social e espiritual. O autor pontua que o conceito de “Dor Total” foi desenvolvido a partir de uma intenção estratégica que possuía duas dimensões: a busca por maior entendimento em relação à dor do paciente diagnosticado com uma doença terminal, a fim de transformar o manejo da dor; e a promoção do movimento *hospice* moderno, o qual combinava cuidado, educação e pesquisa. “Este é o contexto essencial em que surge o conceito de ‘dor total’. Cicely Saunders, portanto, se preocupou não só em entender o mundo da dor, mas também em mudá-lo” (Clark, 1999, p. 730; tradução nossa).

Além do conceito de “Dor Total”, tem-se os princípios que norteiam a prática dos Cuidados Paliativos e devem ser seguidos por toda a equipe, a fim de conduzir um trabalho que alcance os objetivos de promover o bem-estar, alívio e controle dos sintomas e cuidado com os familiares. A seguir abordaremos esses princípios.

1.5 Os Princípios dos Cuidados Paliativos

A ação em Cuidados Paliativos é baseada em conhecimento científico referente a várias especialidades e formas de intervenções clínicas e terapêuticas. É uma prática regida por princípios claros que norteiam as atividades da equipe interdisciplinar (Maciel, 2008). Segundo Maciel (2008) e Matsumoto (2012), em 1986 a OMS publicou os princípios que regem a prática dos Cuidados Paliativos, os quais foram reformulados em 2002, e serão apresentados a seguir.

- a) Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- b) Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
- c) Não acelerar nem adiar a morte;
- d) Integrar os aspectos psicossociais e espirituais no cuidado ao paciente;
- e) Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte;
- f) Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
- g) Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- h) Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- i) 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.

É possível identificar, nos princípios mencionados acima, características que remetem ao conceito de “Dor Total” desenvolvido por Cicely Saunders, uma vez que leva a prática para o cuidado com o paciente e seus familiares em todas as esferas. Diante desta proposta de ação global nos Cuidados Paliativos, fica evidente a necessidade e obrigatoriedade do trabalho realizado por uma equipe multiprofissional. A partir disso, abordaremos os aspectos relacionados ao trabalho em equipe e o papel de cada membro, na atuação em Cuidados Paliativos.

1.6 A Atuação em Equipe e o Papel de Cada Membro

A prática em saúde atual, que condiz com o modelo biopsicossocial de saúde, traz o olhar para os aspectos que vão além dos sintomas físicos e demanda uma responsabilidade social do profissional de saúde. Tal forma de atuação é contrária à visão mecanicista e biologicista, que foi desenvolvida após a II Guerra Mundial. Os Cuidados Paliativos, por meio do conceito de Dor Total evidenciam a obrigatoriedade da realização do trabalho multiprofissional, que contribui para uma prática cunhada no modelo biopsicossocial de saúde. Nesse sentido, Taquemori & Sera (2008) propõem uma definição de Cuidados Paliativos em que o trabalho multiprofissional ganha destaque, como: “. . . um conjunto de **atos multiprofissionais** que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente,

do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude, isto é, quando a morte dele se aproxima” (p. 55; negrito das autoras). Assim compreendemos que o principal objetivo dos profissionais, membros da equipe, é o controle e alívio dos sintomas que causam sofrimento ao paciente e seus familiares.

Segundo Haugen, Nauck e Caraceni (1993/2015), a formação de uma equipe possibilita um trabalho em conjunto. As equipes multiprofissionais são empregadas em um contexto em que os pacientes têm necessidades extensas e complexas. O termo multiprofissional significa que a equipe é composta por profissionais de diferentes áreas e, por isso, uma equipe multiprofissional pode ser multidisciplinar ou interdisciplinar. Apesar de os termos equipe multidisciplinar e equipe interdisciplinar muitas vezes serem considerados sinônimos na área da saúde mental, conforme pontua Campos (1992), neste trabalho adotaremos o termo equipe interdisciplinar, pois remete à prática realizada com cooperação e troca entre os profissionais das diferentes áreas, ao contrário do termo equipe multidisciplinar que se refere ao trabalho realizado por profissionais diferentes de forma individual e isolada (Ferreira, 1993).

A equipe interdisciplinar deve tentar alcançar os seguintes objetivos: avaliação precisa e rápida; tratamentos eficazes e integrados; comunicação eficiente com o paciente e a família, com outros profissionais e instituições, e dentro da própria equipe; auditoria das atividades e resultados da equipe (Haugen, Nauck & Caraceni, 1993/2015, p. 139; tradução nossa).

As equipes interdisciplinares na saúde geralmente são compostas pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente espiritual, odontólogo e fonoaudiólogo. Porém, nem todos os serviços possuem o quadro completo da equipe e, por esse motivo, é possível a realização da prática pela ação de uma equipe mínima. “A equipe mínima de Cuidados Paliativos é composta por médico, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e pelo menos um profissional da área da reabilitação (a ser definido conforme a necessidade do paciente)” (Instituto Paliar, n. d., parágrafo 3). A partir de então, iremos apresentar o papel e a prática de cada membro que compõe a equipe interdisciplinar de Cuidados Paliativos.

1.6.1 O papel do médico na equipe

A formação acadêmica do médico possui grande ênfase na realização de diagnósticos e tratamentos de doenças. Segundo Consolim (2012), quando esse profissional se depara com um paciente em Cuidados Paliativos, precisa deixar de lado o foco na doença e a busca pela cura, para então passar a compreender o doente como um ser que necessita de cuidado em outras dimensões, além do corpo físico. Para isso o médico precisa realizar o exercício de rever os

seus conceitos e aprender a atuar em equipe interdisciplinar. “Por melhor que sejam os conhecimentos técnicos do médico, ele sozinho não conseguirá suprir todas as necessidades que o cuidado integral de um paciente exige” (p. 333).

Cabe ao médico paliativista realizar os diagnósticos clínicos, além de estar ciente da história natural da doença, dos tratamentos que já foram realizados e também compreender acerca do prognóstico, ou seja, sobre o que se espera da evolução da enfermidade. Cabe ainda a esse profissional propor tratamentos farmacológicos, ou não farmacológicos, que sejam compatíveis com o momento enfrentado pelo paciente. A prática médica busca garantir não só o controle e alívio dos sintomas, mas também a dignidade até o último momento de vida do paciente. Diante desse propósito, Arantes (2016) esclarece que somente após a dor e os sintomas físicos serem controlados e aliviados, é que o paciente poderá refletir sobre o sentido da vida. Desta forma, a autora afirma: “Meu papel como médica é tratar o sofrimento físico com todos os recursos disponíveis. Se a falta de ar passar, haverá tempo e espaço para a vida se manifestar” (p. 50).

Para Consolim (2012), pode ser que a principal tarefa do médico seja a de coordenar a comunicação entre a equipe, o paciente e seus familiares, uma vez que eles esperam ouvir do médico informações sobre o diagnóstico e evolução da doença. Esse profissional não deve “. . . passar para outros integrantes da equipe a responsabilidade de conversar com o paciente e sua família sobre esses aspectos diretamente ligados com a doença” (p. 334). Diante disso, é fundamental que o médico também converse com a equipe sobre essa questão para que todos falem uma linguagem comum, possibilitando a construção do planejamento terapêutico em conjunto e com a participação ativa do paciente e seus familiares.

1.6.2 O papel do enfermeiro na equipe

A formação em enfermagem é voltada para o cuidado em todas as áreas assistenciais que demandam suas ações. O verbo cuidar está presente em todas as teorias dessa área do conhecimento. Nesse sentido, realizar Cuidados Paliativos é inerente à prática cotidiana da enfermagem e, por isso, o enfermeiro possui importante potencial para otimizar esse cuidado. (Silva, Araújo & Firmino, 2008).

Cabe a esse profissional realizar curativos nas lesões malignas cutâneas, ter habilidades de comunicação, possuir domínio da técnica de hipodermóclise (uma forma de acesso subcutâneo para a administração de medicamentos que traz o mínimo de dor ao paciente), além de realizar outras práticas como proporcionar medidas de higiene, de conforto e realizar o

gerenciamento da equipe de enfermagem (Firmino, 2012). Além disso, Sherman e Free (1993/2015) pontuam que os enfermeiros especializados em Cuidados Paliativos “. . . devem ter o preparo educacional apropriado para assumir a responsabilidade pelas decisões de cuidados de saúde e são reconhecidos, muitas vezes, como líderes da equipe de cuidados paliativos” (p. 157; tradução nossa). De acordo com Firmino (2012), as habilidades do enfermeiro devem estar direcionadas para a avaliação sistemática dos sintomas, o que auxilia a equipe na decisão das prioridades para cada caso.

Como a prática de enfermagem demanda importante proximidade com o paciente e seus familiares, também é papel do enfermeiro a realização de cuidados sensíveis e afetivos. Desse modo, a competência relacional deste profissional ganha destaque dentro da equipe (Firmino, 2012). A partir disso, o enfermeiro consegue identificar e compreender as demandas e os desejos individuais de cada paciente, o que proporciona melhor planejamento e implementação de ações que possibilitam o exercício da autonomia do paciente e o controle sobre sua vida e doença.

1.6.3 O papel do psicólogo na equipe

A atuação do psicólogo como membro da equipe interdisciplinar se dá de acordo com a abordagem psicológica de preferência do profissional. Assim como nas demais áreas de ação da psicologia, a escolha da abordagem não é determinante para o sucesso ou insucesso da condução do caso. Entretanto, daremos maior ênfase aos conteúdos provenientes da teoria psicanalítica, uma vez que é sob essa perspectiva que a presente pesquisa é desenvolvida.

Segundo Nunes (2012), a teoria psicanalítica compreende que a interpretação que o paciente tem sobre sua doença vai ao encontro de seu sistema de afetos e crenças, tanto conscientes quanto inconscientes. Nesse sentido, o psicólogo oferece a sua escuta como forma de favorecer a elaboração dos elementos e vivências associadas ao adoecimento. Entretanto, conforme pontua Arantes (2016), somente teremos acesso aos conteúdos psíquicos e espirituais após o alívio dos sintomas físicos, tais como a dor e a falta de ar, por exemplo. Tal apontamento compreende o que Freud (1914/2006d) discorre sobre a reação de uma pessoa diante da influência de uma doença orgânica: “É do conhecimento de todos, e eu o aceito como coisa natural, que uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento” (p. 89). Diante disso, Nunes (2012) explica que o indicado é que o acompanhamento realizado pelo psicólogo se inicie o mais precocemente possível, uma vez que a ação em Cuidados Paliativos

não deve ocorrer somente no momento da terminalidade da vida, mas sim deve acontecer desde o diagnóstico de uma doença grave.

No caso da atuação do psicólogo, há maior ênfase na questão de que o paciente e seus familiares são uma unidade de cuidados, pois a família apresenta diversos fatores psicológicos que precisam ser trabalhados. Além disso, o psicólogo também direciona sua ação para a equipe interdisciplinar, “. . . uma vez que esta necessita manter a homeostase nas suas relações e encontrar vias de comunicação que permitam a troca e o conhecimento, a partir de diferentes saberes” (Franco, 2008, p. 74). Nesse sentido, a psicologia é compreendida como um elo entre os profissionais da equipe e a unidade de cuidado paciente-família, auxiliando no sucesso da comunicação, o que Franco (2008, p. 74) denomina de “tradução entre duas culturas”.

De acordo com Mehnert (1993/2015) durante a evolução de uma doença que ameaça a continuidade da vida, os pacientes e familiares são confrontados com uma variedade de aspectos que causam sofrimento psicossocial. Nesse sentido, as intervenções realizadas pelo psicólogo possuem o objetivo de redução do risco psicossocial para auxiliar na manutenção da qualidade de vida do paciente e seus cuidadores. Essas intervenções ajudam o paciente e sua família a lidar com o medo da morte, a controlar a ansiedade e reduzir os sentimentos de isolamento, tristeza, desespero e solidão. Tais afetos interagem com os sintomas físicos e acompanham a evolução da doença. Além disso, as intervenções psicológicas se dão em relação a outros problemas, como os associados às mudanças nas relações e nos papéis sociais.

Em relação ao trabalho voltado especificamente aos familiares, além do acolhimento e escuta ativa, é papel do psicólogo se atentar para a conspiração do silêncio; ou seja, ao fato de que os familiares, com a intenção de poupar o doente de mais sofrimento, o privam das informações acerca da evolução de sua enfermidade. Porém, essa privação pode gerar mais angústia e tirar a autonomia do paciente. Nesse sentido, cabe ao psicólogo estimular o paciente e a família a falarem aberta e francamente sobre a situação, de modo que possibilite a legitimação do sofrimento, a elaboração da experiência junto ao adoecimento e do processo de morte e luto (Nunes, 2012).

1.6.4 O papel do assistente social na equipe

O trabalho realizado pelo profissional do serviço social possui enfoque nas demandas sociais do paciente e seus familiares. Além disso, direciona sua atenção para a rede de suporte social. Ou seja, além de cuidar dos aspectos sociais durante a internação do paciente em Cuidados Paliativos, esse profissional busca realizar conexão com entidades, ou pessoas como

parentes, amigos e vizinhos, que poderão auxiliar o paciente e seus familiares em casos de necessidade. Segundo Andrade (2012), as redes de suporte serão mais eficientes na medida em que oferecerem segurança ao paciente e seus familiares, sendo que tal efetividade não está relacionada com a renda dos envolvidos, mas sim com o vínculo que foi estabelecido e fortalecido com o passar do tempo.

O trabalho realizado pelo assistente social da equipe de Cuidados Paliativos, envolve a avaliação de um perfil socioeconômico que contenha as informações necessárias para a condução de cada caso. Diante disso, Andrade (2012) pontua que é importante que o profissional reconheça a família exatamente como ela é, a família real, sem se deixar levar pela idealização da família ideal, uma vez que:

Nem sempre os vínculos foram formados de maneira satisfatória, nem sempre aquele que está morrendo “é amado por todos”, nem sempre a família tem condições adequadas de cuidar (financeiras, emocionais e/ou organizacionais) e nem sempre o paciente quer ser cuidado da forma como avaliamos como necessária e ideal (p. 341).

Por isso, conhecer a família e compreender sua dinâmica, seus limites e potencialidades é crucial para a realização de um trabalho adequado. Para a realização da avaliação socioeconômica, o assistente social deve buscar por informações acerca da composição familiar, o local de moradia, a renda familiar, a religião, a profissão e situação empregatícia do paciente, pois tais dados embasarão o trabalho deste profissional, uma vez que dão parâmetros para a compreensão das necessidades existentes (Andrade, 2012).

1.6.5 O papel do fisioterapeuta na equipe

Como membro da equipe de Cuidados Paliativos, o fisioterapeuta terá sua atuação com enfoque na promoção, aperfeiçoamento e adaptação das condições físicas do paciente, uma vez que a fisioterapia é uma ciência aplicada que possui o movimento humano como objeto de estudo (Andrade, Sera & Yasukawa, 2012). Sera e Izzo (2008) pontuam que na prática dos Cuidados Paliativos, o profissional deve realizar uma avaliação fisioterapêutica e estabelecer um programa de tratamento que objetiva uma ação interdisciplinar para o alívio e controle dos sintomas. Sobre este programa de tratamento, Andrade, Sera e Yasukawa (2012) discorrem que deve ser elaborado levando em consideração o grau de dependência e a progressão da doença. A atuação com pacientes totalmente dependentes deve objetivar a manutenção da amplitude do movimento e a adaptação de posturas que trazem conforto e favorecem a respiração, além de prevenir as úlceras por pressão, edema e dor. Já o trabalho realizado com pessoas dependentes, mas que ainda possuem capacidade de deambular, deve ter enfoque na manutenção da

locomoção, no autocuidado e na funcionalidade. Por fim, na atuação do fisioterapeuta quando direcionada aos pacientes que são independentes, porém apresentam alguma vulnerabilidade, cabe a manutenção e/ou melhora da capacidade funcional.

O trabalho da fisioterapia refere-se à reabilitação do paciente e, quando no contexto dos Cuidados Paliativos, possui enfoque no auxílio às pessoas para aumentar o potencial e a qualidade de vida. Além da reabilitação, o fisioterapeuta atua com medidas não farmacológicas para o alívio dos sintomas, como problemas respiratórios e problemas neurológicos, dor, perda do apetite e edemas crônicos (English, 1993/2015). Além disso, de acordo com Sera e Izzo (2008), é papel do fisioterapeuta realizar orientações aos familiares sobre autocuidado, uma vez que há um importante número de cuidadores que se desgastam tanto física quanto emocionalmente.

1.6.6 O papel do nutricionista na equipe

A nutrição é a ciência responsável pelo estudo das etapas que o alimento percorre desde a ingestão até a eliminação no organismo, envolvendo também os sentidos: olfato, paladar e visão (Melo, 2008). Segundo Fernandes (2012), o alimento possui um importante papel na vida das pessoas, uma vez que está relacionado ao prazer e aos momentos agradáveis da vida, bem como a alimentação tem significados muito particulares para cada indivíduo e família, pois depende de fatores como hábitos alimentares e religião, assim como pode ser compreendida como afeto, carinho e vida, aspectos que estão acima da função energética que o alimento causa no organismo. Diante da presença de uma doença grave, esse papel essencial do alimento não se altera e, na condição de impossibilidade de nutrir o paciente, o alimento é percebido pela sua ausência e dificuldades de ingestão e tal fato traz angústia e sofrimento, principalmente para os familiares.

No contexto dos Cuidados Paliativos é muito comum que os pacientes apresentem falta de apetite e, segundo Fernandes (2012, p. 347), “. . . é sabido que terapias nutricionais agressivas não são efetivas e podem tornar o tratamento mais oneroso e estressante”. Por isso é fundamental que o nutricionista, juntamente com a equipe interdisciplinar, realize uma avaliação assertiva para que não faça uso de medidas de nutrição que se tornem fúteis. Como membro da equipe, o nutricionista irá intervir de acordo com o prognóstico e com o potencial de reversibilidade da desnutrição e do sofrimento proveniente do tratamento. Para tanto, deve realizar avaliação nutricional, compreender o impacto psicossocial da desnutrição para o paciente e seus familiares, avaliar os riscos e os benefícios da terapia nutricional, e discutir com

a equipe acerca da melhor via de tratamento nutricional, sempre considerando uma preferência em relação a via oral (Melo, 2008).

Nesse sentido, Fernandes (2012), pontua que a nutrição tem papel preventivo, pois possibilita “. . . meios e vias de alimentação, reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos, retardando a síndrome anorexia-caquexia e ressignificando o alimento. Em adição, auxilia no controle de sintomas, procura manter hidratação satisfatória, preserva o peso e a composição corporal” (p. 346). Dessa forma, o nutricionista irá auxiliar na evolução favorável do paciente, mas para isso deve também possuir habilidades de comunicação com o paciente e os familiares, uma vez que a autonomia do doente deve sempre ser preservada, pois é comum que o paciente, no momento final da vida, opte por não receber alimento.

Diante disso, Richardson e Davidson (1993/2015) ressaltam que, nesse contexto, a prática de nutrição mudou significativamente e os pacientes não são mais vistos como meros receptores passivos de intervenção da equipe. Pelo contrário, são compreendidos como parceiros diante de sua própria gestão de nutrição, que trabalham em conjunto com o nutricionista no que se refere à participação ativa na tomada de decisões e estabelecimento de metas para a alimentação.

1.6.7 O papel do fonoaudiólogo na equipe

A ação da fonoaudiologia no contexto dos Cuidados Paliativos busca contribuir para a melhora da qualidade de vida da pessoa, que está gravemente enferma. De acordo com Pinto (2012), 60% dos pacientes diagnosticados com câncer apresentam alterações orais que trazem desconforto. Tais sintomas são provenientes de medicações, do tratamento quimioterápico e radioterápico. Além disso, com a evolução da doença, novas alterações podem acontecer, como, por exemplo, dificuldade de deglutição, desidratação, anorexia, entre outros. Segundo a autora, todos esses aspectos estão intimamente relacionados à fonoaudiologia. A partir disso, cabe ao fonoaudiólogo avaliar o processo de deglutição desde a região oral até o nível da faringe, realizar a manutenção da deglutição segura por via oral, garantir a consistência adequada dos alimentos, se preocupar com a apresentação e o tamanho do prato para minimizar a sensação de fracasso diante da dificuldade de comer (Pinto, 2012; Taquemori, 2008).

Outro ponto que deve ser foco de atenção do fonoaudiólogo, segundo Pinto (2012), são os aspectos relacionados à comunicação. O profissional deve buscar alternativas para uma comunicação mais efetiva entre o paciente e a família, podendo contar com o apoio de instrumentos como pranchas com letras e figuras, gestos ou observação de ações corporais do

paciente. De acordo com Taquemori (2008), o cuidado com os distúrbios de comunicação é essencial, pois eles prejudicam o entendimento do paciente em relação às suas próprias escolhas e possibilidades de tratamento, além de que podem limitá-lo no momento de apresentar suas opiniões e decisões, o que compromete também suas relações sociais.

Taquemori (2008) ressalta que a presença de fonoaudiólogos nas equipes de Cuidados Paliativos ainda é restrita, uma vez que na formação desses profissionais as questões relacionadas à morte e ao morrer raramente são abordadas.

1.6.8 O papel do terapeuta ocupacional na equipe

A atuação do terapeuta ocupacional pode acontecer na área da saúde, na educação e no âmbito social. O objetivo primordial desta função é desenvolver a emancipação e a autonomia das pessoas que possuem limitações nas ações funcionais e/ou apresentam dificuldades de se inserirem socialmente. Nas palavras de Cooper e Kite (1993/2015, p. 177; tradução nossa): “Terapia ocupacional tem como objetivo ajudar os pacientes a alcançarem maior independência em atividades que são importantes para eles, usando tratamentos e intervenções específicos”. Fica evidente que tal proposta de ação vai ao encontro dos pressupostos da prática em Cuidados Paliativos, na qual “. . . deve-se prover um sistema de apoio e ajuda para que o paciente viva tão ativamente quanto possível até sua morte” (Othero, 2012, p. 361).

No contexto dos Cuidados Paliativos, o terapeuta ocupacional busca criar formas que ampliem a autonomia da pessoa gravemente enferma. Todo o trabalho está voltado para a permanência das atividades significativas no cotidiano do paciente e seus familiares (Othero, 2012). De acordo com Queiroz (2008), esse profissional possibilita a maximização da independência durante a realização das atividades básicas da vida diária, como se alimentar, se vestir, realizar a higiene pessoal, se locomover e se comunicar, além de outras atividades, como o trabalho e o lazer, com capacidade de controle sobre si mesmo, sobre a situação e o ambiente.

Em relação aos familiares, Othero (2012), pontua que cabe ao terapeuta ocupacional realizar orientações sobre estímulos positivos ao paciente e treinar os cuidadores para que sejam facilitadores da independência do doente durante as atividades cotidianas. Já na fase final de vida, muda-se o foco de ação para a diminuição de estímulos como uma forma de proporcionar maior conforto ao paciente, e auxílio aos familiares na realização de despedidas e expressão de sentimentos por meio de atividades. Também cabe ao terapeuta ocupacional, juntamente com outros membros da equipe, atuar após o óbito através de visitas de luto ou telefonemas.

1.6.9 O papel do odontólogo na equipe

No contexto dos Cuidados Paliativos, as dores orofaciais provenientes da falta de cuidados bucais e do estado geral do paciente são muito frequentes, com maior incidência na articulação têmporomandibular (ATM), pois está relacionada à tensão emocional e ao estresse (Jorge, Ramos & Jorge, 2008). Os problemas relacionados com a cavidade bucal devem ser uma preocupação de todos os membros da equipe interdisciplinar. Por esse motivo, segundo Davies (1993/2015), o cirurgião dentista é um membro muito importante que compõe a equipe, pois possui funções como assistência aos problemas bucais, manejo dos problemas orais mais complexos e também treinamento de outros membros da equipe. De acordo com Jales e Siqueira (2012), um dos mais importantes cuidados odontológicos nesse contexto, refere-se ao controle das infecções buco-dentais.

O cirurgião dentista contribui fornecendo intervenções próprias de sua área de atuação profissional, além de cuidados de suporte que assegurem uma boca mais saudável, livre de infecção e dor. As complicações das doenças e dos seus tratamentos já são bem conhecidas, entretanto em pacientes em Cuidados Paliativos elas podem tomar dimensões exageradas (Jales & Siqueira, 2012, p. 368).

Além dos cuidados mais complexos que envolvem a odontologia, Jorge, Ramos e Jorge (2008) ressaltam que os procedimentos mais simples como manutenção da higiene oral por meio da escovação de dentes e língua, ou higienização da mucosa oral quando não há dentes, proporciona ao paciente sensação de conforto que o leva ao sentimento de alegria, aumento da autoestima e, conseqüentemente, alívio do sofrimento. “Nossa experiência mostra que com esses cuidados básicos – inclusive, a utilização de próteses bem adaptadas – é possível desenvolver a auto-estima do paciente, mesmo em fase de morte” (p. 85).

Segundo Jales e Siqueira (2012), ainda existem poucos profissionais da odontologia com formação em dor orofacial e que atuam com pacientes em Cuidados Paliativos, porém é possível identificar que, de forma gradativa, vem acontecendo um despertar de consciência da necessidade da integração do cirurgião dentista nas equipes paliativistas.

1.6.10 O papel do assistente espiritual na equipe

Os aspectos relacionados com a espiritualidade estão intimamente ligados com a história dos hospitais, uma vez que teve sua origem nas casas de misericórdias fundadas por religiosos, com o objetivo de proporcionar acolhimento e conforto para aqueles que estavam no momento final da vida. Nessa época, o cuidado direcionado aos aspectos físicos estavam ligados à cura

da alma e, nesse sentido, compreendia-se que “. . . a alma do doente poderia ser consolada, perdoada, e encontrar no sofrimento sentido ou para viver em meio à dor, ou para partir em paz, rodeado pelos seus amados” (Aitken, 2008, p. 87). Tal contexto muito se assemelha à prática atual dos Cuidados Paliativos, em que, por meio da compreensão de que o paciente e seus familiares devem ser assistidos em sua totalidade, a presença do assistente espiritual na equipe se faz fundamental.

Nesse contexto, o profissional responsável pela assistência espiritual geralmente é o capelão. De acordo com Aitken (2008), o seu papel é de atender aos pacientes e familiares independentemente da crença, e serve de elo entre o doente e seu ministro de culto religioso, podendo solicitar a presença dele diante do pedido do paciente ou familiares. Dentre as funções do assistente espiritual estão: apoio por meio da escuta de questões relacionadas ao sentido da vida, auxílio para a humanização do atendimento hospitalar, auxílio para que o paciente viva ativamente o seu momento presente, auxílio em relação ao acerto de contas, apoio sobre o medo da morte e preparação para o futuro imediato, lidando com profundas questões como a dúvida de para onde irá após a morte. Além disso, o assistente espiritual poderá oferecer apoio aos familiares e à equipe de saúde.

De acordo com Saporeti (2008), os cuidados com a espiritualidade são eficazes em relação ao controle das questões existenciais, incluindo os sintomas depressivos. Nesse sentido, Aitken (2012) afirma que os Cuidados Paliativos reconhecem que a cura emocional e espiritual pode acontecer mesmo quando não há possibilidades terapêuticas para a doença orgânica. Desta forma, a equipe que atua em Cuidados Paliativos deve possuir a atenção voltada para as necessidades espirituais da pessoa enferma, sempre respeitando a crença e a fé de cada indivíduo.

1.7 O Cuidado no Processo de Luto

Diante do contexto de diagnóstico de uma doença que ameaça a continuidade da vida e que evolui anunciando a possível morte da pessoa enferma, o paciente e seus familiares se encontram em um cenário de rupturas, limitações e privações. Ocorre a alteração da rotina, que a partir desse momento passa a compreender os exames, as consultas médicas e os procedimentos, além das hospitalizações e tratamento (Genezini, 2012). Nesse sentido, durante todo o trabalho desenvolvido pela equipe interdisciplinar em Cuidados Paliativos, há o olhar voltado para o estado de luto. Cabe, principalmente ao psicólogo e ao assistente espiritual,

acompanhar o processo de luto do paciente e seus familiares, uma vez que este se inicia quando recebe o diagnóstico de uma doença incurável e potencialmente mortal. A partir desse momento, o doente e sua família se enlutam em relação a vários aspectos, especialmente em relação à pessoa saudável que era antes e que nunca mais será. “No caso do acometimento por uma doença que ameaça a continuidade da vida, não perdemos só a saúde e a ilusão de imortalidade/onipotência mas também papéis anteriormente exercidos nos contextos profissional, social, afetivo e econômico” (Genezini, 2012, p. 570).

Este processo de luto que se inicia com o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, e acontece antes da morte do paciente, é denominado luto antecipatório. Segundo Franco (2012, p. 15), “É dito antecipatório porque ocorre anteriormente ao marco objetivo da data da morte, mas não é menos importante por se dar nessas condições”. Lindemann (1944) cunhou este termo pela primeira vez ao lidar com familiares de soldados que foram para a guerra, e identificou que as reações do luto não se davam pela morte, mas sim pela separação e possibilidade de morte. Então denominou de luto antecipatório esse conjunto de reações. Nas palavras do autor:

Nós ficamos surpresos ao encontrar reações genuínas de luto em pacientes que não tinham experimentado um luto, mas que tinham experimentado a separação, por exemplo com a partida de um membro da família para as forças armadas. Separação neste caso não é devido à morte, mas está sob a ameaça de morte. Uma imagem comum até agora não apreciada é uma síndrome que nós designamos luto antecipatório (Lindemann, 1944, p. 147; tradução nossa).

No entanto, vale ressaltar que antes de Lindemann (1944), Freud (1916/2006f), já mencionou sobre a antecipação do luto em seu ensaio “Sobre a Transitoriedade”, embora sem a intenção de discorrer sobre o luto antecipatório diante da iminência da morte de um ente querido. Nessa obra, ele descreve uma situação que vivenciou com dois amigos, em que ambos lamentaram a iminente chegada do inverno que traria fim à beleza da natureza proporcionada pela primavera. Ao perceber tais lamentações, Freud (1916/2006f) concluiu que a certeza da transitoriedade provocou uma antecipação do processo de luto.

A psiquiatra Elizabeth Kubler-Ross, já mencionada no início deste capítulo, muito contribuiu para a realização do cuidado com o luto antecipatório do próprio paciente. Ao realizar os seminários sobre a morte e o morrer, identificou que as pessoas que vivenciam o fim da vida também experimentam o processo de luto. Tal fato as auxiliam a resolver pendências, realizar despedidas e, quando possível, aceitar a condição de que a morte está muito próxima.

Em relação aos familiares, o cuidado com o luto antecipatório é fundamental na medida em que os prepara para a vivência do luto após a morte. Segundo Fonseca (2012), quando a família consegue reconhecer que um de seus membros está doente e vivenciando o fim da vida,

terá a oportunidade de se reorganizar e encontrar recursos que auxiliem no enfrentamento da perda iminente. O autor ressalta ainda que “Esta talvez seja a principal função do Luto Antecipatório: propiciar um desenvolvimento normal do luto. Ressaltamos, contudo, que este processo não elimina o impacto causado pela morte no exato momento que ela ocorre” (p. 75). Genezini (2012) pontua que os profissionais que assistem o paciente e seus familiares durante o período de luto antecipatório, devem levar em consideração a intensidade dos laços afetivos, pois irá auxiliar na compreensão das reações psíquicas e comportamentos de cada membro, além de entender que cada pessoa expressa uma singularidade na forma com que lida com a situação de perda iminente. Outro ponto ressaltado pela autora, refere-se ao luto antecipatório que os profissionais da equipe vivenciam, e também devem ser assistidos.

Após a morte do paciente gravemente enfermo, em Cuidados Paliativos a prática não se finda, pois há continuidade do trabalho direcionado ao acolhimento dos familiares enlutados. Por esse motivo, Genezini (2012) explicita que é fundamental que os profissionais tenham conhecimento da definição de luto e suas reações, pois esse evento causa muitas mudanças nos comportamentos das pessoas que o vivenciam. Na realização deste trabalho de acolhimento ao enlutado, o profissional deve auxiliar para que os familiares, também chamados de sobreviventes, expressem seus sentimentos e evitem o uso de medicações, uma vez que medicar não é o mais recomendado neste momento. Nas palavras da autora:

A maior parte dos enlutados procura ajuda para eliminar esses sentimentos e, de forma recorrente, por meio de medicação, o que não é absolutamente benéfico, já que não soluciona a fonte do problema. Para isso, é importante estimular os sobreviventes a falarem sobre os sentimentos evocados pela morte, bem como descrevê-la: como aconteceu, quem lhe contou, o que sentiu, onde estava quando ficou sabendo etc (pp. 577-578).

Freud (1917/2006g), quando escreveu o texto metapsicológico “Luto e Melancolia”, já identificou que o enlutamento não se trata de um quadro patológico e que intervir nesse processo pode ser prejudicial. Ou seja, é fundamental que os profissionais compreendam que as reações perante a morte de um ente querido são muito singulares e que permitir a expressão delas, sem inibi-las com medicação, é fundamental para o processo de elaboração da perda de forma saudável, o que previne o luto complicado, que segundo Kovács (2003a), está se tornando um problema de saúde pública.

Nesse momento pós-morte, também cabe a equipe encorajar os familiares a realizarem os rituais memoriais, como velórios, momentos de despedidas e visitas ao túmulo do falecido. O trabalho desenvolvido pela equipe que visa o acolhimento ao luto, pode acontecer por meio de um telefonema aos familiares, ou envio de uma carta de condolências. Além disso, podem oferecer um acompanhamento durante certo período, o qual pode ser individual ou em grupo,

domiciliar ou no ambulatório do hospital. Genezini (2012) comenta que, para os familiares, esta ação favorece o fechamento de um ciclo que demandou muito gasto de energia psíquica. Por isso, um ritual de passagem para o retorno à vida social pode ser necessário. Vale ressaltar que o tempo de duração da prestação desse serviço ao enlutado pode variar muito, pois leva-se em consideração a disponibilidade da equipe, bem como a demanda particular de cada familiar. Quando não se faz possível o acompanhamento a longo prazo, encaminhamentos a serviços especializados podem ser realizados.

2. A HUMANIDADE DIANTE DA MORTE

“O objetivo de toda vida é a morte”
(Freud, 1920/2006h, p. 49)

O tema da morte em nossa sociedade ocidental atual é percebido como um tabu, ou seja, como algo sobre o que não se fala e que deve ser evitado a qualquer custo. De acordo com Kovács (2003a) existe a necessidade de que a morte se passe despercebida, ela é carregada de sentimentos de vergonha e fracasso, mas nem sempre foi assim. O historiador Philippe Ariès (1914-1984) realizou um importante estudo sobre a morte no ocidente e constatou que houveram significativas mudanças na mentalidade e formas de lidar com a morte no decorrer da nossa história. Em seu estudo o autor pôde observar a relação do homem com a morte, e o fez por meio de pesquisas e análise de documentos (Kovács, 2003a). Neste capítulo iremos apresentar o estudo de Ariès, a fim de proporcionar maior compreensão das concepções sobre a morte na sociedade ocidental desde a época medieval até a atualidade.

2.1 A Mentalidade do Homem em Relação a Morte: aspectos históricos

Ariès (1977/2017) denomina de Morte Domada aquela que aconteceu durante muitos séculos, compreendendo o período de desde antes de Cristo até o século X depois de Cristo. Nesta concepção, os moribundos (nome empregado pelo autor para as pessoas que estavam morrendo) conseguiam saber que a morte estava próxima. Os avisos de que a morte iria ocorrer aconteciam por signos naturais, ou então, mais comumente por meio da convicção íntima, e não por uma premonição sobrenatural ou mágica. De acordo com Kovács (1992, p. 31) “A morte domada é a morte típica da época medieval. O homem sabe quando vai morrer”. No entanto, apesar de a morte ser domada, o medo sobre ela existia, porém, este medo era em relação a não ser avisado a tempo e de morrer sozinho, pois quando se sabia da proximidade da morte, a pessoa tomava as providências e todos os rituais aconteciam de forma muito simples, uma vez que a morte era compreendida como algo simples e natural, já “. . . as mortes súbitas, inesperadas, não permitiam toda uma preparação e, por isto, eram especialmente temidas” (Kovács, 2003a, p. 36).

Neste momento de pré-morte, a pessoa tinha a oportunidade de realizar um ritual no qual poderia fazer lamentações, pedir perdão e expressar a fé por meio de orações, até receber a extrema unção e esperar pelo último suspiro (Ariès, 1977/2017). É possível identificar

respeito ao protagonismo do moribundo em relação ao fim de sua vida e também aceitação em relação as expressões de tristeza e de luto, porém de acordo com o autor, essas manifestações não se davam de forma dramática e exacerbada.

A morte era esperada no leito, numa espécie de cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo. Todos podiam entrar no quarto, parentes, amigos, vizinhos e, inclusive as crianças. Os rituais de morte eram cumpridos com manifestações de tristeza e dor, que eram aceitas pelos membros daquela comunidade. O maior temor era morrer repentinamente, anonimamente, sem as homenagens cabidas (Kovács, 1992, p. 32).

Ariès (1977/2017) pontua que durante muitos séculos se morreu assim, de forma com que a morte fosse familiar e próxima, enquanto que por outro lado era atenuada e indiferente. Tal fato se opõe a forma como encaramos a morte nos dias de hoje, em que ela amedronta ao ponto de não ousarmos em falar seu nome. O autor explica que denominou esta morte como Morte Domada, não porque antes ela foi selvagem e deixou de ser, mas sim porque hoje ela se tornou selvagem.

A partir da segunda fase da Idade Média, séculos XI e XII, a atitude do homem perante a morte não substituiu a abordada anteriormente, porém a partir dos estudos de Ariès (1977/2017) foi possível observar que ocorreram modificações sutis. Neste tempo o homem era extremamente sociável, então sua forma tradicional de lidar com a morte era coletiva, no entanto esta socialização não separava o homem da natureza, uma vez que ele aceitava a morte como ordem da natureza. “Com a morte, o homem se sujeitava a uma das grandes leis da espécie e não cogitava evita-la, nem em exaltá-la” (p. 48).

De acordo com Ariès (1977/2017) de forma muito lenta até chegar ao século XII, a questão da morte passou a ter um caráter individual, dando espaço para reflexões sobre como a pessoa agiu durante a vida e se será merecedora de algo bom no dia do juízo final. Nesse sentido, é possível observar que havia um cunho religioso bastante importante e o que era tão coletivo passou a ter maior atenção nos aspectos individuais. Esta morte no leito se estendeu até o século XIX, no entanto, no final da Idade Média ela passou a ter um caráter dramático “uma carga de emoção que antes não possuía” (p. 55), e tal mudança reforçou o protagonismo do moribundo nas cerimônias de sua própria morte.

A arte do século XIV ao XV, de forma menos difundida do que se pensa, apresentava a questão do cadáver em decomposição e tal decomposição era compreendida como o fracasso do homem. Neste momento a ideia de fracasso é inaugurada, é um fenômeno novo e original. Ariès (1977/2017) retoma o significado do fracasso em nossa sociedade atual, explicando que cada vez mais cedo, o homem da sociedade industrializada experimenta a sensação de fracasso, “Esse sentimento é a origem do clima de depressão que se alastra pelas classes abastadas das

sociedades industriais” (p. 58). Com isso, deixa claro que este sentimento de fracasso era totalmente estranho às sociedades tradicionais, na época em que a morte era domada e acontecida no leito, entretanto, já não era tão estranho ao homem rico, poderoso e instruído do fim da Idade Média. Diante disso, o autor esclarece que existe uma importante diferença entre o fracasso experimentado hoje na sociedade industrial e o fracasso sentido no fim da Idade Média: “Hoje em dia não estabelecemos relação entre nosso fracasso pessoal e nossa mortalidade humana. A certeza da morte, a fragilidade de nossa vida são estranhas a nosso pessimismo existencial” (p. 58).

Já o homem que experimentou o sentimento de fracasso no fim da Idade Média, possuía uma consciência bastante acentuada acerca da morte, compreendia que era um morto em suspensão condicional, e a morte sempre presente em seu âmago dava fim às suas ambições e aos prazeres da vida. A paixão que este homem tinha pela vida, segundo Ariès (1977/2017), é difícil de ser compreendida por nós, nos dias atuais, talvez porque a vida se tornou mais longa. Essa atitude perante a morte foi denominada pelo autor de a Morte de Si Mesmo, uma vez que, neste período, “A morte tornou-se o lugar em que o homem melhor tomou consciência de si mesmo” (p.59). Então, diante disso, compreende-se que o homem das sociedades tradicionais, do início da Idade Média, lidava com a ideia de que todos eram mortais sem grandes dificuldades, ao passo que a partir de meados da época medieval, o homem que era letrado, rico e poderoso passou a reconhecer a si próprio em sua morte, ou seja, “. . . descobriu a morte de si mesmo” (p. 63).

Segundo Ariès (1977/2017), entre os séculos XV e XVIII, um fenômeno importante se fez presente: a morte passou a carregar um sentido erótico. No entanto, o autor deixa claro que este fenômeno não aparece nos fatos reais e históricos, mas sim no âmbito do imaginário e das fantasias, e por isso afirma que nesse momento o historiador deveria se tornar psicanalista, ou seja compreende que a Psicanálise pode contribuir para o entendimento desta questão tão subjetiva inaugurada neste período. Ainda segundo o autor, essa observação se faz possível por meio da análise das artes e da literatura, onde a morte está associada ao amor. Sobre essa questão, Kovács (2003a) pontua que as danças macabras do século XVI possuíam um caráter erótico, demonstrando que há uma relação entre morte e prazer sexual. Segundo a autora, em alguns casos a violência provoca a excitação sexual, conforme confirmam os procedimentos decorrentes do sadismo. Além disso, discorre que outra relação possível entre o prazer e a morte provém do corpo morto como objeto de desejo. “Se no século XV a arte buscava o macabro na decomposição do corpo, no século XVI busca as cores da morte quando esta começa a tomar conta de um corpo, verificando-se os sinais discretos da mudança que provocará” (p. 55).

Assim como o ato sexual, a morte passa a ser cada vez mais compreendida como uma ruptura, pois é vista como uma “transgressão que arrebatava o homem de sua vida cotidiana, de sua sociedade racional, de seu trabalho monótono, para submetê-lo a um paroxismo e lançá-lo, então, em um mundo irracional, violento e cruel” (Ariès, 1977/2017, p.65). Esta forma de ver a morte, como uma ruptura, é algo novo para a humanidade, pois mesmo quando o homem passou a ter consciência da sua individualidade, a familiaridade da morte não foi afetada, ela não havia se tornado apavorante e nem obsessiva. Foi somente a partir do século XVI que ela passou a ser encarada como uma ruptura.

Essa noção de ruptura nasceu e se desenvolveu no mundo das fantasias eróticas. Passará ao mundo dos fatos reais e ocorridos.

Assim, perderá evidentemente seus caracteres eróticos, ou pelo menos esses serão sublimados e reduzidos à Beleza. A morte não será desejável, como nos romances macabros, mas sim admirável por sua beleza: é a morte a que chamaremos romântica . . . (Ariès, 1977/2017, p. 66).

Outro momento apresentado por Ariès (1977/2017) iniciou-se a partir do século XVIII, em que foi dado um novo sentido para a morte, no qual os homens passaram a dramatizá-la, exaltá-la, desejá-la de forma impressionante e arrebatadora, porém, em contraponto, passaram a se ocupar menos com a sua própria morte, e então a morte romântica, e retórica passou a ser o que o autor denominou de a Morte do Outro.

A morte, no século XIX é a morte romântica. É considerada bela, sublime repouso, eternidade, possibilidade de uma reunião com o ser amado. A morte passa a ser desejada. A morte nesse período traz a possibilidade de evasão, liberação, fuga para o além, mas, também, a ruptura insuportável e a separação. Representa a possibilidade de reencontro no além de todos os que se amavam. Prevalencia então uma crença forte na vida futura (Kovács, 1992, p. 37).

Ariès (1977/2017), discorre sobre outra mudança na atitude do homem em relação a morte. Enquanto que em épocas passadas a morte no leito era acompanhada de solenidade e também banalização, como algo bastante comum, neste momento, esta cena é acompanhada de muita dramatização, rompendo com a banalidade antes presente. Esta expressão de dor acontece por conta da nova ideia de separação que a morte traz, para a qual não há tolerância. Tal dor não é sentida somente no leito, pois somente a ideia da morte já traz a comoção.

Ora, no século XIX, uma nova paixão arrebatou a assistência. Ela é agitada pela emoção, chora, suplica e gesticula. Não recusa os gestos ditados pelo uso. Pelo contrário, cumpre-se eliminando o caráter banal e costumeiro. A partir de então são descritos como se fossem uma invenção inédita, como se fossem espontâneos, inspirados por uma dor apaixonada e única no gênero (Ariès, 1977/2017, p. 66).

Em sua obra *História da Morte no Ocidente: da idade média aos nossos tempos*, Ariès (1977/2017) traz exemplos de textos escritos por adolescentes por volta de 1830, em que a questão da morte é relacionada à felicidade. Além disso, mostra em outro texto da mesma época a obsessão pela morte e pelo macabro. De acordo com o autor, tal fato pode ser explicado pela

religião como uma forma de sublimação das fantasias erótico-macabras do período anterior. “Seremos tentados a explicar este transbordamento de afetividade macabra pela religião . . . Efetivamente, a religião não é estranha ao caso, mas o fascínio mórbido da morte exprime, sob uma forma religiosa, a sublimação das fantasias erótico-macabras do período precedente” (p. 68). Este aspecto é compreendido como a grande mudança que acontece ao final do século XVIII, em que a complacência para com a morte se torna uma das características do Romantismo.

Até o período do século XVIII a sociedade associava a morte somente àquele que estava ameaçado de morrer. A cada uma dessas pessoas cabia a expressão de seus sentimentos e pensamentos, e para isso utilizavam-se do instrumento do testamento. Nos testamentos dos séculos XIII ao XVIII continham, além da herança direcionada aos familiares, escritos muito pessoais como “seus pensamentos profundos, sua fé religiosa, seu apego às coisas, aos seres que amava, a Deus, bem como as decisões que haviam tomado para assegurar a salvação de sua alma e o repouso de seu corpo” (Ariès, 1977/2017, p. 69). A maior parte do testamento era contida pelas cláusulas piedosas, que tinham como objetivo comprometer o executor testamentário (padre, monges) a realizar os desejos do falecido.

No entanto, a partir da segunda metade do século XVIII, aconteceu uma importante mudança em relação aos testamentos. Na medida em que houve uma modificação nas relações familiares, as quais passaram a ser alicerçadas na afetividade, o testador deixou de escrever os sentimentos no documento, e passou a falar sobre isso com as pessoas mais próximas, passou a expressar os sentimentos, e deixou no testamento somente as cláusulas que abordavam sobre a distribuição das riquezas. De acordo com o autor este foi um momento muito importante na história da atitude perante a morte, pois o moribundo, sem perder seu protagonismo e presidência da cerimônia de falecimento, começou a delegar algumas ações aos mais próximos, e foi a partir dessa proximidade que os assistentes deixaram de ser meros figurantes e passaram a expressar sua dor de forma dramática, fato que contribuiu para a ritualização do luto excessivo da Alta Idade Média (Ariès, 1977/2017).

Do final da Idade Média ao século XVIII o luto passou a ter dois objetivos: induzir a família a manifestar a dor da perda, mesmo que não estivesse sentindo de fato; e acolher o familiar que realmente estava sentindo a dor da ruptura, uma vez que ele era inserido em uma vida social, por meio de visitas e podia expressar sua dor sem que ultrapassasse o limite esperado. Ariès (1977/2017) chama a atenção para uma importante questão acerca deste assunto, pois a partir do século XIX:

. . . esse limite não mais foi respeitado, o luto se desenrola com ostentação além do usual. Simulou até não estar obedecendo a uma obrigação mundana e ser a expressão mais espontânea e mais insuperável de uma gravíssima dor; chora-se, desmaia-se, desfalece-se e jejua-se . . . É como um retorno às formas excessivas e espontâneas – ao menos na aparência – da Alta Idade Média, após sete séculos de sobriedade. O século XIX é a época dos lutos que o psicólogo de hoje chama de *histéricos* – e é verdade que, por vezes, toca os limites da loucura . . . (p.71; itálico do autor).

Para o autor o significado deste exagero das expressões de luto neste período refere-se à maior dificuldade das pessoas em aceitarem a morte do outro do que em tempos anteriores, ao ponto de que a morte do outro passa a ser mais temida do que a própria morte.

É a partir do século XX que a humanidade passa a vivenciar o que Ariès (1977/2017) chama de Morte Interdita, e nesse momento é possível observar uma revolução brutal da mentalidade e sentimentos tradicionais em relação a morte. Tal mudança chega a chocar os estudiosos. Este fenômeno é totalmente inaudito, pois “A morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de interdição” (p. 82). Já na origem deste fenômeno, encontra-se um sentimento que já se fazia presente na segunda metade do século XIX, as pessoas que estavam em volta ao moribundo passam a esconder a gravidade do seu estado, com o intuito de poupá-lo. No entanto, “Admite-se que a dissimulação não pode durar muito . . . o moribundo deve um dia saber, mas nesse momento os parentes não têm mais a coragem cruel de dizer eles próprios a verdade” (p.83).

Segundo Kovács (2003a) falar sobre o momento da morte nunca foi fácil, porém a partir deste contexto passou a ser ainda mais difícil. Os familiares optam por não compartilhar com a pessoa doente o estágio avançado de sua doença, e quando é necessário falar, esperam que alguém seja incumbido de dar a notícia. Além disso, o próprio doente prefere se calar, porém “. . . sabe o que está acontecendo, mesmo que ninguém o diga. Pode ser que não queira saber, mas sabe. Todos procuram banalizar a situação para que nada fuja da realidade” (p. 66). Desta forma, a autora explica que todos passam a ser cúmplice de uma mentira, e chega a ser um dever da família zelar pela ignorância da pessoa doente. Neste momento a extrema unção deixa de ser um rito do fim da vida e passa a ser compreendida como uma sentença de morte.

De acordo com Ariès (1977/2017), em princípio a motivação para mentir e esconder do doente vêm do desejo de poupá-lo, e a origem deste desejo vem da intolerância para com a morte do outro e da nova confiança do moribundo em relação às pessoas próximas. No entanto, esse sentimento logo foi substituído por outro muito característico da modernidade, na qual passou-se a evitar as perturbações e emoções excessivas causadas pela presença da morte, a fim de agora poupar as pessoas que cercam o moribundo e também a sociedade, para que não

percebam a incidência da morte em plena vida feliz, pois uma característica deste momento é a necessidade de que a vida seja sempre feliz, ou ao menos deve parecer com que seja feliz.

A partir disso, cabe a reflexão de que quando não se fala sobre a morte com o doente, o objetivo não é somente poupa-lo, mas sim atender ao que a sociedade espera, a aparência de uma vida feliz. Nesta sociedade atual, ser feliz é necessário e obrigatório. Portanto, na realidade os poupados são a sociedade e as pessoas próximas ao doente, até porque a doença não o poupa em nenhum sentido. Os familiares, acreditam que quando não falam sobre a morte com o doente, estão fazendo bem para o paciente, mas na realidade, o bem é feito para eles próprios e para a sociedade, pois mantém a ilusão e aparência de uma vida feliz.

Em relação aos ritos da morte, neste momento inicial, pelo menos na aparência, nada mudou, porém ao analisa-los mais profundamente percebe-se que “. . . já começou a esvaziá-los de sua carga dramática, o processo de escamoteamento teve início” (Ariès, 1977/2017, p. 83). Pode-se pensar que tal esvaziamento acontece porque o luto vai perdendo a autorização para ser expressado, uma vez que a sociedade cobra a felicidade constante. As pessoas sentem toda a dor da separação, mas atualmente já não podem mais expressá-la da mesma forma que era permitido em tempos anteriores.

De acordo com Kovács (1992; 2003a), a morte a partir do século XX deve ser escondida, pois é tão vergonhosa como era o sexo na era vitoriana, e a partir disso, a morte foi transferida para os hospitais. Ariès (1977/2017) nomeia de Morte Invertida, esse momento em que ela precisa passar desapercibida, dando fim ao protagonismo do moribundo e consequentemente o privando de sua própria morte. Neste momento a cena do doente rodeado por seus familiares e que preside os rituais do fim de sua vida falando sobre seus desejos desaparece (Ariès, 1977/2017; Kovács, 2003a). A partir de então a boa morte passou a ser aquela que acontece subitamente, de forma repentina que era muito temida em tempos anteriores. “A morte ‘boa’ é aquela em que não se sabe se o sujeito morreu ou não” (Kovács, 1992, p. 38).

No hospital a morte não acontece como uma cerimônia presidida pelo paciente com seus familiares ao entorno. Passa a ser um fenômeno técnico que por meio da avaliação médica e da equipe de saúde, param-se os cuidados e na maioria das vezes o doente já perdeu a consciência há algum tempo. Nesse sentido, a morte passa a ser dividida, acontece em etapas e por fim não se sabe dizer se a verdadeira morte aconteceu com a perda da consciência, ou com o fim da respiração. “Todas essas mortes silenciosas substituíram e apagaram a grande ação dramática da morte, e ninguém mais tem forças ou paciência de esperar durante semanas um momento que perdeu parte de seu sentido” (Ariès, 1977/2017, p. 84).

Ao final do século XVIII, apesar do moribundo ainda presidir a cerimônia de falecimento, aos familiares foram repassadas algumas responsabilidades. Hoje, nos hospitais encontramos paciente e familiares alienados, sendo então dos médicos e da equipe de saúde a responsabilidade de conduzir os momentos finais da vida. A preocupação gira em torno do “aceitável”, busca-se uma morte que é aceita e tolerada pelos familiares. Tem por oposição a morte que gera fortes emoções, e é esta que deve ser evitada no hospital e na sociedade. “Só se tem o direito à comoção em particular, ou seja, às escondidas. Assim se tornou a grande cena da morte, que havia mudado tão pouco durante os séculos, senão milênios” (Ariès, 1977/2017, p. 85).

A tecnologia médica que muito avançou nos séculos XX e XXI, segundo Kovács (2014), tem sua relação com a morte interdita, pois apesar de o fim de vida ter sido transferido para os hospitais, é nesse ambiente que existe o objetivo de evitar que a morte aconteça. De acordo com a autora, nos hospitais, “A morte se tornou distante, asséptica, silenciosa e solitária” (p. 95), e juntamente com isso encontramos a impossibilidade de expressão do sofrimento, e dos rituais, uma vez que os sentimentos e as emoções não são prioridades neste contexto de luta contra a morte.

Ao mesmo tempo em que a tecnologia médica contribui para a realização de diagnósticos, tratamentos e possibilita os progressos na direção da cura e maior expectativa de vida, é importante levar em consideração os possíveis prejuízos que acarretam em sofrimento no prolongamento da vida de pessoas que convivem com uma doença grave, progressiva e incurável (Kovács, 2014). A manutenção de tratamentos invasivos, fúteis ou inúteis neste contexto de irreversibilidade da doença é considerada distanásia, que, para Kovács (2003b, p. 153), trata-se de uma prática que obriga a pessoa a vivenciar um processo “. . . de morte lenta, ansiosa e sofrida”. Ainda nas palavras da autora:

A caricatura que a representa é o paciente que não consegue morrer, com tubos em orifícios do corpo, tendo por companhia ponteiros e ruídos de máquinas, expropriado de sua morte. O silêncio impera, tornando penosa a atividade dos profissionais com pacientes gravemente enfermos. O prolongamento da vida e da doença amplia o convívio entre pacientes, familiares e equipe de cuidados, com estresse e risco de colapso (Kovács, 2014, p. 95).

É diante deste contexto e da urgente necessidade de reumanizar o morrer que a prática dos Cuidados Paliativos emerge, trazendo a possibilidade de que a morte do século XXI seja permeada de respeito e dignidade, além de ser compreendida com naturalidade, como parte do desenvolvimento humano.

3. A MORTE E O MORRER NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA FREUDIANA

Se queres suportar a vida, preparar-te para a morte.
(Freud, 1915/2006e, p. 309)

A proposta do presente capítulo é realizar uma discussão sobre a morte e o morrer na perspectiva psicanalítica freudiana, e para percorrer o caminho traçado por Sigmund Freud (1856-1939), em sua obra no que se refere à morte, apoiamo-nos na biografia do autor, que foi elaborada pelo seu médico pessoal que o acompanhou até o momento de sua morte, Max Schur (1897-1969), intitulada *Freud: Vida e Agonia* (Schur, 1973/1981). Cabe ressaltar que não objetivamos esgotar todo o assunto da problemática da morte na teoria psicanalítica. Iniciaremos com uma breve explanação sobre a noção de imortalidade, seguida dos momentos em que Freud discorreu sobre a morte e por fim abordaremos sobre o luto e a perda.

3.1 Sobre a Imortalidade

O assunto relacionado a imortalidade é abordado por Freud (1907/2006a) no texto “Delírios e Sonhos na Gradiva de Jensen”, nessa obra o psicanalista realiza um paralelo entre a história da humanidade e a história individual de cada pessoa, ao comparar o desenvolvimento de cada indivíduo com o desenvolvimento de toda humanidade. Para isso, o autor realiza uma analogia entre a ontogênese e a filogênese o que lhe permite lidar com o problema da imortalidade de maneira convergente com a ciência, uma vez que considerou o princípio genético, no qual tudo nasce de algo que já existia previamente. A partir dessas considerações, o biógrafo aponta que se trata de “. . . um conceito de imortalidade sem conotações místicas ou religiosas” (Schur, 1973/1981a, p. 305).

Além da obra supracitada, Freud (1920/2006h) também faz menção a esse tema em “Além do Princípio de Prazer”, texto em que o autor se apoia na biologia e na vida celular para construir suas considerações. Cita o estudo do biólogo Weismann, o qual dividiu a substância viva em partes mortais e imortais, e nesse sentido explicou que o corpo é a parte finita, enquanto que o plasma germinal está relacionado com a imortalidade, pois é o que garante a sobrevivência da espécie por meio da reprodução. Nesse sentido podemos compreender que a imortalidade não ocorre em nível individual, mas sim está relacionada à perpetuação das espécies durante o passar dos séculos.

3.2 Considerações Psicanalíticas Freudianas Sobre a Morte

Freud (1913/2006b) em “O Tema dos Três Escrínios”, abordou sobre a questão da morte fazendo referência à algumas obras literárias, bem como aos contos de fadas e à mitologia para esclarecer sobre o quanto é humano e universal o conteúdo abordado. Freud (1913/2006b) aponta que nas histórias referenciadas há em comum uma situação em que deve ocorrer uma escolha entre três mulheres, sempre recaindo na terceira, a qual é a mais bela, a mais fiel. Em uma das histórias citadas pelo autor, a escolha se dá por um de três escrínios, o que Freud (1913/2006b) esclarece que também simboliza o feminino, “. . . e agora percebemos que ele é um tema humano, a *escolha de um homem entre três mulheres*” (p. 316; itálicos do autor). Em todas as histórias apresentadas pelo psicanalista, a terceira mulher que foi escolhida sempre tem algumas características relacionadas à mudez, ou então a mudez propriamente dita, ao que Freud (1913/2006b) retoma que, para a Psicanálise, nos sonhos o silêncio é uma representação comum da morte.

Seria certamente possível coligar outras provas, nos contos de fadas, de que a mudez deve ser compreendida como representando a morte. Estas indicações levar-nos-ia a concluir que a terceira das irmãs entre as quais a escolha é feita é uma morta. Mas ela pode ser também algo mais – a saber, a própria Morte, a Deusa da Morte. (Freud, 1913/2006b, p. 320).

A partir disso, o autor cita as Moiras, três irmãs da mitologia que estão relacionadas com a natureza, com as estações do ano, com as horas, ou seja, com o tempo. São três fiandeiras que conduzem o fio da vida, na qual a terceira delas representa a morte, o que o autor chama de inelutável. De acordo com Freud (1913/2006b) este mito, que antes era da natureza, passou agora a ser relacionado à humanidade, pois as deusas do tempo passaram a ser a deusas do destino. E retornando ao problema da escolha entre as três mulheres, o autor destaca que essa escolha é livre, no entanto, todas as vezes acaba por recair sobre a morte, uma vez que “Afinal de contas, ninguém escolhe a morte e é apenas por fatalidade que se tomba vítima dela” (p.322). Para o autor, a criação das Moiras se deu a partir do momento em que o homem se percebeu como parte da natureza, e que por isso também está submetido à lei da morte, a qual é imutável. No entanto, pontua que algo no homem está direcionado à luta contra essa sujeição, e por meio de sua imaginação, se rebelou contra o reconhecimento da verdade estampada no mito das Moiras, fazendo com que a Deusa da Morte fosse substituída pela Deusa do Amor. Tal fato

esclarece que a substituição da morte pelo seu oposto se trata de um retorno a uma identidade primeva.

De acordo Schur (1973/1981a), a escrita desse texto se deu após Freud ter visitado seu jovem amigo Binswagner que teve um prognóstico ruim depois de uma intervenção cirúrgica, e também ter presenciado o adoecimento de sua mãe. Para o biógrafo essa obra representa um importante avanço na forma com que o psicanalista passou a lidar com o problema da morte no ponto de vista científico-psicológico.

No texto “Totem e Tabu”, Freud (1913/2006c) retoma o modo de pensar dos homens primitivos a fim de compreender a vida mental na neurose. A princípio, através do pensamento animístico, o homem primitivo negava sua vulnerabilidade em relação aos perigos do ambiente, o que condiz com um pensamento onipotente. Após esse período passou-se para um estágio religioso, no qual a humanidade transferiu a onipotência aos deuses, e por fim no estágio científico, o homem passou a se compreender como um ser submetido às leis da natureza, portanto, vulnerável em relação à morte. Apesar disso, aspectos relacionados à onipotência do pensamento primitivo manteve-se na mente humana e entra em conflito com a realidade. Segundo Schur (1973/1981a), essa obra também aborda sobre a evolução das atitudes humanas relacionadas à morte, tanto em nível individual, quanto em um sentido genérico, nos quais a morte se expressa como “. . . derradeira do desamparo humano.” (p. 344).

Freud (1913/2006c) destaca que a origem da organização social, da moralidade e da religião se deu por meio do mito da horda primitiva. Em relação a esse aspecto Ávila (2001), coloca que o criador da psicanálise utilizou uma fantasia pautada na mitologia para abordar sobre o tema da origem da humanidade. Para tal, Freud (1913/2006c) se fundamentou na teoria de Darwin ao descrever que o pai ciumento e violento, chefe da horda, expulsa os filhos do sexo masculino na medida em que ficam adultos, proibindo-os de se relacionarem com as mulheres da tribo e guardando para si próprio todas as fêmeas. Então, a partir disso, houve um momento que os irmãos exilados se reuniram e realizaram um ataque ao pai, matando-o e posteriormente se alimentando do corpo dele, o que resultou na identificação dos filhos com o pai morto, bem como no fim da horda patriarcal. Os filhos da horda primitiva possuíam sentimentos ambivalentes em relação ao pai, e, após o assassinato, o desejo proveniente do ódio foi satisfeito, enquanto que os sentimentos de amor e admiração que estavam recalcados se fizeram presentes em forma de remorso. Portanto, foi a partir disso que se inaugurou o sentimento de culpa dos filhos, tão presentes nas neuroses na atualidade. Desta forma, destacamos a importância da morte nesse contexto, uma vez que o primeiro evento traumático e a fundação da cultura são relacionados a ela.

Desta forma, podemos ver no ponto de vista de Freud como o impacto da morte, seu aspecto fantástico, a tênue percepção de sua inevitabilidade, a culpa associada aos desejos inconscientes ou conscientes contra a pessoa morta, se tornaram um dos pontos nucleares no desenvolvimento da humanidade. (Schur, 1973/1981a, p. 346).

De acordo com a biografia de Freud descrita por Schur (1973/1981a), o contexto da Primeira Guerra Mundial provocou grande influência e impacto nas elaborações científicas freudianas, uma vez que após vivenciar a perda inesperada de seu meio-irmão Emanuel, e também presenciar o mundo em combate, o psicanalista escreveu um importante texto em que abordou sobre a agressividade humana e a atitude do homem perante a morte, intitulado “Reflexões Para os Tempos de Guerra e de Morte”, de 1915.

Em *A Interpretação dos Sonhos*, Freud havia descrito a incapacidade de as crianças compreenderem o significado da morte. Em *Totem e Tabu*, havia examinado a incapacidade de o homem primitivo conceber, compreender e aceitar a morte. Agora, ressalta que o homem moderno se achava apenas aparentemente preparado para acreditar que a morte era um produto necessário da vida, que todo mundo “devia à natureza a sua morte”. (Schur, 1973/1981a, p. 365; itálicos do autor).

Segundo Freud (1915/2006e) a guerra provocou desilusão, e também modificou a forma do lidar com a morte. A desilusão se deu a partir da compreensão de que o homem não nasce nobre e virtuoso, e que a vivência em sociedade e a educação não são suficientes para erradicar a agressividade herdada dos tempos primevos. A partir desses apontamentos Schur (1973/1981a, p. 363) comenta que “. . . a mais profunda essência humana, os impulsos instintivos elementares comuns a todos os homens sempre buscam a satisfação das necessidades primordiais.”

Os estudos psicanalíticos revelam que para viver em sociedade, de forma civilizada, é necessário que as pessoas deixem de seguir seus impulsos naturais, o que forçou a humanidade a um alheamento em relação a esses impulsos humanos. Esse alheamento, por sua vez, contribui para uma perturbação na atitude do homem em relação a morte. A fala comum refere-se à expressão de que a morte é “. . . natural, inegável e inevitável.” (Freud, 1915/2006e, p. 299), demonstrando que estamos completamente preparados para lidar com esse evento como algo necessário da vida. Em contrapartida, pontua o autor que, na realidade, a atitude humana em relação à morte denuncia a forte tendência em deixa-la de lado e excluí-la da vida, já que a nossa própria morte não se faz possível em nosso imaginário, e sempre que tentamos imaginá-la nos vemos como meros espectadores. “Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar que no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade.” (Freud, 1915/2006e, p. 299).

Em relação a morte de outra pessoa, o homem moderno e civilizado evita abordar sobre esta possibilidade quando está na presença do indivíduo em questão. Já as crianças não apresentam essa cautela; sem se sentirem desconfortáveis, realizam ameaças de morte aos seus pares e também às pessoas por elas amadas, enquanto que o adulto não se permite pensar na morte de outrem sem se considerar uma pessoa ruim e malvada, e a condição que o autoriza é quando ele precisa lidar com essa questão ao exercer sua profissão, como por exemplo, no caso dos médicos e dos advogados. Apesar disso, esse cuidado e sensibilidade ao lidar com questões relacionadas à morte não faz com que a finitude humana seja impedida, e quando as mortes acontecem somos atingidos e nos sentimos abalados. A partir disso, criamos o hábito de relacionar a morte com acidentes, doenças e idade avançada, compreendendo-a como um acaso e não como uma necessidade (Freud, 1915/2006e).

Quando morre alguém que amamos, somos acometidos por um importante colapso que gera sofrimento. Segundo Freud (1915/2006e, p. 300), “Nossas esperanças, nossos desejos e nossos prazeres jazem no túmulo com essa pessoa, nada nos consola, nada preenche o vazio deixado pelo ente perdido.”, e essa nossa atitude perante a morte gera um efeito poderoso em nossas vidas, uma vez que ocorre o empobrecimento da vida e a perda de interesse. De acordo com Schur (1973/1981a), a atitude que temos perante à morte é diferente quando se trata das pessoas idosas. Nessas situações também nos enlutamos, mas o desespero e a revolta acontecem quando estamos diante da morte de pessoas jovens, principalmente nos casos que se trata da perda dos filhos. Freud (1915/2006e) pontua que a forma com que vivenciamos a perda proporciona a grande importância que damos aos mortos, sendo ela maior do que a consideração que temos pelos vivos, ainda que os falecidos já não necessitam mais dela. Além disso, a partir dessa atitude em relação a morte somos desestimulados a encarar o perigo em relação a nós mesmos e às pessoas por quem temos algum afeto. Por isso, nos privamos de vivenciar situações de risco, “Assim, a tendência de excluir a morte de nossos projetos de vida traz em seu rastro muitas outras renúncias e exclusões.” (p. 301). Entretanto, em tempos de guerra o pensamento convencional em relação à morte se esvai, pois ela deixa de ser um acaso, e não é mais objeto de negação, uma vez que somos obrigados a compreender que os indivíduos realmente morrem.

Em um retorno às considerações já elaboradas por Freud (1913/2006c; 1915/2006e), em “Totem e Tabu”, o autor comenta que para o homem primitivo a morte do outro possuía o significado de aniquilamento de seu inimigo e por isso não havia problema algum em cometer o assassinato. Tal fato explica o motivo pelo qual a história da humanidade contém muitos homicídios, e também justifica o obscuro sentimento de culpa que o homem está sujeito desde os tempos pré-históricos, e que mais tarde as doutrinas religiosas se apropriaram para explicar

a respeito do pecado original. Nesse sentido, “. . . a culpa primeva, do pecado original, é provavelmente o resultado de uma culpa de homicídio em que teria incorrido o homem pré-histórico.” (p. 302).

Assim como é para nós na atualidade, de acordo com Freud (1915/2006e), para o homem primitivo a sua própria morte também era inimaginável, porém as circunstâncias que ele vivenciava fez com que tivesse duas atitudes contrárias em relação a morte, as quais entraram em conflito e produziram importantes consequências. Segundo o psicanalista, o homem na pré-história ao ver a morte de uma pessoa próxima e que ele amava experimentou o sentimento de dor e precisou reconhecer que todas as pessoas morrerão. No entanto, o fato de ser obrigado a admitir a veracidade da morte lhe causou um sentimento de revolta, uma vez que cada uma dessas pessoas que ele amava eram como uma parte dele mesmo. Ao mesmo tempo, em contrapartida, essas mortes também lhe agradavam, pois, essas pessoas, apesar de amadas por ele, não deixavam de ser estranhas a ele. Essa ambivalência de sentimentos, que continua presente em nossas relações na atualidade, possuíam maior validade nesses tempos primitivos.

Nesse sentido, Schur (1973/1981a) relata que a descoberta do psicanalista se refere a duas formas de denegação da morte. De um lado a religião que afirma sobre a continuidade da vida em um local desejável, porém somente para as pessoas merecedoras. Por outro lado, a vida que tem continuidade por meio da reencarnação. Assim, de acordo Freud (1915/2006e), pode-se compreender que a origem da negação da morte como uma atitude cultural e convencional se deu já nos tempos primitivos. Quando o homem primevo se deparou com o corpo de um ente amado sem vida, se deu origem à “. . . doutrina da alma, a crença na imortalidade e uma poderosa fonte de sentimento de culpa do homem, mas também os primeiros mandamentos éticos. A primeira e mais importante proibição feita pela consciência que despertava foi: ‘Não matarás’.” (Freud, 1915/2006e, p. 305).

Uma proibição tão poderosa só pode ser dirigida contra um impulso igualmente poderoso. O que nenhuma alma humana deseja não precisa de proibição; é excluído automaticamente. A própria ênfase dada ao mandamento ‘Não matarás’ nos assegura que brotamos de uma série interminável de gerações de assassinos, que tinham a sede de matar em seu sangue, como talvez, nós próprios tenhamos hoje. Os esforços éticos da humanidade, cuja força e significância não precisamos absolutamente depreciar, foram adquiridos no curso da história do homem; desde então se tornaram, embora infelizmente apenas em grau variável, o patrimônio herdado pelos homens contemporâneos.

Voltando-se para o inconsciente do homem contemporâneo, Freud (1915/2006e) explicita que não se difere do inconsciente do homem primitivo, pois também não considera a sua própria morte e acredita em sua imortalidade, “. . . desconhece tudo o que é negativo e toda e qualquer negação; nele as contradições coincidem. Por esse motivo, não conhece sua própria

morte, pois a isso só podemos dar um conteúdo negativo.” (p. 306). De acordo com o autor, o medo que temos da morte, que nos domina de forma mais frequente do que imaginamos, é algo secundário, pois é resultado do sentimento de culpa. Ainda sem se diferenciar do inconsciente do homem primevo, não hesitamos em admitir a morte dos outros indivíduos, “Em nossos impulsos inconscientes, diariamente e a todas as horas, nos livramos de alguém que nos atrapalha, de alguém que nos ofendeu ou nos prejudicou . . . De fato, nosso inconsciente assassinará até mesmo por motivos insignificantes. . .” (p. 307). No entanto, o inconsciente, apesar de muitas vezes desejar a morte de outrem, não realiza o ato em si. Esse desejo inconsciente de presenciar a morte do outro pode ser encontrado nas conversas banais do dia a dia, nos chistes e nas anedotas, momentos em que por meio da brincadeira, conseguimos falar sobre uma verdade escondida. “Esses chistes cínicos não seriam possíveis a menos que encerrassem uma verdade não reconhecida que não poderia ser admitida se fosse expressa seriamente e sem disfarce.” (Freud, 1915/2006e, p. 308).

Outro ponto que Freud (1915/2006e) traz acerca da similaridade de nosso inconsciente com o do homem primevo, refere-se ao conflito consequente das duas atitudes opostas em relação à morte. Ao mesmo tempo que desejamos, tememos a morte das pessoas amadas, porque elas são componentes de nosso ego, mas também alheias a nós. Os momentos de guerra trazem à tona os conteúdos do homem primitivo que há em cada um de nós, pois neste contexto o ato homicida é relacionado ao heroísmo. Além disso, os comportamentos de autorrecriminação após a morte de um ente querido e a exagerada preocupação direcionada ao bem-estar das pessoas próximas, denunciam a importante prevalência dos desejos de morte inconscientes. Nas palavras do autor:

Em suma: nosso inconsciente é tão inacessível à idéia de nossa própria morte, tão inclinado ao assassinato em relação a estranhos, tão divididos (isto é, ambivalente) para com aqueles que amamos, como era o homem primevo. Contudo, como nos distanciamos desse estado primevo em nossa atitude convencional e cultural para com a morte! (Freud, 1915/2006e, p. 309).

Podemos identificar, a partir desses escritos, que em “Reflexões Para os Tempos de Guerra e de Morte”, Freud (1915/2006e) inicia seus apontamentos relacionados ao processo de luto, assunto que ele aprofundou mais tarde em sua obra metapsicológica “Luto e Melancolia”, publicada no ano de 1917. Com a finalidade de proporcionar uma leitura mais didática, retomaremos sobre o luto no próximo tópico.

Segundo Schur (1973/1981a) mesmo com o fim da Primeira Guerra Mundial, os seus efeitos relacionados à destruição da vida e dos valores da humanidade continuaram a se propagar, o que confirmou a questão da agressividade na mentalidade humana, fato que recebeu

bastante atenção de Freud. Em busca de uma explicação em relação a repetição de situações desagradáveis encontradas nos sonhos e também na transferência durante a prática clínica, Freud (1920/2006h) publicou o texto “Além do Princípio de Prazer”, e de forma bastante especulativa suas reflexões chegaram à elaboração de novas conceituações psicanalíticas, como a compulsão a repetição e a pulsão de morte, sendo esta última a qual daremos maior destaque nesta pesquisa.

Ainda de acordo com Schur (1973/1981a), alguns fatos da vida particular de Freud contribuíram para a escrita da obra citada acima. Seu amigo Anton Von Freund, um entusiasta da psicanálise, que aplicou parte de sua fortuna em auxílios nas pesquisas e publicações psicanalíticas, foi diagnosticado com câncer metastático. Freud acompanhou sua morte, a qual ocorreu de forma lenta e permeada de angústia. Segundo o biógrafo, vivenciar a perda de uma pessoa mais jovem que carregava planos e esperanças, fez com que Freud experimentasse o sentimento de desamparo, fato que se comprova pelas cartas que enviou aos demais amigos. Além dessa perda, alguns dias depois, o psicanalista vivenciou a morte de sua filha Sophie, a qual adquiriu uma gripe que deu fim à sua vida aos 26 anos de idade. Quando essas duas mortes aconteceram, Freud já havia escrito metade do texto em questão, no entanto, o conteúdo referente à pulsão de morte foi desenvolvido mais tarde, após as duas perdas.

Freud (1920/2006h) aborda sobre a compulsão a repetição e, por meio desse conceito, o autor se depara com a tendência dos organismos vivos em sempre retornar ao seu estado primário, ou seja, a tendência a uma constância que evita mudanças. Tal tendência é proveniente de impulsos internos, ao passo que os estímulos externos são os responsáveis pela mudança e desenvolvimento. “A entidade viva elementar, desde seu início, não teria desejo de mudar; se as condições permanecessem as mesmas, não faria mais do que constantemente repetir o mesmo curso de vida” (p. 48). Toda a modificação imposta durante o decorrer da vida é aceita pelos instintos e armazenadas para que posteriormente haja o regresso ao estado primeiro e, de acordo com o autor, esse é o objetivo da ação orgânica.

Estaria em contradição à natureza conservadora dos instintos que o objetivo da vida fosse um estado de coisas que jamais houvesse sido atingido. Pelo contrário, ele deve ser um estado de coisas *antigo*, um estado inicial de que a entidade viva, numa ou noutra ocasião, se afastou e ao qual se esforça por retornar através dos tortuosos caminhos ao longo dos quais seu desenvolvimento conduz. Se tomarmos como verdade que não conhece exceção o fato de tudo o que vive morrer por razões internas, tornar-se mais uma vez inorgânico, seremos então compelidos a dizer que ‘*o objetivo de toda a vida é a morte*’ (Freud, 1920/2006h, p. 49; itálicos do autor).

Freud (1920/2006h) retoma o início primitivo de vida supondo que a matéria orgânica por longo tempo viveu e morreu com facilidade, retornando ao estado inorgânico e inanimado.

No entanto, por meio dos eventos externos, a substância viva foi obrigada a prolongar seu processo de viver levando mais tempo para alcançar o objetivo de morrer. Contudo, afirma que se levarmos em consideração a natureza exclusivamente conservadora das pulsões só se pode chegar ao objetivo de morte de toda espécie de vida. A partir dessas considerações, o autor aborda acerca das pulsões de autoconservação, as quais possuem o objetivo de livrar o organismo dos perigos e manter o seu estado de vida, pontuando o quanto são opostas à essa ideia de que as pulsões possuem o único objetivo de alcançar a morte. Assim entende-se que as pulsões de autoconservação possuem a função de “. . . garantir que o organismo seguirá seu próprio caminho para a morte, e afastar todos os modos possíveis de retornar à existência inorgânica que não sejam os imanentes ao próprio organismo” (p. 50).

No entanto, em relação aos instintos sexuais, essa teoria se torna descabida, uma vez que esses possuem um funcionamento diferente, na medida em que objetivam a perpetuação da vida, resistem às pressões externas e preservam a própria vida por longo período. Para o autor “São os verdadeiros instintos de vida” (Freud, 1920/2006h, p. 51) e agem de maneira oposta aos outros dois instintos. “Operam contra o propósito dos outros instintos, que conduzem, em razão de sua função, à morte, e este fato indica que existe oposição entre eles e os outros, oposição que foi há muito tempo reconhecida pela teoria das neuroses” (p. 51). Desta forma, fica evidente que os instintos do ego possuem o objetivo de levar o organismo à morte, porém aos seus modos; e os instintos sexuais, por meio da capacidade de reprodução, são direcionados à vida, e inclusive pode-se pensar em uma forma de imortalidade.

Freud (1920/2006h) relata que a conclusão de que todos os organismos estão fadados a morrer por causas internas, pode ter sido adotada na tentativa de consolo, uma vez que fica mais fácil a aceitação da morte quando se compreende esta como uma necessidade da natureza. Schur (1973/1981a) pontua que essa reflexão do psicanalista evidencia a sua luta interna e particular para lidar com o problema da finitude. No entanto, Freud (1920/2006h) afirma que tal ponto de vista não é uma crença primitiva, pois os homens primevos associavam as causas da morte a algum fator externo, como os inimigos e espíritos ruins. A fim de compreender sobre essas questões, o autor dirige-se à biologia e reflete sobre pesquisas que tratam do comportamento dos organismos em relação à vida e à morte. A partir dessas bases biológicas, afirma que:

Nós, por outro lado, lidando não com a substância viva, mas com as forças que nela operam, fomos levados a distinguir duas espécies de instintos: aqueles que procuram conduzir o que é vivo à morte, e os outros, os instintos sexuais, que estão perpetuamente tentando e conseguindo uma renovação da vida. . . (Freud, 1920/2006h, p. 57).

Então, a partir desses pressupostos retoma a teoria psicanalítica da libido que se apresenta na análise das neuroses, em que foi observado que existe uma oposição entre os instintos sexuais e os instintos de morte.

Nas palavras de Schur (1973/1981a, pp. 458-459):

Ao debater o conceito de instinto de morte levantei a hipótese de que Freud chegou a esse conceito não apenas por causa da adesão básica às formulações dualísticas, mas porque o fato de conceituar o desejo de morrer em termos biológicos facultava-lhe lidar melhor com o seu próprio medo da morte.

Ainda de acordo com o biógrafo, a elaboração do conceito de pulsão de morte foi importante para Freud, mesmo que paradoxalmente, pois o auxiliou no enfrentamento de seu câncer por 16 anos, e também o preparou para o entendimento da supremacia do ego e da razão. Nesse sentido, Schur (1973/1981a) relembra que em 1913, Freud afirmou que a partir do momento que o homem teve consciência de sua morte tentou supera-la. No entanto, diante da relação do psicanalista com o conceito de pulsão de morte, o biógrafo afirma que: “Podemos, dessa forma, modificar a afirmação de Freud, de 1913, e dizer que, ao reconhecer a morte intelectualmente, cerebralmente, o homem pode ter esperança de superar, não a *morte*, mas seu *medo* dela.” (p. 410; itálicos do autor).

Em o “Ego e o Id”, Freud (1923/2006i), sustenta as especulações sobre a teoria das pulsões que se integram às novas conceituações acerca da segunda tópica, uma vez que é nessa que o autor constrói a noção de Id, Ego e Superego, e além disso, também aborda sobre o medo da morte a partir do olhar metapsicológico. Freud (1923/2006i) distingue e conceitua as duas classes de pulsões; chama de Eros os impulsos que se referem à pulsão de vida, a qual é composta pelos impulsos sexuais (tanto os desinibidos quanto os reprimidos que são experienciados por meio da sublimação) e também composta pelos impulsos de autopreservação que são atribuídos à instância do ego. Já em relação a pulsão de morte, o autor afirma sobre a dificuldade em descrevê-la e então elege o sadismo como seu representante. Tal pulsão possui o objetivo de retorno ao estado inanimado da vida orgânica. A partir disso, Freud (1923/2006i) estabelece uma importante relação entre as duas classes de pulsões, na medida em que afirma que ambas são conservadoras, pois se esforçam para a manutenção de um estado que fora “. . . perturbado pelo surgimento da vida”. (p. 53). Desta forma, nas palavras do autor: “O surgimento da vida seria, então a causa da continuação da vida e também, ao mesmo tempo, do esforço no sentido da morte. E a própria vida seria um conflito e uma conciliação entre essas duas tendências.” (p. 53).

Ainda nesta obra, sobre o medo da morte, o autor relaciona ao medo da castração, bem como ao sentimento inconsciente de culpa. Diante disso, a afirmação de que “. . . todo medo é,

em última análise, o medo da morte. . .” (p. 70), não se sustenta, pois para Freud (1923/2006i), é possível realizar a distinção entre o medo da morte, e o medo de um objeto desencadeado pela ansiedade realística, bem como pela ansiedade libidinal neurótica. E a partir dessas reflexões conclui que o problema da morte é difícil para a Psicanálise, na medida em que se trata de uma abstração com conteúdo negativo que não encontra correlação alguma no inconsciente. Em relação a esses aspectos Schur (1973/1981a) discorre que Freud estava resgatando uma elaboração que realizou inicialmente em 1900, na qual apresentou a morte como algo desconhecido de nosso inconsciente.

Ao realizar uma análise metapsicológica, Freud (1923/2006i) coloca que o medo da morte pode ser desencadeado a partir do momento em que o ego abandona a sua catexia libidinal narcísica, o que significa um abandono de si próprio, equivalente ao abandono de um objeto externo responsável pelo desencadeamento da ansiedade, desta forma, pontua que o medo da morte provavelmente provém de um conflito entre o ego e o superego. Já na melancolia, o medo da morte pode ser observado ao passo que o próprio ego se abandona devido ao fato de não se sentir amado pelo superego, mas sim odiado e perseguido. Ou seja, quando o ego se percebe em perigo e incapaz de se proteger com suas próprias forças, se sente desertado e se permite morrer. Tal situação também é encontrada na ansiedade do nascimento, ou seja, uma ansiedade infantil decorrente da separação materna, do abandono da mãe que o protege. Para Schur (1973/1981a) fica claro que os aspectos metapsicológicos relacionados ao medo da morte estão relacionados com os conceitos psicanalíticos de narcisismo e com o conflito entre Tánatos e Eros, ou seja, a pulsão de morte e a libido.

Estas considerações tornam possível encarar o medo da morte, tal qual o medo da consciência, como um desenvolvimento do medo da castração. A grande significação que o sentimento de culpa tem nas neuroses torna concebível que a ansiedade neurótica comum seja reforçada nos casos graves pela formação de ansiedade entre o ego e o superego (medo da castração, da consciência, da morte). (Freud, 1923/2006i, p. 71).

Vale ressaltar que de acordo com Schur (1973/1981a), neste ano de 1923, Freud vivenciou duas difíceis situações: foi diagnosticado com câncer no palato, e alguns meses mais tarde, seu neto de 4 anos de idade, Heinele, filho de sua falecida filha Sophie, também veio a falecer após contrair meningite tuberculosa. Segundo o biógrafo, Freud declarou que pela primeira vez em sua vida estava sofrendo de depressão, e lamentou afirmando que esta perda seria difícil de suportar, uma vez que nunca havia experimentado tanto sofrimento. Além disso, correlacionou seu frágil estado emocional à sua doença. Mais tarde, em 1925, perdeu o seu amigo e também psicanalista Abraham, o que Freud encarou como uma crueldade do destino, pois ambos tinham câncer, mas somente ele, que era mais velho havia sobrevivido. No entanto,

apesar de tanto pesar, Freud continuou a trabalhar e a escrever sobre o medo da morte dentre tantos outros assuntos.

Em “Inibições, Sintomas e Ansiedade”, Freud (1926/2006j) explicita de forma mais clara acerca da problemática relacionada ao medo da morte. De acordo com o autor esse medo é comparável ao medo da castração, com a diferença de que no decorrer de nossas vidas experienciamos diversas formas de castração, o que proporciona a representação desta em nosso inconsciente, enquanto que em relação a morte, como já fora explicado em outros momentos, em nosso inconsciente não temos conteúdos relacionados ao aniquilamento de nossa própria vida, ao passo de que “. . . nada que se assemelhe à morte jamais pode ter disso experimentado; ou se tiver, como no desmaio, não deixou vestígios observáveis atrás de si.” (p. 129). Desta forma, o autor explica que o medo da morte se refere ao sentimento que o ego possui de ter sido abandonado pelo superego que sempre o protegeu, porém diante dessa situação de perigo nada pode fazer para salvá-lo, uma vez que está à mercê do destino. A partir dos apontamentos elaborados pelo psicanalista na obra em questão, Schur (1973/1981a) apresenta a suposição de que a morte pode ser vinculada a todas as situações traumáticas vivenciadas, e a negação que realizamos em relação a ela é o que comprova essa vinculação. Entretanto, conforme experimentamos a perda de entes queridos, assistimos a presença da morte ao ver alguém falecendo. Ou então quando participamos de cerimônias fúnebres de enterros, a morte se torna mais próxima e real, e a negação torna-se mais dificultosa. Então, compreende que na medida em que a morte se impõe como uma realidade, o sentimento de desamparo destacado por Freud como fundamental em situações de perigo, se torna supremo.

Freud (1927/2006k) em “O Futuro de uma Ilusão” também traz alguma referência ao problema da morte. Esse texto inaugura o retorno do autor às questões relacionadas à cultura e a civilização: “Meu interesse, após fazer um *détour* de uma vida inteira pelas ciências naturais, pela medicina e pela psicoterapia, voltou-se para os problemas culturais que há muito me haviam fascinado, quando eu era um jovem quase sem idade suficiente para pensar” (p. 76). Schur (1973/1981a) pontua que nessa obra o autor retoma o que ainda não havia finalizado nos textos sociológicos publicados anteriormente.

De acordo com Freud (1927/2006k) o principal objetivo da civilização é proteger o homem dos perigos da natureza. Apesar disso, a humanidade está ciente de que não há como dominar a natureza em todos os aspectos, uma vez que o homem ainda padece de seus fenômenos como os terremotos, as tempestades, as doenças e também ao “penoso enigma da morte, contra o qual remédio algum foi encontrado e provavelmente nunca será.” (pp. 24-25), e desta forma o homem experimenta o desamparo, sentimento que não foi extinto pelo trabalho

da civilização. Nesse sentido, Schur (1973/1981a) pontua que a compreensão de nos é impossível dominar o destino levou a humanidade a escolher a saída de “. . . outorgar às forças da natureza as características de um pai. . .” (p. 487), o qual tem a função de findar com as terríveis ações da natureza, reconciliar o homem com seu destino, principalmente no que se relaciona à morte e compensá-lo de todo o sofrimento causado pelas privações em prol da vida em sociedade. Em relação a essa atitude humana Freud (1927/2006k) esclarece que é um protótipo das necessidades infantis, as quais já foram vivenciadas por cada indivíduo de forma particular, bem como pela humanidade por meio dos aspectos filogenéticos. A partir dessa forma de encarar a vida, o homem passou a acreditar que a morte não o leva para um estado inanimado, mas sim para o início de uma nova experiência, na qual ele é mais evoluído.

Freud (1930/2006) a partir dos escritos de “O Mal-Estar na Civilização” segue o viés dos estudos sociológicos que trazem conteúdos acerca do desenvolvimento da sociedade. Segundo Schur (1973/1981b. p. 510) essa obra “. . . fornece sua mais sucinta apresentação da relação intrincada entre a pulsão destrutiva instintiva, o superego e a formação do caráter e do sintoma, assim como a aplicação potencial desse conhecimento à educação, aos problemas sociais e à história.” Ainda de acordo com o biógrafo a obra em questão foi elaborada após o psicanalista ter experienciado, por meio da escuta de seus pacientes em sua clínica, questões relacionadas à pulsão de morte. Outro aspecto pontuado por Schur (1973/1981b) é o fato de que, esses escritos apresenta o pessimismo de Freud, o que provavelmente se explica pelo contexto em que ele estava vivenciando, pois o ocidente apresentava uma precária situação após a Primeira Guerra Mundial e o nazismo ganhava cada vez mais espaço na Alemanha.

No texto em questão, Freud (1930/2006) aborda com maior ênfase o sentimento de culpa, bem como o instinto de destruição, o qual entendemos ser proveniente da pulsão de morte. O autor questiona como a civilização realiza um trabalho de inibição da agressividade humana em prol da continuidade da vida em sociedade, também se pergunta como faz com que o desejo agressivo se torne inofensivo e, em resposta a esses questionamentos, explica que a agressividade é introjetada e internalizada, e retorna para onde se originou, ou seja, se volta contra o próprio ego, porém como superego, o qual é responsável por manter essa inibição. Essa tensão que ocorre entre o ego e o superego é compreendida como o sentimento de culpa que cria a necessidade de punição. Nas palavras do autor, a agressividade:

Aí, é assumida por uma parte do ego, que se coloca contra o resto do ego, como superego, e que então sob a forma de ‘consciência’, está pronta para pôr em ação contra o ego a mesma agressividade rude que o ego teria gostado de satisfazer sobre outros indivíduos, a ele estranhos . . . A civilização, portanto, consegue dominar o perigoso desejo de agressão do indivíduo, enfraquecendo-o, desarmando-o e estabelecendo no seu interior um agente para cuidar dele. . . (Freud, 1930/2006, p. 127).

Freud (1930/2006) retoma o conflito estabelecido no mito da horda primitiva ao afirmar que o sentimento de culpa se origina no conflito edipiano, uma vez que foi constituído a partir da morte do pai ocasionada pelo grupo de irmãos. Tal cenário também traz a explicação para o sentimento de remorso que é proveniente da ambivalência primordial de amor e ódio em relação ao pai, chefe da horda, pois após a satisfação do ódio por meio do assassinato, o amor se sobressai, se apresenta em forma de remorso, e por meio da identificação com o pai morto, o superego se origina e criam-se as restrições para o impedimento que esse mesmo ato aconteça novamente. No entanto, devido ao fato do desejo de matar o pai se repetir nas próximas gerações o sentimento de culpa se manteve e seu fortalecimento se deu proporcionalmente à quantidade de agressividade que foi reprimida e direcionada ao superego. Desta forma, Freud (1930/2006) esclarece que o sentimento de culpa possui duas fontes: é proveniente desta ambivalência primordial, bem como se dá no eterno conflito entre Eros e a pulsão de morte, uma vez que tal conflito se fará sempre presente quando há a necessidade dos homens se juntarem para viver em grupo. O autor ainda pontua que enquanto a civilização tiver a família como base de sua vivência social, esse conflito entre Eros e o instinto de morte irá se expressar por meio do Complexo de Édipo, tendo como consequência o estabelecimento da consciência e também o sentimento de culpa.

Ainda em “O Mal-Estar na Civilização”, Freud (1930/2006) afirma que o sentimento de culpa é o aspecto mais importante para o desenvolvimento da civilização, e o preço que pagamos para a evolução de nossa sociedade é a perda de nossa felicidade por meio da intensificação dessa culpa. Aqui podemos identificar a importância desse sentimento para a presente pesquisa, uma vez que este se estrutura a partir da ocorrência da morte do pai, ou então do desejo dela, além da luta constante entre a pulsão de vida (Eros) e a pulsão de morte. Outro ponto importante de ser esclarecido sobre essa obra, refere-se ao questionamento levantado por Freud em seu último parágrafo, no qual o autor reflete sobre até que ponto o desenvolvimento civilizatório será capaz de reprimir os impulsos agressivos e autodestrutivos da humanidade, e como solução relata que a sociedade deve torcer para que Eros desdobre suas forças para que se mantenha na luta contra o seu adversário, a pulsão de morte. De acordo com Strachey (1969/2006b) e Schur (1973/1981b), após as notícias do avanço no nazismo com suas ameaças, Freud (1930/2006) acrescentou um último questionamento para finalizar a obra: “Mas quem pode prever com que sucesso e com que resultado?” (p. 148).

Durante o contexto que antecedeu a Segunda Guerra Mundial, em 1932, o físico Albert Einstein (1879-1955) enviou uma carta para Freud convidando-o para uma reflexão sobre a

guerra, e realizou alguns questionamentos sobre a agressividade humana, a partir do ponto de vista psicológico. Em resposta a essa carta, Freud (1932/2006l) retomou a proposição das pulsões de vida e de morte, deixando claro que o instinto destrutivo corresponde à pulsão de morte, e os instintos de autopreservação, bem como os impulsos sexuais, são correspondentes a Eros, ou pulsão de vida. Além disso, o psicanalista abordou sobre a importância de ambos os instintos, e sobre o quanto eles estão unidos no psiquismo, ao passo que a ação de um ocorre simultaneamente a ação do outro. Nas palavras do autor:

nenhum desses dois instintos é menos essencial que o outro; os fenômenos da vida surgem da ação confluyente ou mutuamente contrária de ambos. Ora, é como se um instinto de um tipo dificilmente pudesse operar isolado; está sempre acompanhado - ou, como dizemos, amalgamado - por determinada quantidade do outro lado, que modifica o seu objetivo, ou, em determinados casos, possibilita a consecução desse objetivo. (p. 203).

Freud (1932/2006l) complementa afirmando que a pulsão de morte se torna destrutiva na medida em que é externalizada e então se dirige a outros objetos. Desta forma, há a preservação da vida do organismo, uma vez que a destruição se direcionou a uma vida alheia. Entretanto, como já fora abordado em outros textos, o autor afirma que uma parte desses instintos se voltam para o próprio ego. A partir de tais explicações, pode confirmar para o seu destinatário que não há nada que possa ser feito para a tentativa de eliminação da agressividade humana. Diante disso o psicanalista questiona o motivo pelo qual, tanto ele próprio, quanto Einstein e demais pacifistas se rebelam contra a guerra. Em resposta ao seu questionamento, Freud (1932/2006l) coloca que há o entendimento de que cada pessoa tem o direito à vida enquanto a guerra traz o seu fim. Além disso, destrói os patrimônios importantes construídos pela humanidade e proporciona situações humilhantes. Sobre tal questionamento, o autor também faz menção ao fato de que a evolução da civilização está relacionada ao fortalecimento do intelecto e, por isso, a guerra se apresenta como a mais oposta ação em relação aos processos psíquicos desencadeados pelo desenvolvimento civilizatório, o qual foi capaz de internalizar e inibir os instintos agressivos do homem. Essa é a justificativa que Freud (1932/2006l) apresenta para a dificuldade de aceitação da guerra.

Na obra “Moisés e o Monoteísmo”, Freud (1939/2006m) apresenta uma trajetória histórica e psíquica sobre a humanidade a fim de explicar a gênese da religião monoteísta. Além disso, também aborda sobre a supremacia do intelecto ao passo que a civilização evolui e ocorre a renúncia aos instintos. Ao que se refere à morte, comenta que, de acordo com a religião, ela surgiu no mundo através do pecado original que, por sua vez, se fez presente por meio do sentimento de culpa. De acordo com o autor, o pecado original “. . . fora um crime contra Deus,

e só podia ser expiado pela morte” (p. 100). No entanto, esse crime merecedor de morte está relacionado ao assassinato do pai primeiro; porém, fora reprimido e não pode ser recordado.

Desta forma, podemos identificar que a problemática da morte é bastante presente na obra de Freud e, além disso, é fator essencial no desenvolvimento do psiquismo humano. A dificuldade em lidar com a morte remonta os tempos primitivos e se faz presente até a atualidade, uma vez que o inconsciente é atemporal e sua influência é inerente em nossas vidas. Levando em consideração que a finitude desencadeia o processo de luto, no próximo tópico abordaremos sobre esse assunto ainda fundamentado na obra de Freud.

3.3 Considerações Psicanalíticas Freudianas Sobre a Perda e o Luto

Antes da publicação de “Luto e Melancolia”, principal obra de Freud (1917/2006g) acerca do assunto do luto, o psicanalista foi convidado pela Sociedade Goethe, de Berlim, a escrever um ensaio para um volume comemorativo que foi lançado no ano seguinte. Nesse ensaio intitulado “Sobre a Transitoriedade” Freud (1916/2006f) contempla sobre o luto e já apresenta conteúdos que estão presentes também em seu principal texto sobre esse tema.

No ensaio “Sobre a Transitoriedade”, Freud (1916/2006f) discorre a problemática sobre a vida e a morte. Essa obra trata-se de um relato de um passeio que o autor fizera com dois amigos, em um dia de verão em que eles apreciavam a beleza natural do lugar em que estavam. Freud (1916/2006f) relata que um de seus amigos, um poeta, ao analisar a paisagem lamentava-se de sua transitoriedade, já que em algum momento o inverno chegaria e traria fim a toda aquela beleza, da mesma forma que acontece com a beleza humana, ou qualquer outra bela obra que os homens podem construir. Ou seja, tudo o que é belo e perfeito está fadado à extinção, portanto, é transitório. De acordo com o autor, a reflexão acerca da transitoriedade provoca dois impulsos na mente: tristeza ao aceitar a finitude, mas também revolta e negação proveniente de uma exigência de imortalidade imposta pelos nossos desejos.

Diante desta situação, Freud (1916/2006f) relata sobre sua necessidade em pontuar o pessimismo de seu amigo poeta, e frisa que é a própria condição de ser transitório que agrega maior valor ao que está sendo observado. Porém, ao perceber que seus apontamentos não causaram nenhum tipo de impacto no pessimismo do poeta, Freud supôs que havia algum fator de cunho emocional que prejudicava a compreensão de seus amigos, e descobriu que se tratava de uma antecipação do processo de luto. Nesse ponto, podemos identificar que em sua obra

encontramos a referência ao luto antecipatório, que já foi pontuado no primeiro capítulo desta pesquisa. Nas palavras do autor:

O que lhes estragou a fruição da beleza deve ter sido uma revolta em suas mentes contra o luto. A idéia de que toda essa beleza era transitória comunicou a esses dois espíritos sensíveis uma antecipação de luto pela morte dessa mesma beleza; e, como a mente instintivamente recua de algo que é penoso, sentiram que em sua fruição de beleza interferiam pensamentos sobre sua transitoriedade. (Freud, 1916/2006f, p. 318).

A partir desta reflexão, Freud (1916/2006f) mais uma vez realiza uma comparação com a guerra, ao explanar que, por causa dela, a beleza da natureza, as obras de arte, os feitos da civilização, a admiração pelos artistas e filósofos se acabaram, juntamente com a esperança de um acordo entre as nações divergentes. Assim, o autor demonstra que a guerra provocou a transitoriedade do que era belo e denunciou a fragilidade das coisas que o homem considerava imutável, além de que também trouxe à tona os instintos humanos que há tempos acreditava-se que haviam sido domados.

O texto “Luto e Melancolia”, de 1917, é o último dos ensaios que compõem uma coletânea de cinco artigos sobre a metapsicologia, que possuíam a intenção de “. . . proporcionar um fundamento teórico estável à psicanálise” (Strachey, 1969/2006b, p. 111). De acordo com Schur (1973/1981), na obra em questão, Freud apresenta o funcionamento do processo normal de luto e o compara com a melancolia, pontuando suas semelhanças e suas diferenças. Segundo (Strachey, 1969/2006b), tal comparação já havia sido realizada pelo autor em 1910, quando participou de um debate sobre o suicídio na Sociedade Psicanalítica de Viena.

De acordo com Freud (1917/2006g, p. 249):

O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante.

No entanto, para algumas pessoas, as mesmas condições não produzem luto, mas sim melancolia. Nesses casos, o autor suspeita que já exista uma disposição para o desenvolvimento de uma patologia. Diante disso, esclarece que o processo de luto não se trata de um processo patológico, apesar de apresentar importantes diferenças em relação ao que é considerado como normalidade. “Também vale a pena notar que, embora o luto envolva grandes afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considera-lo como sendo uma condição patológica . . .” (Freud, 1917/2006g, p. 249).

Entre o luto e a melancolia há apenas um traço que não se faz presente nos dois contextos. Trata-se da perturbação da autoestima que leva à autorrecriminação, ao autoenvilecimento e expectativa delirante de punição, presentes somente na melancolia. Os demais traços e sentimentos estão presentes em ambos os casos. São eles: “. . . desânimo

profundamente penoso, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade” (Freud, 1917/2006g, p. 250). De acordo com o autor, nesse momento não é difícil reconhecer que a inibição e circunscrição do ego acontece por conta de uma exclusiva devoção ao luto, e tal fato não é encarado como patológico porque há um importante conhecimento acerca desse processo.

O trabalho que o luto realiza no aparelho psíquico acontece a partir do momento em que a realidade deixa claro que o objeto amado já não existe mais. Então, é exigido que toda a libido que estava sendo investida nesse objeto, seja retirada. Como é bastante difícil abandonar uma posição libidinal, acontece por isso uma oposição compreensível em relação a retirada da libido do objeto. Por conta dessa intensa oposição, pode acontecer um desvio da realidade e um apego ao objeto, por meio de uma psicose alucinatória carregada de desejo. No entanto, geralmente o que prevalece é o respeito pela realidade; compreende-se que a retirada da libido deve acontecer, mesmo que para isso leve algum tempo. Ou seja, suas ordens não são obedecidas imediatamente. Desta forma, a retirada da libido do objeto amado acontece gradualmente “. . . com grande dispêndido de tempo e de energia catexial, prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido” (Freud, 1917/2006g, p. 250). Assim sendo, durante a execução gradual da retirada da libido, o objeto ainda existe no aspecto psíquico e tal processo é bastante penoso e repleto de desprazer. Porém, é considerado natural, uma vez que ao final de todo o trabalho o ego volta a ficar livre e desinibido.

Enquanto que no contexto do luto a perda do objeto se deu devido a uma morte, Freud (1917/2006g) explicita que na melancolia a perda possui uma natureza mais ideal. “O objeto talvez não tenha realmente morrido, mas tenha sido perdido enquanto objeto de amor . . .” (p. 251). Neste caso, o que se perdeu está inconsciente. Desse modo, apesar da pessoa identificar qual perda desencadeou sua melancolia, ela não identifica o que perdeu com essa perda. “Isso sugeriria que a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetual retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda.” (p. 251). Durante o processo de luto, a perda de interesse, a inibição, é facilmente explicada pelo tempo de devoção, no qual o ego é absorvido. Já na melancolia a perda desconhecida resulta em um trabalho semelhante, na qual a inibição é melancólica.

Outra diferença que o melancólico exhibe em relação ao enlutamento é o empobrecimento do ego em grande escala, que reflete em uma importante diminuição da autoestima. Enquanto que durante o processo de luto o mundo é percebido como pobre e vazio, na melancolia é o próprio ego que está empobrecido. A partir disso, ele reage com um discurso de autorrecriminação. Freud (1917/2006g) pontua que, durante o trabalho terapêutico, não cabe

ao analista contradizer o que o paciente diz a respeito dele mesmo, pois ele pode estar falando a verdade. Complementa ainda que provavelmente esse indivíduo está bem perto de se conhecer, e questiona: “. . . ficamos imaginando, tão-somente, por que um homem precisa adoecer para ter acesso a uma verdade dessa espécie” (p. 252).

Freud (1917/2006g) também se volta para o fato de que, no caso da melancolia, o sentimento de vergonha está ausente, uma vez que a pessoa não se sente envergonhada em falar coisas horríveis sobre si mesma, diferente de um indivíduo que está acometido pelo remorso e autorrecriminação. Desta forma, cabe ao analista buscar entender se o melancólico está apresentando uma descrição correta de sua situação psíquica, pois “Ele perdeu seu amor-próprio e deve ter tido boas razões para tanto” (p. 253). Nesse sentido, quando em analogia com o luto, encontra-se uma contradição: o indivíduo sofreu a perda de um objeto; mas de acordo com o que ele diz, demonstra uma perda de seu próprio ego. “Vemos como nele uma parte do ego se coloca contra a outra, julga-a criticamente, e, por assim dizer, toma-a como seu objeto” (p. 253). Freud (1917/2006g) denomina de consciência a parte que realiza o trabalho de incriminar o próprio ego.

Essa contradição apresentada pelo autor, é facilmente esclarecida quando ele explica que, ao ouvir as autorrecriminações de um melancólico, fica evidente que as piores e mais violentas delas dificilmente se aplicam a ele próprio, mas sim, com algumas modificações, percebe-se que se direcionam a outra pessoa, alguém que o paciente ama, amou ou deveria amar. Ou seja, as recriminações do melancólico não são em relação a ele mesmo, porém ele não tem consciência disso, não tem consciência de que as recriminações são direcionadas a um objeto de amor. A partir disso, Freud (1917/2006g) explicita que “É assim que encontramos a chave do quadro clínico: percebemos que as autorrecriminações são recriminações feitas a um objeto amado que foram deslocadas desse objeto para o ego do próprio paciente” (p. 254). No entanto, em meio às recriminações, aparecem algumas que são autênticas difundidas entre as outras, e que ajudam a mascarar as direcionadas ao objeto amado. Tal fato explica o motivo da ausência da vergonha, pois na realidade tais recriminações estão relacionadas a outra pessoa, ao objeto amado e perdido.

Eles não se envergonham nem se ocultam, já que tudo de desairoso que dizem sobre eles próprios refere-se, no fundo, à outra pessoa. Além disso, estão longe de demonstrar perante aqueles que o cercam uma atitude de humildade e submissão, única que caberia a pessoas tão desprezíveis (p. 254).

Após compreender e identificar tais peculiaridades da melancolia quando em comparação com o luto, Freud (1917/2006h) reconstrói o processo da melancolia, explicando que, em certo momento, houve uma escolha objetal e a ligação da libido com essa pessoa. No

entanto, após um desapontamento, uma desilusão, esta relação objetal foi abalada e o que resultou disso não foi o esperado – retirada da libido deste objeto e ligação da libido com outro objeto – mas sim, algo diferente que, para ter acontecido, foram necessárias algumas ocorrências:

A catexia objetal provou ter pouco poder de resistência e foi liquidada. Mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto; foi retirada para o ego. Ali contudo, não foi empregada de maneira não especificada, mas serviu para estabelecer uma *identificação* do ego com o objeto abandonado. Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado. Dessa forma, uma perda objetal se transformou numa perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada, numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego enquanto alterado pela identificação (Freud, 1917/2006h, pp. 254-255; itálicos do autor).

Segundo Freud (1917/2006h), duas possibilidades explicam que esse trabalho melancólico pode ser proveniente de uma forte fixação no objeto de amor, ou então da catexia objetal que apresentou pouco poder de resistência. Esclarece que, na melancolia, a questão do sadismo se dá através da catexia erótica, em que uma parte dela retrocede à identificação, e a outra parte, por conta do conflito da ambivalência, é levada de volta à etapa do sadismo, que se encontra mais próxima do conflito. Segundo o autor, é o sadismo que explica a tendência de levar o ego ao suicídio, o que torna a melancolia tão perigosa. Nesse contexto, o ego só poderá se matar se tomar a si mesmo como objeto, a partir do retorno da catexia objetal. No entanto, assim como no trabalho do luto, em que é necessário algum tempo para que o ego consiga libertar sua libido do objeto perdido, a melancolia também desaparece após certo tempo e não deixa vestígios.

Outro momento em que Freud (1926/2006j) aborda sobre o luto é no texto já mencionado, “Inibições Sintomas e Ansiedade”. Nesse ensaio o autor busca compreender sobre a ansiedade e a dor relacionadas à perda de um objeto; portanto, ao processo de luto. Freud (1926/2006j) pontua que a ansiedade é proveniente do perigo dessa perda e retoma a dor como um enigma em relação a esse processo. Entretanto, é evidente que a separação de um objeto amado se trata de uma ocorrência bastante dolorosa. A partir disso, levanta o seguinte questionamento: “. . . quando a separação de um objeto produz ansiedade, quando produz luto e quando produz, pode ser, somente dor?” (p. 164). Para sanar a dúvida elencada, o autor retoma às questões da primeira infância.

Segundo Freud (1926/2006j), o momento em que a criança tem que lidar com uma pessoa estranha, ao invés de sua mãe, gera um sentimento de ansiedade, o qual está relacionado ao perigo da perda do objeto. No entanto, além da ansiedade, é possível identificar na expressão e no choro da criança a presença do sentimento de dor. Nesse sentido, o autor afirma que, devido

à pouca idade, ainda não existe a percepção da criança em relação a uma ausência temporária e a perda definitiva do objeto. Assim, “Logo que perde a mãe de vista comporta-se como se nunca mais fosse vê-la novamente; e repetidas experiências consoladoras, ao contrário, são necessárias antes que ela aprenda que o desaparecimento da mãe, é, em geral, seguido pelo seu reaparecimento” (p. 164). Portanto, neste período inicial da vida a ansiedade é gerada através da percepção de perda do objeto. Contudo, porém ainda não se trata da perda do amor, a qual é experienciada somente mais tarde, especialmente quando a criança se dá conta de que é possível ter a presença de um objeto que está chateado com ela e, por isso, passa a identificar o perigo da perda do amor desse objeto. De acordo com o autor, é esse perigo que determina o sentimento de ansiedade e faz com que ele seja duradouro. A partir dessas considerações, Freud (1926/2006j) esclarece que: “A dor é assim a reação real à perda de objeto, enquanto a ansiedade é a reação ao perigo que essa perda acarreta e, por um deslocamento ulterior, uma reação ao perigo da perda do próprio objeto” (p. 165).

Em relação à dor, Freud discorre que o sentimento relacionado à perda de um objeto é análogo à dor física. Tal fato se dá porque quando sentimos dor fisicamente, acumulamos um alto grau de catexia narcísica e, com o aumento desta catexia, o ego vai sendo esvaziado. O mesmo mecanismo acontece quando ocorre intensa catexia de anseio que está concentrada no objeto e é proveniente da falta ou perda deste. Desta forma, Freud (1926/2006j) afirma que a mudança da dor física para a dor mental se dá na medida em que há alteração da catexia narcísica para a catexia de objeto. A partir dessas considerações é possível compreender os aspectos dolorosos do trabalho desempenhado pelo luto, pois “Ao luto é confiada a tarefa de efetuar essa retirada do objeto em todas aquelas situações nas quais ele foi o recipiente de elevado grau de catexia” (p. 167).

Segundo Schur (1973/1981c), em 1929, Freud recebeu a notícia de que seu amigo Binswagner havia perdido o filho mais velho de forma trágica. Então enviou uma carta para ele com algumas considerações sobre o processo de luto. Nela afirmou que a dor aguda proveniente de uma perda chega ao seu fim, porém, não ocorre a sensação de consolo. Além disso, não se faz possível encontrar um substituto para essa perda, e tudo o que vier para ocupar o lugar da perda será percebido como algo diferente. No entanto, afirma que é assim que as coisas devem acontecer, pois esta é a única forma que encontramos para perpetuar o amor que não desejamos renunciar. A partir desses apontamentos, foi possível identificar que Freud concluiu o seu estudo referente a esse assunto, compreendendo seu mecanismo, bem como a forma de experencia-lo.

4. AMOSTRA E MÉTODO DE PESQUISA

Para o cumprimento do objetivo desta investigação, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, a qual, de acordo com Silveira e Córdova (2009), preocupa-se em estudar a realidade a partir dos aspectos que não são quantificados. Busca compreender aspectos subjetivos na dinâmica das relações humanas, como crenças, valores, atitudes, motivos e aspirações. A abordagem qualitativa “. . . contribui para a validação daquelas formas de ciência que extrapolam a produção do conhecimento dentro de moldes puramente objetivos” (Mattje & Benites, 2009, p. 165). Além disso, possibilita uma relação interpessoal entre o pesquisador e o sujeito entrevistado, o que se trata de uma característica importante para o processo de coleta de dados desse tipo de pesquisa, uma vez que proporciona a percepção dos aspectos emocionais manifestados da pessoa entrevistada.

Para a coleta dos dados utilizamos a técnica de entrevista semiestruturada. Gil (1987) define a técnica de entrevista como uma forma de interação social e diálogo assimétrico, no qual uma das partes objetiva a coleta de dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizada no âmbito das ciências sociais. Psicólogos, sociólogos, pedagogos, assistentes sociais e praticamente todos os outros profissionais que tratam de problemas humanos valem-se dessa técnica, não apenas para coleta de dados, mas também com objetivos voltados para diagnóstico e orientação (Gil, 1987, p. 109).

Boni e Quaresma (2005) pontuam que as entrevistas semiestruturadas são compostas por perguntas pré-definidas e acontecem em um contexto semelhante a uma conversa informal. O entrevistador deve dirigir a entrevista e, no momento em que julgar oportuno, poderá adicionar novas perguntas com o intuito de esclarecer algumas questões, caso o entrevistado fuja do tema ou demonstre dificuldades em responder sobre o assunto.

As principais vantagens da técnica de entrevista semiestruturada referem-se à flexibilidade quanto à duração da entrevista, o que permite maior aprofundamento do assunto abordado, bem como possibilita uma proximidade entre entrevistador e entrevistado contribuindo para maior abertura em relação aos assuntos mais complexos e delicados. Além disso, as respostas espontâneas dos entrevistados podem dar espaço para novas perguntas que poderão ser de grande utilidade para a pesquisa. (Boni & Quaresma, 2005)

Após a coleta dos dados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizamos o método de análise de conteúdo para analisar e interpretar os dados, tendo como suporte a teoria psicanalítica. Desta forma, apresentaremos a seguir a amostra de sujeitos entrevistados, bem como o passo a passo do método.

4.1 Caracterização da Amostra

A amostra desta pesquisa foi composta por um conjunto de profissionais da área da saúde, que atuam em um hospital privado na cidade de Maringá. Optamos por realizar uma pesquisa com amostra por conveniência, bem como não determinamos previamente o número de profissionais a serem entrevistados. De acordo com Gil (1987), a amostragem por conveniência ou acessibilidade:

Constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso mesmo é destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios ou qualitativos, onde não é requerido elevado nível de precisão (Gil, 1987, p. 94).

Deste modo, durante o decorrer da pesquisa realizamos as entrevistas semiestruturadas com oito profissionais da equipe interdisciplinar do hospital que aceitou a realização da pesquisa. A instituição escolhida foi o hospital em que a pesquisadora atua como psicóloga hospitalar há seis anos, o que facilitou o processo de aculturação que vai ao encontro dos pressupostos da pesquisa qualitativa. Os participantes foram sete profissionais do sexo feminino e um profissional do sexo masculino, compreendendo as profissões das seguintes áreas: psicologia, enfermagem, medicina paliativa, medicina intensiva, fisioterapia, serviço social, serviço de capelania hospitalar e nutrição. A fim de preservar a identidade dos entrevistados adotamos nomes fictícios e não os identificamos de acordo com sua profissão. Com o objetivo de caracterizar a amostra, o quadro abaixo traz algumas informações a respeito dos participantes:

Nome fictício:	Idade:	Sexo:	Tempo de formação:	Tempo de atuação no hospital:
Carla	31 anos	Feminino	9 anos	9 anos
Carmen	39 anos	Feminino	9 anos	8 anos
Edeuza	27 anos	Feminino	5 anos	4 anos
Eunice	33 anos	Feminino	11 anos	11 anos
João	40 anos	Masculino	15 anos	11 anos
Leonor	31 anos	Feminino	8 anos	3 anos
Luzia	42 anos	Feminino	5 anos	5 anos
Maria	29 anos	Feminino	6 anos	5 anos

A escolha por realizar as entrevistas com os membros da equipe interdisciplinar se deu porque na prática dos Cuidados Paliativos o trabalho em equipe é uma obrigatoriedade. Também elencamos as profissões descritas acima de acordo com a disponibilidade dos

profissionais e também pelo critério de que é essa equipe que faz o contato com o paciente em Cuidados Paliativos neste hospital, quando é necessário. É importante esclarecer que esses profissionais não compõem uma equipe específica de Cuidados Paliativos. No entanto, os Cuidados Paliativos são realizados por meio do trabalho dos profissionais dessa equipe interdisciplinar e, dentre eles, somente um possui curso de pós-graduação em Cuidados Paliativos. As entrevistas não aconteceram com uma equipe completa, conforme sugere a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, pois o hospital não possui serviços prestados por dentistas e terapeutas ocupacionais. Além disso, o profissional da fonoaudiologia não teve disponibilidade para conceder a entrevista.

Após o projeto de pesquisa ser aprovado nos comitês de ética do hospital e também da Universidade Estadual de Maringá, demos início ao primeiro contato com os profissionais, que aconteceu de modo pessoal e verbalmente, momento em que foram convidados a conceder a entrevista. Não nos deparamos com receios e resistências dos participantes que compuseram a amostra, uma vez que todos prontamente aceitaram o convite. Então, e partir disso, combinamos a data e o horário que não prejudicasse o momento de trabalho do profissional. A maioria das entrevistas aconteceram dentro do ambiente hospitalar, com exceção de duas delas, pois os próprios participantes propuseram outro local, por se sentirem mais à vontade.

Nos dias e horários marcados, antes de iniciarmos as entrevistas propriamente, apresentamos o objetivo da pesquisa, bem como garantimos o sigilo e confidencialidade dos dados. Os participantes realizaram a leitura e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, conforme o acordado, gravamos as entrevistas em um aparelho gravador, que posteriormente foram transcritas na íntegra. Os dados coletados foram utilizados somente para a realização desta pesquisa, respeitando o sigilo e preservando a identidade dos profissionais entrevistados. As gravações em áudio e as transcrições das entrevistas serão guardadas por cinco anos e, após este período, serão descartadas.

Realizamos quatro perguntas disparadoras:

- 1- Nesse momento da nossa conversa, pensando sobre a morte, o que lhe vem à mente?
- 2- Em seu ambiente de trabalho, como é para você lidar com questões relacionadas ao risco de morte e à morte propriamente?
- 3- Como é trabalhar com pacientes que vivenciam a condição de fim de vida?
- 4- Como é enfrentar essas vivências, relacionadas ao fim de vida, no contexto dos cuidados paliativos?

As perguntas disparadoras foram gatilhos para a fala dos entrevistados. Durante a conversa, outras perguntas foram levantadas, de acordo com a necessidade em cada entrevista.

4.2 O Método de Análise de Conteúdo

Após a realização das entrevistas semiestruturadas com os profissionais que atuam no ambiente hospitalar, realizamos a análise dos dados coletados por meio do método de Análise de Conteúdo, conforme propõe Moraes (1999). Segundo este autor, o referido método pode ser empregado em pesquisas que busquem a análise e interpretação de toda a classe de documentos e textos, nos quais estão inclusos quaisquer materiais provenientes da comunicação verbal e/ou não verbal, como filmes, fotografias, jornais, cartazes, cartas, gravações, entrevistas, entre outros. Os dados coletados chegam ao pesquisador em estado bruto e precisam ser processados para que facilite o trabalho de compreensão, inferência e interpretação; o que caracteriza o método. “. . . é uma interpretação pessoal por parte do pesquisador com relação à percepção que tem dos dados” (p.11)

Ainda de acordo com Moraes (1999), se trata de um método de investigação que proporciona o conhecimento de aspectos e/ou fenômenos do âmbito social, cujo acesso não seria possível por outros meios. Além disso, o método oferece um suporte para a captação dos aspectos simbólicos, uma vez que nem sempre são manifestos. Portanto, consideramos que a leitura e interpretação dos dados a partir do olhar psicanalítico se faz possível nesse método, uma vez que trabalhamos com os aspectos simbólicos que podem emergir do material das entrevistas.

A proposta de Moraes (1999) para a análise dos dados se dá por meio de cinco etapas, as quais serão apresentadas a seguir. A primeira etapa é denominada **preparação**, e consiste em realizar a identificação das informações coletadas, após uma leitura para verificar se todas as amostras estão de acordo com os objetivos da pesquisa. Em seguida, ainda nessa mesma etapa. O autor propõe a realização do processo de codificação dos materiais, e para tal é necessário estabelecer um código que proporcione uma rápida identificação dos elementos dos dados coletados.

Ainda que os documentos a serem examinados através da análise de conteúdo seguidamente já existam, eles necessitam ser preparados e transformados para constituírem as informações a serem submetidas à análise de conteúdo. Os dados não são inteiramente dados, mas necessitam ser preparados adequadamente para tal. (Moraes, 1999, p. 16).

A segunda etapa refere-se ao processo de **unitarização**, a qual possui o objetivo de definir a unidade de análise para que em um próximo momento seja submetida à classificação, uma vez que “Toda categorização ou classificação, necessita definir o elemento ou o indivíduo unitário a ser classificado. Na análise de conteúdo denominamos este elemento de unidade de análise” (Moraes, 1999, p. 16). De acordo com o autor, a natureza das unidades deve ser definida pelo pesquisador, podendo consistir em palavras, frases, temas ou inclusive os documentos com todas as informações existentes. Para dar continuidade a essa etapa é preciso realizar diversas leituras do material coletado para, em seguida, elencar as unidades de análise e então codificá-las com novos códigos que se associem ao sistema de codificação realizado na primeira etapa. Após esse procedimento, o pesquisador deve isolar cada uma das unidades de análise e, para tanto, precisa estar ciente de que “No processo de transformação de dados brutos em unidades de análise é importante ter em conta que estas devem representar conjuntos de informações que tenham um significado completo em si mesmas” (Moraes, 1999, p. 16), uma vez que nas próximas etapas as unidades serão trabalhadas fora de seu contexto original, pertencendo então a novos conjuntos de informações, mas sem perder seu significado. Apesar disso, também é importante ressaltar que quando o material é exposto a um processo de fragmentação fica sujeito a perder parte de suas informações. Por isso, a leitura sempre levará em consideração a percepção do pesquisador. “Entretanto, na medida em que se tem consciência de que não existe uma leitura objetiva e completa de um texto, esta perda de informação pode ser justificada pelo aprofundamento em compreensão que a análise possibilita” (Moraes, 1999, p. 17).

Ainda pertencente a etapa de unitarização, o pesquisador deve também definir as unidades de contexto que, segundo o autor, são caracterizadas por unidades mais gerais que servem de referência para as unidades de análise, demarcando limites contextuais para que essas sejam interpretadas. Nas palavras do autor:

A justificativa para a proposição das unidades de contexto se fundamenta na convicção já manifesta de que, ainda que se possa dividir uma mensagem em unidades de significado independentes, as unidades de análise, sempre se perderá significados neste processo. Por isto é importante poder periodicamente retornar ao contexto donde cada unidade de análise provém, para assim poder explorar de forma mais completa todo seu significado. (Moraes, 1999, p. 18).

A próxima etapa proposta por Moraes (1999) é a **categorização**. Neste momento, o pesquisador deve construir conjuntos com dados que possuem elementos semelhantes entre si. Ou seja é “. . . uma operação de classificação dos elementos de uma mensagem seguindo determinados critérios. Ela facilita a análise da informação, mas deve fundamentar-se numa definição precisa do problema, dos objetivos e dos elementos utilizados na análise de conteúdo”

(Moraes, 1999, p. 19). Os principais critérios para a elaboração das categorias são que essas sejam válidas, exaustivas e homogêneas. De acordo com o autor, ser válida consiste em ser pertinente ou adequada, uma vez que as categorias devem estar de acordo com os objetivos da análise, bem como devem auxiliar na resposta aos questionamentos da pesquisa. O critério da exaustividade refere-se ao fato de que todas as categorias possibilitem a inclusão de todas as unidades de análise. Portanto, “Não deve ficar nenhum dado significativo que não possa ser classificado” (Moraes, 1999, p. 21). Já o critério da homogeneidade, como o próprio nome diz, implica que as categorias sejam homogêneas; ou seja, todo o conjunto deve ser estruturado em uma dimensão de análise.

A **descrição** é a quarta etapa da proposta de Moraes (1999). Refere-se ao momento em que o pesquisador irá discorrer sobre o caminho traçado até agora; ou seja, irá comunicar os resultados obtidos após a conclusão das três etapas anteriores. Essa fase é importante porque, ao expressar os significados encontrados nas mensagens analisadas, o pesquisador poderá confirmar a validade dos resultados de sua pesquisa. No entanto, o autor pontua que uma boa análise de conteúdo não se limita à descrição de seus resultados e, por isso, propõe uma última etapa: a **interpretação**. Em suas palavras, “É importante que procure ir além, atingir uma compreensão mais aprofundada do conteúdo das mensagens através da inferência e interpretação” (p. 24).

É importante esclarecermos que não realizamos o processo de codificação, tal como propõe Moraes (1999), nas primeiras etapas de preparação e análise dos materiais, pois não o utilizamos objetivamente. Contudo, o equivalente à codificação ocorreu quase que automaticamente em função das sucessivas leituras dos materiais, nas quais procuramos manter uma postura de não nos prendermos em algum ponto específico, mas de deixar que nossa atenção fluísse, sem priorizar inicialmente qualquer conteúdo. Progressivamente, os elementos que até então estavam soltos, adquirem em nossa percepção uma certa ligação entre si, tornando possível detectar aqueles elementos comuns entre si, facilitando a construção das categorias. Dizendo de outro modo, a postura que adotamos nas leituras dos materiais, produziu, no nosso modo de entender, um resultado semelhante ao que ocorreria se procedêssemos objetivamente com a codificação.

Tendo em vista a proposta metodológica, em um primeiro momento submetemos as informações coletadas ao processo de preparação, no qual detectamos, por meio de repetidas leituras que todas as entrevistas estavam de acordo com os objetivos da pesquisa. Em seguida executamos a etapa de unitarização e definimos cada entrevista como uma unidade de análise, compreendendo então oito unidades.

Posteriormente, na terceira etapa, realizamos a categorização que, de acordo com Moraes (1999), se refere a um processo de construção de um conjunto de dados com partes em comum entre eles. Em um primeiro momento, elencamos 11 categorias de análise. Entretanto, conforme pontua Moraes (1999, p. 20; negritos nossos):

A amplitude e precisão das categorias estão diretamente ligadas ao número de categorias: em geral, quanto mais subdivididos os dados e quanto maior o número de categorias, maior a precisão da classificação. **Entretanto é preciso ter em consideração que um número grande de categorias pode introduzir dificuldades de compreensão. O objetivo básico da análise de conteúdo é produzir uma redução dos dados de uma comunicação, o que, em geral, exigirá um número reduzido de categorias.**

A partir disso, dando continuidade ao processo, após novas releituras do material e análise das já categorias elencadas, percebemos que poderíamos unir algumas delas, reduzindo-as a sete categorias. Portanto, finalizamos essa etapa, determinando-as da seguinte maneira:

- a) Uma nova forma de ver a morte;
- b) A morte do outro no contexto profissional;
- c) A morte é difícil quando é próxima;
- d) Para trabalhar é preciso se defender do sofrimento;
- e) O interdito: não se fala sobre a morte;
- f) Só é possível morrer quando há permissão;
- g) Uma nova prática.

Após definirmos as categorias, passamos para as etapas de descrição, análise e interpretação, tendo como respaldo a teoria psicanalítica. Com isto, buscamos atingir uma compreensão mais profunda acerca do conteúdo das entrevistas, encontrando aspectos que não estavam explícitos *a priori* nas falas dos profissionais e que muito contribuem para a compreensão do fenômeno estudado. Assim sendo, no capítulo seguinte apresentaremos os resultados e a discussão.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo refere-se aos resultados e discussão dos dados coletados nas entrevistas concedidas pelos profissionais de saúde da equipe hospitalar. Após ler e reler diversas vezes o material, no exercício metodológico proposto, foi possível detectar alguns aspectos em comum nos discursos dos entrevistados. Assim delineamos as sete categorias de análise, que serão aqui apresentadas como os resultados encontrados, em conjunto com a respectiva discussão, oriunda de nossas análise e interpretações.

Nossa opção por englobar os resultados e a discussão, tentando uma articulação mais integrada, se deu em função de que, se fizéssemos por partes, não teríamos como evitar as sucessivas repetições, o que, no nosso modo de entender, tornaria o texto muito cansativo e repetitivo.

5.1 Uma Nova Forma de Ver a Morte:

Destacamos em primeiro lugar, a nossa percepção em relação à transformação na forma com que os profissionais lidam com a morte, e é observável que a mudança acontece após algum tempo exercendo a profissão no ambiente hospitalar. Tal fato se evidencia em seus discursos ao relatarem que, no início do trabalho, possuíam uma postura diferente em relação à morte. Porém, com o passar do tempo, essa postura sofreu modificações. No discurso de Maria está presente a seguinte fala: “*Olha, quando eu comecei a trabalhar aqui era mais difícil, vou ser bem sincera, era mais difícil sim. . . antes era pior, hoje já sei lidar mais*” (Maria, negritos nossos). Além de Maria, encontramos um discurso similar na fala de Carla, em que afirma que quando iniciou a profissão sentia maior dificuldade para lidar com essa questão:

*No começo da profissão era muito mais difícil. Muito, porque eu não tinha vivência... tanta vivência na profissão, não tinha experiência. Só que depois de ler, e até às vezes um pouco da minha vivência eu vejo que... não é ali... não vou dizer alívio, mas é um descanso, tanto pra família quanto pro paciente. **Eu consigo hoje ver dessa forma.** Um descanso. Um descanso, assim, de sofrimento (Carla, negritos nossos).*

Edeuza também traz em sua fala uma mudança de visão em relação a morte, após atuar no hospital e na UTI por cinco anos:

*Hoje mais tranquilo, depois de cinco anos trabalhando dentro de hospital e de UTI. **Mas no início eu não entendia, né.** . . Então eu não entendia isso, eu ficava revoltada no começo. Só que conforme você vai acompanhando, conforme você vai vendo as coisas, você percebe que pra ele prolongar a vida mais tempo vai ser ruim, né, porque ele não vai ter uma qualidade de vida. **Então hoje é mais tranquilo.** (Edeuza, negritos nossos).*

Ainda nesse sentido, Eunice também pontuou sobre a transformação em sua forma de lidar com a morte, a qual foi se modificando com o passar do tempo, podendo então compreender que a morte pode acontecer de forma melhor:

*Ela mudou assim, ao longo de... eu tenho dez anos de profissão e quando a gente entra na faculdade . . . essa era minha visão . . . visão de que a gente tem só que salvar . . . E... ao longo desse período de transformação tanto profissional quanto pessoal, eu vi... foi isso que eu percebi, que não, que ela existe pra nós também em cada paciente, né. **Então eu não via isso antes . . . e eu não acho que hoje é mais assim, eu acho que a morte pode ser melhor. É isso que eu acho** (Eunice, negritos nossos).*

A partir dos discursos supracitados, observamos que a mudança de postura e/ou visão em relação a morte, com o passar do tempo exercendo a profissão, ocorre porque as entrevistadas provavelmente desenvolveram recursos para lidar com a angústia suscitada neste contexto de perda. A partir disso, inferimos que tais recursos são acionados, na medida em que os sentimentos que geram sofrimento por vezes passam a ser de algum modo ignorados, possibilitando maior enfoque para a sensação de alívio e naturalização do processo de morrer, encarando a morte como um fenômeno que pode acontecer de uma forma melhor; ou seja, de maneira mais digna. Além disso, também é possível ponderar que o conhecimento que emerge da experiência prática cotidiana possa contribuir para o enfrentamento do que antes era desconhecido, mas que gradativamente convoca o profissional a enfrentar, trazendo maior segurança e amparo ao profissional, que é tocado pela veracidade da morte.

5.2 A Morte do Outro no Contexto Profissional

Outro aspecto recorrente nas entrevistas se deu quando foi levantada a seguinte pergunta: “*Nesse momento da nossa conversa, pensando sobre a morte, o que lhe vem à mente?*”. Quando convidados a pensar e falar sobre a morte, de imediato alguns profissionais abordaram os sentimentos. No entanto, logo em seguida, mudaram o caminho do discurso, e passaram a falar sobre a morte em seu ambiente de trabalho. Inferimos que esse movimento se deu porque foram convidados a concederem uma entrevista para abordar sobre a atuação profissional. Contudo, nos faz pensar também se não seria uma tentativa de se evadirem de algum incômodo gerado pela pergunta, pois em um primeiro momento há acesso aos sentimentos relacionados à morte, mas, para dar continuidade ao assunto voltaram-se para a prática no ambiente de trabalho, como uma forma de não entrar em contato com algum nível de sofrimento. A seguir apresentamos algumas falas em que tais aspectos se evidenciam:

A primeira coisa que vem é perda, de perder alguma coisa. E vem tristeza, solidão, desamparo. Mas ao mesmo tempo, e eu acho que é por tudo que a gente já estudou, por tudo que a gente vê no hospital é... me vem também paz me vem tranquilidade, me vem ausência de sofrimento (Leonor).

Nesta fala de Leonor, podemos observar que inicialmente ela aborda sobre sentimento de perda, mas logo depois afirma que tem essa percepção devido ao seu estudo e também a vivência em seu ambiente de trabalho. Já, Carmen, de imediato, pontua que é difícil falar sobre esse assunto, mas quando o relaciona ao âmbito profissional, afirma ser algo comum, que faz parte da rotina: *“Difícil, né? . . . Então, enquanto profissional, aqui pra mim, é assim . . . não vou dizer que é tranquilo, mas acaba sendo uma coisa rotineira, então a gente vai orientar a família, acolher, prestar assistência a esse familiar”* (Carmen).

Edeuza também responde a essa pergunta falando sobre a sua experiência profissional, se coloca e em seguida relata a sua percepção da morte em relação aos seus pacientes:

Eu acho assim, morte é o encerramento do ciclo da vida, né. Isso todos nós vamos passar, é inevitável, só que às vezes ela é um pouco mais complicada de encarar, outras vezes mais fáceis, né. Pacientes que já, ou pessoas que já tão num estágio terminal de vida, ou que já tem um prognóstico disso, é mais fácil de aceitar (Edeuza).

João quando se vê diante desse convite, consegue acessar vários sentimentos que se apresentam em relação a morte. Entretanto, porém logo em seguida justifica que tais sentimentos estão relacionados à sua prática profissional: *“Dor, tristeza, sensação de impotência, incapacidade. **Claro que falando assim da minha profissão em relação à morte, né**”* (João, negritos nossos). Já Carla de imediato responde sob o seu olhar profissional e não dá espaço para as percepções subjetivas: *“Em relação a profissão, e eu acho que a todo mundo tem muita dificuldade ainda, tanto de entender e principalmente aceitar”* (Carla). E por fim, Eunice também responde ao questionamento de forma ligada à sua profissão, aos seus pacientes: *“Me vem que a morte é um processo... na maioria das vezes natural, é... com exceção de traumas, mas mesmo na vigência de doenças, e mesmo em pacientes jovens ela ocorre. . .”* (Eunice).

É pertinente pontuarmos nesse momento que duas entrevistadas, ao se depararem com essa pergunta, não trouxeram conteúdo diretamente relacionados à prática profissional, mas abordaram sobre aspectos religiosos e citaram a bíblia: *“Morte. **É, na verdade nós seres humanos, eu sempre penso que nós não fomos preparados para a morte, né. Vou pra bíblia porque é onde eu me vivencio todos os dias**”* (Luzia, negrito nosso).

*Tristeza. Tristeza, os familiares, é... não sei se eu acredito em uma vida após a passagem né, não sei se eu acredito, mas também não duvido, né. **É... eu acho que assim, que é uma passagem muito feliz, assim, pra pessoa que vai, a pessoa descansa. É assim, eu acredito nas coisas que***

a gente lê na bíblia, que eu sou católica, então assim, as coisas que eu acredito que eu vejo na bíblia (Maria, grifos nossos).

A partir da análise desse conjunto de discursos, podemos compreender que, assim como pontua Ariés (1977/2017), o assunto da morte pode ser um tabu e tema de interdição em nossa sociedade. Fica evidente que só se faz possível falar e pensar sobre a morte quando esta é relacionada à profissão, fato que Freud (1915/2006e) já havia pontuado; ou então quando é pensada a partir do olhar bíblico e religioso, no qual há um ser superior que postula sobre essa questão. Isto nos faz pensar novamente na ação de recursos psíquicos que objetivam o afastamento dos sentimentos relacionados ao sofrimento, uma vez que só é possível falar sobre a morte quando esta acontece no outro (neste contexto, esse outro se faz presente em forma de pacientes no ambiente hospitalar).

Assim como Ariès (1977/2017) assinala, houve um momento na história da humanidade que a mentalidade do homem em relação a morte se direcionou para a morte do outro, deixando para traz a reflexão sobre a morte de si mesmo. Tal posicionamento condiz com o que Freud (1913/2006c) aborda sobre o alheamento do homem em relação à morte e também sobre a impossibilidade da própria morte em nosso inconsciente (Freud, 1915/2006e). A partir dessas considerações, foi possível observar tais aspectos na fala dos profissionais entrevistados. O fato de abordarem sempre sobre a morte relacionando-a à vida profissional, também nos remete a esse alheamento, embora, por vezes, no discurso possa aparecer um certo reconhecimento que o que atinge o outro possa nos atingir também, conforme foi colocado por Eunice, ao dizer que a morte “. . . *existe para nós também em cada paciente*”. Edeuza, também se coloca diante da morte ao dizer que “. . . *morte é o encerramento do ciclo da vida, né. Isso todos nós vamos passar, é inevitável*” (negrito nosso). No entanto, cabe destacar aqui que ambas abordaram de forma generalizada e no plural, ou seja, não discorreram diretamente sobre a possibilidade da própria morte, mas sim a trouxeram como uma condição geral de todos os seres humanos e, principalmente, de seus pacientes.

Essa questão também se evidencia no seguinte trecho do discurso de Luzia: “*Então assim, ali a gente lida com a morte a todo instante, né. . . Então ali o risco de morte é muito grande, elas lidam com esse risco todos os dias e nós lidamos com a morte todos os dias*”. Percebemos que a profissional relata que a equipe lida com a morte a todo instante, mas somente os pacientes são as pessoas que lidam com o risco de morrer, e quando os profissionais lidam com a morte, é a morte do outro, dos pacientes. Certamente que isto está intrinsecamente ligado ao fato de que os profissionais ocupam um lugar diferente daqueles que são cuidados, os pacientes. Contudo, supomos que o uso dessa prerrogativa possa ajudar a que sejam afastados,

ou diminuídos, os sofrimentos que possam ser suscitados nos membros da equipe, diante de tais vivências.

Das considerações acima, podemos entender que quando o profissional, por alguma razão, se identifica com o estado terminal ou de risco do paciente, o faz mediado por algum dispositivo psíquico que o permite acompanhar e cuidar da morte do outro, mas, de certo modo, impossibilita, ou bloqueia, que ele possa entrar em contato com os conteúdos suscitados nessa relação que remetam a pensar, a fantasiar, aqueles elementos que tenham como conteúdo a sua própria morte.

5.3 A Morte é Difícil Quando é Próxima

Outro ponto importante que encontramos nos discursos dos entrevistados, é que a morte quando acontece próxima, com um ente querido, é percebida como algo difícil de lidar. Nesse sentido, Carmen pontua que *“Na verdade assim, quando a gente fala em morte que não é da família da gente, né, não é um ente, não é uma pessoa próxima, é mais fácil da gente lidar”*. Enquanto Maria relata que *“. . . não é tão difícil pra mim, mas acho que porque não é próximo de mim, diferente se for um familiar meu, né”*.

Ainda em relação a fala de Carmen, outro ponto nos chamou atenção. A profissional relata que a morte é *“. . . luto né, é tristeza, é algo que a gente sabe que vai acontecer com todos, mas a gente nunca espera né, de alguém próximo da gente, a gente acha que não vai acontecer”*. Ou seja, apesar de sabermos que todos somos finitos, nunca esperamos que alguém próximo possa falecer, o que demonstra, mais uma vez a dificuldade de lidar com a morte quando ela ocorre próxima de nós. Além disso, é pertinente pontuar que Carmen faz menção ao luto, provavelmente porque vivencia essa experiência, uma vez que, de acordo com seus relatos, perdeu o avô há pouco tempo:

Assim, eu vivenciei, né. Como por exemplo, meu vô, faz um ano e pouco que morreu. Então assim, nós estávamos acompanhando, nós estávamos preparados, né, nós sabíamos que ele iria falecer, porque ele tava com câncer, tava em estágio terminal, mas a gente tinha aquele sentimento de esperança, de achar assim: “não, a gente não quer, né. Eu não quero que ele vá”, mas assim, chega um momento que a gente tem que cair na realidade, né (Carmen).

Aqui é importante esclarecer que Carmen não fez referência ao seu processo de luto imediatamente, mas só depois de algum tempo de conversa. A partir disso, inferimos que tal fala se fez possível após as suas dificuldades quanto ao tema amenizarem, talvez porque a elaboração do luto está ocorrendo de forma adequada, uma vez que é perceptível o seu caminho em direção à aceitação da sua perda. Ainda sobre esse contexto do discurso de Carmen, é válido

direcionarmos o olhar para a ambiguidade presente, pois ao mesmo tempo que afirma que não esperamos que alguém próximo irá falecer, pontua que sabia e que estava preparada para a morte do avô, o que evidencia a dificuldade de estar o tempo todo em contato com os sentimentos que trazem sofrimento.

Outro momento em que é perceptível a sensação de proximidade da morte, é quando há identificação do profissional com o paciente. Tal fato é possível ser notado na seguinte fala de Leonor:

É, se é uma pessoa jovem, que tem filhos pequenos, né, que tá às vezes no início de uma carreira, vem um sentimento de tristeza, de dó, de pena, vem um sentimento... aí eu acho que entra um pouquinho da gente: “nossa, se fosse eu?” . . . Pela proximidade da idade. E às vezes eu chego a me emocionar até em atendimentos, né. (Leonor)

É pertinente a reflexão sobre o fato de que somente Leonor trouxe a questão da identificação de forma direta e objetiva em sua fala. Então, inferimos que sua percepção é proveniente de sua formação teórica, ao passo que os demais profissionais não percebem quando estão identificados com algum paciente. O discurso de João, também traz essa questão; porém, não é levantada por ele com tanta clareza. Abaixo, apresentamos o momento em que João relata que presenciar a morte de pacientes jovens é mais difícil:

*E quando a morte vem, ela vem em contextos muito diferentes. Ela vem no vizinho que realmente já vinha de uma comorbidade, ele... desde desse até um jovem e que é muito difícil porque... não que o vizinho não tenha que morrer, mas **o jovem é muito mais difícil a gente lidar com isso** (João, negritos nossos).*

O discurso de Carla também apresenta a identificação de forma bastante sutil, quando relata sobre o apego de outros profissionais com os pacientes:

*Quem tá nos cuidados próximos ali de... num simples trocar de fralda, são eles, são eles. Eu ajudo? Eu ajudo, sem problema nenhum, mas a rotina é deles. Então é isso, porque eles se apegam, eles se apegam, então, na medida que você vai se apegando ao paciente você vai vendo: “poderia ser minha mãe, poderia ser minha filha, tem a idade da minha filha, tem a idade da minha mãe, **poderia ser eu**”, entendeu? (Carla).*

A partir do trecho acima, nos chamou a atenção o fato de que a fala inicia com um relato de sua percepção em relação a outros membros da equipe. Contudo, em seguida ela se coloca e traz o aspecto identificatório. Esse movimento nos fez inferir que o processo de identificação que Carla vivencia com os pacientes não é percebido conscientemente, por ser resultante de uma ação psíquica inconsciente.

5.4 Para Trabalhar é Preciso se Defender do Sofrimento

A atuação profissional no momento final da vida dos pacientes faz com que a equipe de saúde seja atingida pelo sofrimento, tanto dos familiares que vivenciam o luto antecipatório por estarem prestes a perder um ente querido, quanto dos pacientes que apresentam sintomas que precisam ser controlados e cuidados. Durante as entrevistas foi possível detectar momentos em que os profissionais abordam sobre a vivência desse sofrimento. Leonor, que conforme já pontuamos, quando se identifica com o paciente percebe em si mesma sentimentos de “. . . *tristeza, de dó, de pena*”. Carmen, por sua vez, ao contar um caso atendido por ela e pela equipe, se coloca e afirma que vivencia o sofrimento: “. . . *muitas vezes a gente tá vivenciando o sofrimento do paciente, então o sofrimento da família. . . ele tava sofrendo, a gente tava vivenciando aquilo. . .*” (negritos nossos).

A fala de João nos traz com muita clareza o quanto a morte dos pacientes lhe remete a sentimentos ruins, uma vez que desenvolve a empatia com os familiares e percebe a morte como um resultado negativo do trabalho exercido por ele:

Dor, tristeza, sensação de impotência, incapacidade . . . Claro que a gente tem empatia de ver o familiar, de saber o que ele deve estar sentindo. Mas pra nós como profissionais é tudo isso que eu falei. Então é frustração saber que você tá fazendo um trabalho também que resultou na morte.

Maria evidencia em seu discurso o sentimento de angústia e também afirma que sofre junto com a família: “*Acho que a gente sente uma angústia . . . Então é uma angústia, é um sof... a gente sofre junto com a família, querendo ou não*” (negritos nossos). Essa última frase, que foi por nós destacada, demonstra que não se tem outra opção. O profissional sempre será atingido pelo sofrimento. Eunice também afirma que sofre ao realizar esse trabalho em que a morte se faz presente. No entanto, relata que aprendeu a lidar com essa situação: “*Então, ela é presente na minha vida todos os dias, não que eu não sofra com isso, eu também sofro, eu só acho que eu aprendi a lidar um pouco melhor com ela*” (negritos nossos). Esse aprendizado de Eunice, nos fez pensar no quanto esses profissionais necessitam desenvolver estratégias psíquicas que amenizem o que lhes é mobilizado, pois diante do contato com o sofrimento, para ser possível a dedicação e continuidade deste trabalho, observamos que a equipe tenta evitar de algum modo o contato com os sentimentos ruins; se não totalmente, pelo menos em parte, atenuando o impacto dessas vivências.

Embora desenvolvam estratégias psíquicas que amenizam o sofrimento vivido, detectamos que os entrevistados, em alguns momentos da atuação na profissão, se permitem entrar em contato com o sofrimento proveniente da presença da morte. Entretanto, para dar continuidade ao trabalho, realizam sequencialmente um movimento de proteção psíquica, no qual os sentimentos ruins relacionados à perda são suspensos, dando espaço para o olhar para

a morte como algo que também pode ser bom. Nesse contexto, encontramos a ambiguidade que se fez tão presente nos discursos, uma vez que são apresentadas inúmeras possibilidades de compreensão acerca da morte, tanto percebida como algo ruim, mas também como algo bom, o que se comprova na seguinte fala:

*. . . me vem também paz, me vem tranquilidade, me vem ausência de sofrimento, até mesmo união, porque muitas pessoas no final da vida, a família se une, a família se conversa, as pessoas se voltam pra... acho que deixam de brigar por coisas pequenas. **Então não só coisas ruins, coisas positivas também.** E eu acho que é isso, ao mesmo tempo que vem perda, também vem paz. (Leonor, negritos nossos).*

Ainda nessa linha de pensamento, fica clara a ambiguidade quando Carmen pontua: “. . . não vou dizer que é tranquilo, acaba sendo uma coisa rotineira . . . É rotineiro, para mim se torna uma situação comum.”. O que podemos entender como uma tentativa de amenizar os impactos que sofre ao lidar com a finitude, pois ao mesmo tempo que afirma que não é um trabalho tranquilo, o relaciona com a rotina, como algo comum, talvez tentando naturalizar, minimizar, tornar comum.

Essa ambiguidade também se faz presente nas falas de Maria e Edeuza, respectivamente: “*Então a morte, acho que eu... vejo triste assim, triste, ao mesmo tempo feliz, acho que pra pessoa... ela se livra de uma dor, às vezes muito grande, né, que ela tá passando*” (Maria).

Ao mesmo tempo que é ruim, a gente... parece que o jeito deles serem, é tão gratificante quando você chega pra trabalhar com eles, quando você chega pra falar com eles, que... eu adoro. . . É... como que eu vou explicar? É ruim, porque você tá acompanhando a família, você tá com paciente que fica às vezes bastante tempo com você e... mas ao mesmo tempo é gratificante, você tá ajudando, você vai dar qualidade de morte pra esse paciente, sabe? (Edeuza).

No discurso de Luzia, por sua vez, é possível observar uma forma de lidar com a morte por meio do olhar da religiosidade: “*Eu creio que a morte, ela é um sono, então **a gente não morre**, a gente dorme. E quando nós acordarmos nós vamos estar juntamente, né... com Jesus*” (Luzia, negritos nossos). Inferimos que perceber a morte por esse caminho, no qual esse fenômeno não é visto como um fim, mas como uma passagem, e também o fato de entender que nós não morremos, ajudam a lidar com a angústia e a não sentir a proximidade do fenômeno da morte e o que é mobilizado a partir dele.

Tendo isto em vista, inferimos que o fato da morte estar muito presente no dia a dia desses profissionais faz com que tenham a necessidade de atribuir a esse fenômeno coisas boas para que então possam dar continuidade ao seu trabalho, o que também os auxilia a lidar com as intensas emoções vivenciadas nessa condição.

Outro ponto evidenciado nos relatos, que pode ocorrer a partir da tentativa de se proteger do sofrimento, é o distanciamento dos profissionais em relação aos seus pacientes. Entendemos

que esse distanciamento em alguns momentos se dá de forma consciente. Contudo, em outros, o profissional se distancia sem que perceba, ou seja, de forma inconsciente. O distanciamento também pode ser compreendido por meio do conceito de alheamento que Freud (1913/2006c) discorre em “Totem e Tabu”, conforme comentado anteriormente. O discurso de Maria traz à tona a presença deste distanciamento, que para essa profissional parece ser bastante consciente, pois afirma que evita o apego com os pacientes:

*. . . a gente só não tenta, não se apegar. Diferente do começo, a gente se apegava, queria saber quem que tinha falecido, quem que era a família, às vezes até via as fotos na internet pra saber quem que era, principalmente alguém que você ficou tanto tempo ali junto. **Hoje eu tento não me apegar mais.** É uma coisa que eu criei pra mim, assim. (negritos nossos).*

Em seguida, quando questionada sobre o motivo da tentativa de evitar o apego, Maria esclarece que é para impedir o sofrimento:

Pra não sofrer. Pra não sofrer, porque assim... é... tudo bem que não faz parte da sua família, tal, mas assim pra você não sofrer o sofrimento dos outros né, então assim, eu tento não me apegar, principalmente à crianças. Acho que crianças é o mais difícil, hoje é o mais difícil. Então eu tento não me apegar mais.

Além disso, foi possível perceber que o distanciamento ocorre de forma diferente para cada profissão que compõe a equipe interdisciplinar. João relata sobre como percebe que o médico age diante da situação de um paciente em cuidados de fim de vida:

É claro que o médico, ele às vezes não para muito tempo pra ouvir, diferente de outros membros da equipe, né. Acaba em alguns momentos ficando isso, não no automático, mas de um jeito mais... o médico, ele acaba distanciando um pouco mais. . . Então, às vezes o intensivista, ele gosta mais do paciente que tá entubado... e que... do que o paciente que ele tem que conversar, justamente porque ele tem um distanciamento mesmo. Acho que até por conta da profissão né. . . tem da... esse distanciamento. . . não se envolver muito também, né. Às vezes é difícil e tem dificuldade. (João).

A fala de Leonor também traz a noção de distanciamento quando relata a sua percepção em relação aos membros da equipe interdisciplinar. Pontua que os profissionais que não são da sua área de formação evitam dialogar sobre a morte: “*eu acho que é um momento de muita fragilidade, que as pessoas fogem. Em relação, por exemplo, aos profissionais, têm dificuldade de falar sobre isso*”. Já o profissional da sua área, segundo ela, “. . . consegue dar conta de escutar esse sofrimento, de falar desse sofrimento”. Carmen também traz apontamentos sobre a eficácia de uma determinada área de atuação, quando é questionada se percebe a equipe preparada para cuidar de uma pessoa ao final da vida:

Eu acredito que sim. Principalmente [indica uma profissão]. Principalmente [indica uma profissão], eu acho que está bem. . . e a gente chama direto, né? Então, assim, a gente trabalha muito em conjunto. . . justamente pra acolher mesmo esse familiar, esse paciente, né, pra que ele tenha uma morte digna, né. E que seja feita, assim, é... tudo de acordo com o desejo do paciente, né.

A partir desses discursos podemos pensar que a diferença que os profissionais apresentam ao lidar com a morte, além de outros fatores, também seja proveniente da formação acadêmica, uma vez que a maioria das profissões da saúde são da área das ciências biológicas, e as poucas que são da área das ciências humanas apresentam maior evidência de lidar com a finitude com mais facilidade, talvez por não possuírem o objetivo de evitar a morte, o que ainda ocorre principalmente na medicina. Isto pode ser observado na seguinte fala de Eunice:

*. . . eu vejo isso nos alunos, por exemplo, que eu tenho os alunos do primeiro ano e do sexto ano, e vejo que ali já muda um pouco, mas com certeza eles ainda têm a visão de que . . . tem só que salvar, e que **a função do médico nesse contexto de morte não existe**. (Eunice, negritos nossos).*

Além de Eunice, Carla também traz essa questão em relação a prática da medicina, pois percebe uma não aceitação do médico em relação a morte, bem como um sentimento de medo e fracasso nesses profissionais:

*Tem muita resistência que eu vejo assim, de **medo** dos médicos trabalharem isso, eu não sei se durante o curso deles, eles não veem tanto isso, ou porque eles realmente trabalham mais com diagnóstico e com a cura, né. Em relação aos cuidados, com a cura e não acei... não é que não aceitam a morte, mas pra eles parece um **fracasso**. A maioria, então eles não aceitam. Eu vejo que eles não aceitam. (Carla, negritos nossos).*

Carla, em seu discurso, também aborda sobre o despreparo dos profissionais para lidar com as situações de fim de vida e relaciona esse despreparo com o medo, pontuando que, de acordo com sua percepção, os profissionais não possuem um despreparo técnico, mas sim emocional. Nas palavras da entrevistada:

O despreparo. O despreparo, o medo, e o medo... eu não digo o medo da família. O despreparo e o medo mesmo de acontecer com ele. É... do paciente morrer com ele, com ele . . . Só que eu vejo que é o emocional, porque querendo ou não, a gente lida com emoções né. (Carla).

A partir da análise dos discursos é possível detectar que as dificuldades de lidar com as emoções e com a morte são prevalentes. Se tais dificuldades forem muito intensas, o que, inferimos, pode trazer prejuízos para a prática dos cuidados com o paciente que está no fim da vida, na medida em que provoca um despreparo da equipe, que possui resistência em perceber a condição da finitude como algo natural do desenvolvimento humano. Inferimos também que o distanciamento se dá na tentativa de evitar o sentimento de perda evocado pela morte de um paciente, pois o profissional, apesar de reconhecer que também se emociona, afirma estabelecer uma distinção entre o que é da ordem profissional e o que é da ordem pessoal nesse âmbito, como por exemplo quando vivencia a perda de um familiar. Isto nos faz pensar mais uma vez no alheamento em relação à morte, que foi destacado por Freud (1913/2006c), como um dos efeitos desse processo de distanciamento.

Conjecturamos então, que este alheamento possa favorecer o surgimento do processo de luto não reconhecido dos profissionais de saúde, pois com isso parece se desenvolver um bloqueio dos conteúdos que emergem do enlutamento, dificultando que o luto possa ser elaborado adequadamente. Referente a esse assunto, Leonor traz o seguinte apontamento sobre a equipe de saúde: *“Parece que não pode sentir, que não pode sofrer”*. João também descreve esse processo de forma muito pontual, ao relatar que quando lida com a morte como um evento adverso são evocados alguns sentimentos ruins, como de frustração, incapacidade e raiva:

. . . como evento adverso, acho que é difícil pra mim. Saber que eu poderia ter feito mais pra cuidar, e... e... né, e acabar morrendo. Ou se a gente vê esse paciente que chega duma forma não adequada, não tratada por outros profissionais e que levou a estar no estado ruim, nisso me frustro absurdamente, uma questão de incapacidade, de frustração e de... até de raiva mesmo. Então pra mim é muito difícil esse sentido (João, negritos nossos).

E quando questionado sobre como lida com esses sentimentos, o profissional esclarece que não são externalizados, mas sim reprimidos:

Acaba passando, é o tempo. Você fica frustrado um, dois, três... isso... é como uma dor de um luto, de uma dor de alguma sensação ruim que só o tempo vai passar, então você acaba suprimindo, você acaba não conversando com ninguém, e às vezes até nem com sua família, com ninguém, com esposa, família, porque você vai falar de coisa ruim, né? E de coisa de trabalho e relacionada a morte e... claro que você comenta com a equipe, com amigos, isso ajuda a aliviar um pouco, principalmente quem tá na área, mas é só o tempo pra mim que faz isso passar, e isso não foi nem uma nem duas vezes, né... são várias vezes que isso acontece (João, negritos nossos).

Desta forma, é possível observar que a vivência do luto pela perda de um paciente é recorrente. Contudo, não possui espaço no ambiente hospitalar e tão pouco fora dele. Apesar de acontecer uma conversa com a equipe que proporciona certo alívio, nos parece não ser suficiente para a elaboração do luto, que nesse contexto não é reconhecido. No entanto, quando a morte não acontece como um evento adverso, mas sim na prática dos Cuidados Paliativos, João relata que é mais tranquilo para lidar, conforme demonstra o trecho a seguir: *“Quando ela vem num contexto mais tranquilo, de um paciente que já está paliativado, já vem num cuidado paliativo, já vem sendo acompanhado por uma equipe fica mais tranquilo.”* (João). O discurso de Edeuza traz esse mesmo apontamento, pois afirma que quando a morte se faz presente em *“Pacientes que já, ou pessoas que já tão num estágio terminal de vida, ou que já tem um prognóstico disso, é mais fácil de aceitar. Agora, quando é um acidente, ou uma doença de... inesperada então acaba sendo mais difícil”*. A partir disso, podemos pensar que os profissionais, assim como os familiares, também têm a possibilidade da vivência do luto antecipatório, que de certa forma os prepara para uma melhor aceitação da condição de finitude do ser humano.

5.5 O Interdito: Não Se Fala Sobre a Morte

Após a análise das categorias anteriores foi possível observar vários elementos que evidenciam algum grau de dificuldade dos profissionais sem refletir sobre a morte com maior proximidade, sendo até possível quando relacionando a atuação profissional e como um fenômeno presente somente em seus pacientes, mas não propriamente ao que lhes é mobilizado subjetivamente. A partir dessa observação passamos a repensar sobre a morte interdita que Ariés (1977/2006) pontua ser uma característica do século XX, e Kovács (2014) ainda a estende para o século XXI. Conjecturamos então que a conspiração do silêncio, ou seja, a opção dos familiares em não conversar com o doente sobre a iminência de sua morte, é uma das consequências dessa interdição e também do alheamento em relação a morte, pois conforme Freud (1915/2006e) já explicitou, evita-se falar sobre a morte na presença da pessoa que vivencia a sua proximidade. Nesse sentido, foi possível observar que esse conteúdo está presente no discurso dos profissionais.

Leonor traz essa questão como uma dificuldade em sua prática, uma vez que relata que a não aceitação da morte por parte dos familiares prejudica o diálogo sobre esse assunto com o paciente e, por consequência, também traz prejuízos na condução de seu trabalho, pois não encontra espaço para atuar no cuidado com o luto antecipatório:

É bastante difícil lidar com as famílias que não aceitam a morte, então isso é bem difícil, quando você vê que a pessoa está indo a cada dia, e que às vezes ela precisa falar sobre esse fim de vida . . . e aí não dá espaço pra gente trabalhar com esse luto e com a possibilidade de morte. Daí é bastante difícil. (Leonor).

A partir do discurso acima, observamos que a conspiração do silêncio denuncia a não aceitação da morte, que também aparece de forma muito similar no relato de Eunice, uma vez que a profissional aponta que essa não aceitação traz consequências para o cuidado, o que também faz com que não seja fácil realizar esse trabalho no contexto de fim de vida:

Não é fácil. Não é fácil, porque a maioria deles, é . . . num primeiro momento não aceitam, e a gente percebe . . . não é só o paciente, a família também, e acho que até a família nega mais do que os pacientes, é pelo menos o que eu percebo. Essa não aceitação atrapalha o cuidado final, né. Atrapalha, é . . . em todos os âmbitos, os físicos, os psíquicos, e o espiritual. (Eunice).

Além disso, Eunice complementa ao relatar que, algumas vezes, a equipe não consegue realizar os cuidados da melhor maneira, pois essa não aceitação e o interdito fazem com que os pacientes cheguem muito tarde nos Cuidados Paliativos, e então não se tem o tempo necessário para cuidar do sofrimento em todos os âmbitos.

. . . eu acho que lá no finalzinho não tem muito mais tempo de resolver tudo isso né. O que é muito lamentável é que a gente consegue fazer pouco isso, na minha opinião, de... até porque às vezes a gente tem aquela situação da família não permitir nem que o paciente saiba do que tá acontecendo, né. “Não quero que conte”, “ah meu pai vai ficar mais doente se ele souber”, então não é aquela morte da forma que deveria acontecer, né. (Eunice).

O discurso de Maria também versa sobre a conspiração do silêncio, quando relata que presenciou diversas situações em que o paciente não está ciente de sua condição por um desejo dos familiares, que optam por não contar ao doente:

Às vezes o familiar não quer falar, pede pra sair do quarto, pra não falar na frente do paciente. Às vezes pede pra não falar o que... Que a gente sabe o que ele tem, mas pede... chama a gente fora do quarto fala: “ô, não fala o que o paciente tem porque ele não sabe”, eu já passei por isso várias vezes. (Maria).

Edeuza comenta sobre esse assunto e percebe que o médico só consegue exercer seu dever de dar o diagnóstico e prognóstico ao paciente diante da permissão da família. Em contrapartida, também já presenciou momentos em que os próprios familiares contaram para o paciente sobre sua condição de fim de vida. No entanto, a profissional salienta que as pessoas que estão doentes percebem a evolução da doença. Nas palavras de Edeuza:

Tem o que a família conta, tem o que a família não quer que saiba, então a maioria deles... a maioria não... alguns pacientes não sabem, não tem noção, mas sabem que tão mais debilitados, sabem que tão numa condição que não tavam a uma semana atrás, a duas semanas atrás, né. Então, eles sabem. Às vezes até os próprios médicos falam quando a família permite, né.

Os discursos de João e Carla evidenciam a dificuldade dos profissionais de saúde em realizar a comunicação de notícias difíceis; ou seja, de dialogar sobre a morte com o doente, o que também contribui para a conspiração do silêncio e ignorância do paciente sobre seu próprio quadro de saúde.

É difícil... é difícil . . . tem mais sensibilidade de chegar a falar com a família. Com o paciente mesmo, às vezes. . . tem bastante dificuldade. Porque, às vezes. . . não cria empatia necessária, tá muito pouco tempo ali . . . chegar e falar pra ele que, né... “você tem uma condição que pode te levar à morte”. . . Então é um pouco difícil lidar com essa situação sim. (João).

Por sua vez, Carla aponta seu sentimento de frustração e impotência quando lida com esse tipo de situação:

É um pouco frustrante, porque eu não sei até que ponto que o paciente sabe que ele... que ele está em estágio final, e é mais frustrante ainda quando eu vejo que a família não sabe nada . . . Porque eles não explicaram. E infelizmente. . . eu me sinto impotente, porque eu sei que quem tem que dar o diagnóstico que ela vai piorar, que pode ser que ela evolua a óbito hoje ou amanhã, é o médico, e eu fico naquela de falar ou não falar, de chamar... de descer o paciente pra UTI, pro pronto socorro, porque eu sei que vai acabar morrendo no meu plantão.

Nos foi possível observar que essa interdição quanto ao falar sobre a morte acaba prejudicando a prática dos Cuidados Paliativos, pois, de acordo com a percepção de João, alguns médicos não seguem a conduta, quando recebem em seu plantão um paciente em Cuidados Paliativos, provavelmente por sentirem medo:

Porque têm medo. E medo em diversos sentidos, medo de processo e questões jurídicas, medo de... por não terem conhecimento de cuidados paliativos principalmente, e isso traz insegurança e medo. Medo da família, “ah o que vão fazer se eu for por esse caminho?”. É... não terem tempo, não terem empatia, ou não saberem sentar e conversar com uma família, então é mais fácil ele continuar o tratamento. Pra mim, eu acho que são as principais, então, dentro desse contexto, aí ele não conhece o paciente, não conhece a família, tem insegurança, tem medo, e daí ele prolonga e pra ele... e talvez ele fique em paz um pouco com a consciência dele também, né, de estar fazendo. “Ah no meu plantão, tipo, esse paciente não vai morrer. Eu vou entregar ele assim, e...”. Então acaba tendo isso, né. (João).

Vale ressaltar que essa percepção de João, referente ao medo do médico, vai ao encontro da percepção de Carla, já apresentada na categoria em que abordamos sobre o distanciamento do profissional em relação ao paciente, o que também está presente no discurso supracitado, uma vez que João relata que os profissionais apresentam não ter empatia. Além disso, fica claro a ausência de habilidades de comunicação e conhecimento da prática dos Cuidados Paliativos. No entanto, apesar de presenciarem a morte como algo não dito, os profissionais defendem a ideia de que os pacientes devem saber da condição de fim de vida. Leonor, assim como já foi pontuado na fala de Edeuza, também percebe que, mesmo quando não é informada sobre seu diagnóstico e prognóstico, a pessoa sente o que se passa com ela. E não falar sobre isso impossibilita a externalização das emoções.

Mesmo que ela não saiba ela sente, e aí fica como uma nuvem negra, uma fantasia e parece que ela sente que tá acontecendo alguma coisa, mas ela não pode colocar palavra naquilo, a partir do momento que ela sabe, ela tem a oportunidade de colocar palavra, externalizar o sentimento de uma forma mais adequada, né. (Leonor).

João também concorda com o fato de que o doente precisa saber sobre sua condição, pois olha para o seu próprio desejo de estar ciente, caso lhe ocorra uma doença grave:

Eu me coloco no lugar, eu gostaria de saber tudo que tá acontecendo comigo se eu tivesse uma doença ameaçadora à morte. Então, eu acho que sim. . . tendo a sensibilidade necessária, a gente deveria tá falando. Deveria tá falando porque eu gostaria que fizesse isso comigo. Mas eu não tenho dúvida, eu não tenho dúvida que a gente tinha que falar. (João).

O discurso de Luzia traz uma situação vivenciada por ela, em que foi possível o diálogo sobre a morte com a própria paciente, apesar de ter sido trabalhoso:

Ela não aceitava a condição de que a morte estava perto dela. Então foi um trabalho árduo, mas graças a Deus nós vencemos, combatemos um bom combate, e eu pude ir conversando com ela e explicando a importância de ela ir descansando nos braços do Pai. (Luzia).

O trecho acima apresenta a presença do diálogo pautado na espiritualidade, o que demonstra a importância de agregar esse cuidado à prática em saúde, caso se coadune com o desejo do paciente, pois pode auxiliar no enfrentamento da iminência da morte, evitando a conspiração do silêncio e o alheamento do doente em relação a sua própria finitude. No entanto, compreendemos que dialogar sobre a morte, a partir do olhar espiritual, ainda exige a manutenção do interdito, pois neste contexto o fenômeno da morte é descrito de forma tênue, como um descanso amparado por um ser superior.

Além disso, ainda é possível detectar a presença de dúvidas e ambiguidade na fala de alguns profissionais, no que se refere ao paciente estar ou não ciente de sua condição. Como, por exemplo, no trecho abaixo:

Eu acho que ele deve saber. Na verdade, eu não sei se eu acho, não sei se fosse comigo também não sei se eu deveria, se eu queria saber (risos). Porque assim, a gente nunca passou por isso, então a gente não sabe. Mas assim, é... eu acho que ele deveria saber sim. . . É uma pergunta difícil, acho que é uma escolha da família mesmo, porque só a família sabe como que é aquela pessoa em casa, o que ele falava sobre isso, a gente não tem esse poder de saber (Maria).

Inferimos que essa incerteza seja proveniente das dificuldades emocionais de falar sobre a morte, bem como da ação de estratégias psíquicas protetivas em relação ao sofrimento que permeia o lidar com a finitude. No entanto, entendemos também que a dificuldade em aceitar a morte é uma questão cultural e social, o que se esclarece no discurso de Eunice:

Eu acho que é um contexto bem geral, desde... de uma coisa cultural, desde uma coisa cultural, latino-americana, né, que a gente não é... não é preparado. Então assim, nossos pais não ficam ensinando a gente, quando a gente nasce, que eles vão morrer, por exemplo, que a gente pode morrer, que o irmãozinho da gente pode morrer e que o vovô e a vovó pode morrer. Vovô e a vovó até vão falar um pouquinho, quando eles começam a ficar mais doentes, mas... não ocorre. Eu vejo até isso hoje em dia que as crianças se quer os pais levam no velório, por exemplo, que a morte tem que ser uma coisa muito distante, não falada. Então é muito cultural isso, né. É diferente dos orientais que falam mais, espiritual também porque os espíritas falam um pouco mais, algumas religiões, e a gente de uma certa forma a maioria é cristã e fala-se pouco disso também, né. Apesar de falar que não é o fim, mas eles... na cabeça da gente é uma coisa que vai demorar muito pra acontecer, né, só como se fosse num idoso extremo, oitenta, noventa anos, e a gente percebe que quando essa idade chega ainda não estamos prontos. Então acho que esse cultural é o principal, é o principal de tudo. (Eunice).

Desta forma, podemos compreender que tanto a morte não dita, quanto a conspiração do silêncio, são provenientes das dificuldades psíquicas e culturais vivenciadas pelos familiares e também pelos profissionais de saúde. Além disso, por meio da análise das entrevistas podemos detectar que há ausência de habilidades de comunicação em saúde, o que contribui para a

permanência da cultura do não dito, interferindo diretamente na autonomia do paciente, que é privado de fazer escolhas e consequentemente de morrer com protagonismo e dignidade.

5.6 Só É Possível Morrer Quando Há Permissão

Outro ponto que se fez presente em alguns discursos, diz respeito à autorização para a morte. De acordo com a percepção e experiência de alguns profissionais, foi possível detectar a existência de convicções de que, em alguns momentos, o paciente aguarda uma autorização dos familiares para poder falecer. Leonor relata sobre ter presenciado essa situação, quando acompanhou os pais de uma criança na UTI pediátrica:

Então a gente percebe, né, no caso eu percebo, que essa angústia e essa negação da morte, é... essa dificuldade, essa não aceitação da morte, por parte da família, influencia muito nesse paciente, na forma como ele tá se desligando daqui, na forma como ele tá morrendo, é, a gente percebe que tem uma permissão. Já teve casos, por exemplo, de ser bem difícil dos pais gritarem no leito pedindo pra criança não morrer, a criança continuar dias assim em situação terrível, e... até conseguir abordar, de uma forma bem cuidadosa, bem pontual, é... foi um atendimento que deu certo, vamos dizer assim, positivo, era uma família bem difícil, foi positivo porque eu acredito que eles conseguiram entender, e até que eles tiveram uma conversa com a criança, é... falando que o filho não ia decepcionar, que ele podia descansar e no mesmo dia, horas depois a criança morreu. (Leonor).

A mesma ocorrência se apresenta no relatado de Carmen, quando esta conta que acompanhou a mãe de um paciente jovem adulto:

Essa mãe segurava muito ele aqui. Então essa mãe não aceitava de jeito nenhum, essa mãe lutava o tempo todo, que com o filho dela não, o filho dela não, que era uma maldição que tinham feito pra família dela e que esse filho não ia, não ia. Aí ontem de manhã, as meninas da capelania vieram e fizeram uma oração. . . ficaram bastante tempo ali, e fizeram aquela oração de entrega, sabe? Mas assim, aí o paciente acalmou, relaxou. Aí a mãe também, sabe? Acho que se sentiu um pouco aliviada. . . Aí o paciente se acalmou também, tanto é que no mesmo dia, à noite ele veio a falecer. (Carmen).

O relato de Carla também nos mostra a mesma experiência; porém, com outra mãe de uma paciente jovem:

Eu lembro uma vez. . . uma paciente, ela tinha uns 25 anos. . . Daí a mãe dela sofria muito. Muito, muito, muito, muito. E nos últimos meses ela internou umas... mais de três vezes, e ela já estava em cuidados paliativos, só que a mãe dela não conseguia. Não conseguia... não conseguia entender. Até na última internação dela, que ela foi piorando, piorando... a mãe dela... a mãe dela é católica, chamou um padre e ela mesma falou: “vai filha, vai que a mãe vai ficar bem”, não deu dois dias. Então assim, hoje eu vejo a mãe dela... claro tem o sofrimento da perda, mas eu vejo a mãe dela também fazendo outras coisas a não ser ficar na beira de um leito chorando dia e noite, coisa que ela fazia, entendeu? (Carla).

Luzia aborda sobre esse assunto de forma bastante incisiva, explicando sobre a influência da família na morte do paciente, o que afirma a importância de a equipe acompanhar também os familiares, conforme nos propõe os princípios dos Cuidados Paliativos:

E a importância também, algo que eu quero deixar muito específico aqui, o poder da entrega da família, porque muitas vezes, quando alguém da família resiste, alguém da família tem uma falta de perdão, uma situação mal resolvida, essa pessoa, ela não consegue descansar. Então é muito importante que nós . . . também trabalhamos não só o paciente, mas também primeiramente trabalhamos o familiar, preparando aquele momento, que é um momento muito difícil do desprendimento, do paciente da família, mas a família precisa estar preparada para que esse momento seja um momento de paz, um momento de tranquilidade. (Luzia).

A partir desses relatos, podemos pensar na questão do vínculo e na necessidade deste desprendimento para uma possível autorização para a morte. Além disso, é possível pensar que isto vem permeado de conteúdos relacionados com a espiritualidade, bem como de fantasias oriundas de desejos profundos de cada pessoa. Diante disso, pontuamos a importância da equipe em olhar e cuidar do sofrimento espiritual, bem como do luto antecipatório dos familiares e do próprio paciente, pois além de ajudar a prevenir futuros problemas no processo de luto pós-morte, contribui para o desprendimento e consequente dignidade no momento da morte.

5.7 Uma Nova Prática

Conforme foi abordado no capítulo 1, a prática dos Cuidados Paliativos ainda é muito recente no Brasil e, por isso, nem todos os profissionais do ambiente hospitalar estudaram sobre o assunto em sua formação. Poucos são aqueles que possuem formação específica nessa área. Desta forma, a partir dos relatos foi possível detectar o quanto essa prática ainda é desconhecida em sua integridade e, talvez, por esse motivo, o Brasil está em uma colocação tão insatisfatória quando comparado com os demais países no Índice de Qualidade de Morte (Economist Intelligence Unit, 2015; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015). Eunice, João e Edeuza comentam que, durante a formação, no curso de graduação, nem ao menos ouviram falar sobre os Cuidados Paliativos. Tiveram contato com a temática somente na especialização, ou quando já estavam atuando no hospital, como no caso de Edeuza, que explica assim como aprendeu sobre o assunto:

Na prática. Justamente com os pacientes que às vezes estavam lá, ninguém ia investir, ninguém... e falavam... ah esse paciente tá em cuidados paliativos. Daí eu comecei a... a tentar

ver o que que era esses cuidados paliativos, né. Então foi dessa forma que eu... que eu descobri o que que era, e como lidar, né... tentando aprender como lidar.

O relato de Leonor pontua sobre a sua percepção em relação ao fato de que a equipe de saúde não entende o que são os Cuidados Paliativos: “*Não, não entendem . . . mas talvez falta na formação deles né . . . Então, eu percebo que eles não têm compreensão do que é realmente*”. Aqui vale retomar o apontamento de Carla, que já apresentamos na categoria sobre o distanciamento do profissional em relação ao paciente, no qual relata que percebe o despreparo emocional da equipe. João também traz reflexões sobre essa questão, ao descrever que alguns médicos não têm conhecimento sobre Cuidados Paliativos e, então, quando atuam dentro de UTI, utilizam-se dos métodos invasivos na tentativa de prolongar a vida do paciente:

Tem muito médico que chega e. . . aquilo que a gente deixou de meta e coisa, não foi nada cumprido, tá furando paciente, tá coletando exame, tá... e não foi isso que a gente definiu. . . E daí também, os profissionais que às vezes vem de noite, final de semana que não tá muito alinhado, por mais que tenha passagem de plantão, tudo, eles vão por outro caminho, parece que tudo vem a perder, né. (João).

Os discursos de Maria e de Carla nos trazem a percepção de que nem sempre toda a equipe interdisciplinar é envolvida na realização dos Cuidados Paliativos. Maria afirma que dificilmente é solicitada para acompanhar um paciente, e não sabe explicar o motivo da ausência de solicitações. Carla comenta que presenciou somente uma ou duas vezes, e que a prática dos Cuidados Paliativos não é uma rotina. Além disso, pontua que frequentemente não está registrado em prontuário que se trata de um paciente em Cuidados Paliativos, fato que gera desconforto na profissional. Esta, inclusive, já presenciou um momento em que um paciente em Cuidados Paliativos foi encaminhado para a UTI e recebeu tratamento invasivo.

A fala de Eunice também discorre sobre o despreparo dos profissionais em relação aos Cuidados Paliativos:

Que todos pudessem ter morte com alguém fazendo cuidado paliativo junto, mas a gente vê que é uma... uma parcela muito pequena, porque nós não temos profissionais ainda suficiente pra lidar com toda a população, é... preparados pra isso, né, porque profissional a gente até tem, mas nós não estamos preparados, os profissionais não estão preparados, a gente começou agora, há pouco tempo a se preparar pra isso. (Eunice).

Desta forma, é possível observar que os profissionais possuem consciência de que essa prática ainda não está consolidada em nosso país e consideram que é fundamental o incentivo ao estudo e pesquisa em Cuidados Paliativos, pois assim poderíamos formar equipes especializadas para que a população brasileira possa gozar do direito de morrer com dignidade.

Ao analisar as entrevistas foi possível notar que apesar de todas as dificuldades que permeiam o lidar com a morte e a prática dos Cuidados Paliativos, a maioria dos profissionais afirmaram que gostam do que fazem e relacionam esse trabalho com sentimentos bons. Eunice

explica que optou por atuar em Cuidados Paliativos após vivenciar o fim de vida do avô, no qual ela presenciou muito sofrimento. Depois disso, buscou estudar e melhorar a qualidade de vida de seus pacientes que vivenciam o fim de suas vidas, conforme explicita o trecho abaixo:

Não vou mentir, a princípio foi pessoal. É... quando o meu chefe na época. . . me propôs fazer cuidados paliativos, eu achei bastante estranho, assim, e falei: “ah não! Não quero isso pra mim não”, tá? Até o momento que eu vivenciei com meu avô um cuidado ruim de fim de vida, né. E o pior, o cuidado ruim foi feito por nós, pela família. Por que ruim? Não cuidar dele ruim, mas da aceitação da morte, no fim de vida, de não querer entender esse fim de vida, de internações frequentes, e... até a gente conseguir o final mesmo do cuidado, das últimas 48 horas em casa, foi muito difícil, foram dois anos, sendo o último ano muito sofrido. Então, é... eu enxerguei isso: “se eu não consegui fazer isso bem feito na minha casa, então eu não estou fazendo bem feito com as outras pessoas”, isso que me fez estudar, entendeu? Então foi bem pessoal, foi bem pessoal, a primeira escolha foi. Bem pessoal.

Aqui podemos inferir que a busca pelo estudo e pela melhora da prática foi, possivelmente, uma forma de buscar a elaboração do luto, desencadeado após uma morte sofrida de um familiar próximo. No entanto, esse estudo de Eunice a fez compreender que a morte pode ser melhor, pois, uma vez que ela é inevitável, deve ser a mais digna possível. Com isto, ao alcançar esse objetivo, os sentimentos que ficam para a profissional são bons: **“Pra mim é bom. Pra mim é ótimo pra dizer a verdade, porque quando a gente consegue fazer as coisas ficam tão melhores, a morte fica tão mais digna, tão menos sofrida, né”** (Eunice, negritos nossos).

Um aspecto em comum que se apresentou na fala de alguns profissionais, e que nos chamou a atenção, foi o fato de afirmarem que gostam de atuar nos Cuidados Paliativos porque se sentem úteis ao realizarem o trabalho junto com a equipe, conforme explicitado nos seguintes trechos: *“E . . . eu acho que é porque eu me sinto útil nesse momento (risos) que eu gosto”* (Leonor); *“É . . . eu acho que é um momento que a gente se sente útil . . . eu, na minha profissão. Eu me sinto útil porque eu ajudei de alguma forma, eu auxiliei, né”* (Carmen). A partir disso, inferimos que tal sentimento se faz presente porque essa é uma prática obrigatoriamente interdisciplinar, na qual a ação de cada área deve-se somar e integrar às demais, visando contribuir com o paciente.

O discurso de Edeuza, apesar de não abordar especificamente sobre sentimento de ser útil, traz algo muito próximo disso ao afirmar que é gratificante sentir o valor que o paciente atribui ao seu trabalho; ou seja, ao exercer essa prática ela se sente valorizada:

E especificamente paciente em cuidado paliativo, o paciente em cuidado de fim de vida, eu gosto muito . . . é gratificante, você tá ajudando, você vai dar qualidade de morte pra esse paciente, sabe? Então é... é bom. Às vezes o paciente tá lá ruim, né, e você vem e o mínimo que você faz pra ele já é muito. . . parece que eles dão valor em tudo, eles valorizam todas as coisas, né.

João pontua que assistir a morte de um paciente, no contexto dos cuidados paliativos, é mais tranquilo, o deixa confortável e traz a sensação de que está ajudando o paciente:

*No contexto dos cuidados paliativos... Fica muito mais tranquilo. A gente fica com a consciência mais tranquila, em saber que... não que chegou no... assim, no ponto final, mas que tudo que a gente tá fazendo ali vai trazer mais conforto do que sofrimento pro paciente. . . parece que fica tudo um pouco mais tranquilo, que **você tem a sensação de que tá ajudando o paciente**. Então, pra mim é... é confortável isso também.*

Nesse mesmo viés, Carla também percebe que o lidar com a morte no contexto dos Cuidados Paliativos é mais calmo: “*Eu presenciei, acho que uma ou duas vezes, mas é mais calmo, eu digo a morte*”.

Luzia afirma que se sente privilegiada em realizar esse trabalho, assim como Carmen que destaca ser prazeroso e ama o que faz: “*Então foi uma experiência bem interessante de uma das de estados paliativos ainda a gente está ali tratando, né, então é algo assim sublime. Eu assim, me sinto extremamente privilegiada de poder fazer parte dessa experiência*” (Luzia).

Eu acho fantástico, eu sou apaixonada pelo que eu faço, eu faço com prazer, por mais que seja, assim, difícil estar lidando com essa situação, mas é lindo. . . É o que eu gosto de fazer, né. Nós estamos, assim, muito felizes por termos essa oportunidade aqui no hospital. (Carmen).

Considerando o que apresentamos acima, evidencia-se que, quando o profissional tem a compreensão do que são os Cuidados Paliativos e não tem o objetivo de prolongar a vida a qualquer custo, essa prática lhe confere bons sentimentos e sensações, assim como o peso da morte e sua interdição não são tão insuportáveis, tornando aceitável lidar com a situação e, então, é possível proporcionar dignidade ao paciente que está morrendo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme explicitamos anteriormente, a proposta da presente pesquisa foi compreender, sob a luz da teoria psicanalítica, as concepções que os profissionais de saúde têm em relação à morte e suas implicações na prática dos Cuidados Paliativos. Por meio de um estudo bibliográfico sobre a morte, sobre os Cuidados Paliativos, e também por meio da análise de entrevistas realizadas com os profissionais de saúde que atuam no ambiente hospitalar, foi possível detectar aspectos que nos proporcionaram tal compreensão, bem como novas reflexões acerca desta temática. A literatura psicanalítica freudiana nos esclarece que o tema da morte é permeado de questões inconscientes, que interferem na forma com que lidamos com a finitude. Além disso, outras bibliografias que abordam sobre a morte a partir de um viés histórico e psicológico, nos elucidam que cada vez mais a humanidade apresenta dificuldades em aceitar a terminalidade da vida, enquanto que, em contrapartida, a prática dos Cuidados Paliativos possui princípios que direcionam o olhar para a morte como parte natural do desenvolvimento humano, bem como busca a garantia da dignidade humana neste momento tão peculiar e único na vida de cada um.

Para a realização da análise, elencamos categorias que foram apresentadas nos resultados e discussão, as quais nos proporcionou a reflexão sobre problemáticas que nos instigam na busca por soluções que contribuam para a melhora e crescimento da prática dos Cuidados Paliativos em nosso país. Observamos que lidar com a morte no dia a dia faz com que os profissionais experienciem sentimentos e emoções permeados de ambiguidades, que podem tanto contribuir para a prática dos Cuidados Paliativos, bem como podem trazer alguns prejuízos a ela.

Compreendemos a morte interdita como o principal fator, detectado por nós, que pode trazer prejuízos para a prática dos Cuidados Paliativos, e corrobora com os apontamentos de Ariès (1977/2017), na medida em que a morte é encarada como um tabu, como algo sobre o qual não se fala, não se verbaliza, uma vez que não é compreendida, como parte natural do desenvolvimento humano. A partir da interdição da morte, podemos pensar que provavelmente muitas pessoas que vivenciam a terminalidade não são ouvidas pela equipe de saúde, que se preocupa com os sinais vitais, e pelos seus familiares, o que conseqüentemente as isolam dos demais e as impedem de expressar seus desejos, sua espiritualidade, seus sentimentos e pendências, os quais são tão importantes quanto os sintomas físicos. Tais expressões, se amparadas proporcionam a dignidade no momento da morte. A interdição da morte caminha ao

lado da conspiração do silêncio e, diante disso, levantamos a reflexão de que ambos devem ser evitados, cabendo a toda a equipe orientar os familiares para que conversem francamente com o doente sobre a sua real condição. Nesse sentido, enfatizamos o papel da psicologia, uma vez que, segundo Nunes (2012), um dos objetivos da prática do psicólogo é o de auxiliar o paciente e seus familiares a falarem abertamente sobre a doença, a morte e o luto para que o sofrimento seja legitimado e posteriormente elaborado.

Observamos que a interdição da morte também pode prejudicar a prática dos Cuidados Paliativos, na medida em que evita-se paliar as pessoas gravemente enfermas. Em seu lugar acaba ocorrendo a distanásia, ou seja, a realização de procedimentos dolorosos e invasivos, em um momento em que esses são considerados fúteis ou inúteis, uma vez que não irão proporcionar a melhora do paciente e nem interromper a evolução da doença. Percebemos que a distanásia pode ocorrer principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva, local em que possui tecnologia médica capaz de prolongar a vida de forma artificial e em sofrimento, pois priva o paciente de sua autonomia e de sua própria morte.

Sabemos que a morte interdita é uma característica dos séculos XX e XXI, e por esse motivo ela ainda se faz presente no ambiente hospitalar. Ela provém da dificuldade, enraizada em nossa cultura, de lidar e aceitar a finitude. No entanto, diante da condição de que a interdição da morte fere a dignidade de quem enfrenta o fim da vida, pontuamos que a equipe de saúde necessita de maior conhecimento acerca da reumanização da morte, pois assim poderá realizar um trabalho de acolhimento e amparo ao paciente e aos seus familiares, que os auxiliem a perceber esse momento com naturalidade e permeado pela dignidade. Compreendemos que desmistificar tais questões é fundamental para que a morte deixe de ser um tabu e o doente e seus familiares possam gozar dos benefícios que os Cuidados Paliativos proporcionam, como a possibilidade de o doente viver, com os sintomas controlados e cuidados, até o seu último dia de vida.

Além da morte interdita, detectamos que diante do sofrimento do paciente e seus familiares, o profissional também acaba sendo atingido, e quando convidado a refletir sobre essa questão, consegue perceber tal sofrimento e confessa alguns sentimentos como frustração, raiva, medo, tristeza. No entanto, percebemos que no dia a dia, os membros da equipe interdisciplinar utilizam-se de estratégias defensivas que tamponam tais sentimentos e emoções para que assim consigam realizar o trabalho de cuidar das pessoas que estão morrendo. Uma dessas estratégias é perceber a morte como um fenômeno que acontece sempre nas outras pessoas; e a morte do outro descrita por Ariès (1977/2017) se faz presente juntamente com o alheamento em relação à morte apresentado por Freud (1915/2006c). Percebemos que ao

direcionar a morte para o outro, o profissional evita entrar em contato com a sua própria condição de finitude e o que isto lhe mobiliza, criando condições para conseguir desempenhar a sua prática. Outra estratégia utilizada e relacionada ao alheamento em relação à morte percebida por nós, é o distanciamento do profissional em relação ao paciente, que pode prejudicar o cuidado. Compreendemos que se trata de um distanciamento emocional e não físico, porém é uma distância que dificulta a prática da empatia e, por conseguinte, a abertura do profissional na escuta sobre os desejos, a espiritualidade e as emoções do paciente.

Como já vimos, as estratégias defensivas são importantes para o desenvolvimento do trabalho no ambiente hospitalar. Contudo, quando o sofrimento não é externalizado, não pode ser elaborado, o que pode prejudicar a saúde mental do profissional. É perceptível que não se encontra neste ambiente espaço para reflexão e externalização dessas emoções. Observamos que os profissionais também vivenciam o luto antecipatório. No entanto, nesse contexto é um luto não reconhecido. Diante disso, refletimos sobre algumas formas de favorecer a resolução dessa problemática, como apoio psicológico aos profissionais e atividades como a roda de conversa, a fim de desenvolver um espaço para o diálogo sobre as emoções e sentimentos, para que esses sejam reconhecidos e por fim elaborados. Além disso, tal fato poderá contribuir para a percepção da morte como parte natural do desenvolvimento humano e, inclusive, para a melhora do cuidado com o paciente e seus familiares, uma vez que, conforme expõe Arantes (2016), quem cuida também precisa ser cuidado. Outro ponto importante que nos faz direcionar o olhar para o luto não reconhecido do profissional de saúde é que de acordo com Kovács (2003a), o luto mal elaborado está se tornando um problema de saúde pública. Portanto, reconhecer os diversos lutos que permeiam o ambiente hospitalar e dar espaço para a sua elaboração é fundamental. Desta forma, pontuamos que essa discussão sobre o luto não reconhecido não se esgota neste momento, podendo ser tema de novas pesquisas e reflexões futuras.

Entendemos que se o profissional está bem amparado psicologicamente, ou seja, possui suas fragilidades cuidadas, suas condições de falar sobre a morte e desmistificar o tabu presente na sociedade ocorre naturalmente. Compreendemos que esta pode ser uma das formas para o profissional conseguir auxiliar os familiares a evitar a conspiração do silêncio e dar ao paciente a autonomia que lhe conferirá dignidade no final da vida. Entretanto, para isso é fundamental que a equipe de saúde esteja muito bem treinada no que se refere à comunicação, em especial a comunicação de notícias difíceis. Nesse sentido, propomos que as instituições hospitalares e de saúde em geral, proporcionem à equipe treinamentos e oportunidades de estudo sobre esse assunto, uma vez que a comunicação é uma técnica e habilidade em saúde, a qual previne muitos

problemas e auxilia o paciente, bem como os seus familiares, no enfrentamento da evolução da doença.

Foi possível perceber que, com o passar do tempo, a experiência profissional de cuidado com a morte do outro, proporciona aos membros da equipe interdisciplinar a possibilidade de um novo olhar para a finitude. Provavelmente em função dos seus inúmeros esforços em lidar com as situações cotidianas que geram angústia, os profissionais encontram em sua prática uma nova forma de ver a morte, tornando-a parte natural de sua rotina laboral. No entanto, observamos também que quando o profissional está identificado com o paciente, muitas vezes de forma inconsciente, apresenta maior dificuldade de lidar com a situação, uma vez que quando a morte se apresenta mais próxima, por meio da identificação ou na perda de um ente querido, a aceitação se torna mais difícil, pois é preciso vivenciar todo o processo de luto para então chegar em sua elaboração.

Em contrapartida, observamos que quando o profissional tem conhecimento sobre a prática e os princípios dos Cuidados Paliativos, a morte já não desperta níveis insuportáveis de angústia, pois assim é possível compreender que com os cuidados adequados ela pode ser melhor. Ao trabalhar com essa visão, os membros da equipe se sentem úteis, uma vez que a prática em saúde se torna significativa. O entendimento de que a morte, no contexto dos Cuidados Paliativos, pode ser melhor proporciona à equipe de saúde bons sentimentos e emoções, pois existe a percepção de que o objetivo de uma morte humanizada e digna foi alcançado. A partir disso, confirmamos a necessidade de crescimento da prática dos Cuidados Paliativos no Brasil, para que a dignidade nos momentos finais da vida alcance toda a população. Esperamos que a nova política pública, que traz as diretrizes para esta ação em saúde, consiga abranger toda a população brasileira, pois além de melhorar a qualidade de vida do doente, permitindo que ele viva mais tempo e com controle dos sintomas nas esferas física, psíquica, social e espiritual, respeitando seu desejo e autonomia, garantirá o cuidado estendido aos seus familiares, principalmente na vivência dos lutos antecipatório e pós-morte, atuando inclusive na prevenção do luto mal elaborado e simplesmente medicalizado.

Para que esses objetivos sejam alcançados, consideramos a importância de pesquisas relacionadas à temática no campo acadêmico e científico. Sugerimos também que as unidades de saúde, tanto públicas quanto privadas, possuam estruturas de educação continuada para que todos os profissionais das diversas áreas do conhecimento possam compreender acerca dos Cuidados Paliativos, pois além de possibilitar a ação de uma prática humanizada, conferirá ao profissional uma experiência em que a morte é compreendida como parte natural do desenvolvimento humano. Outro ponto de fundamental importância é a necessidade de

disciplinas relacionadas aos Cuidados Paliativos nas grades curriculares dos cursos de graduação das profissões da área da saúde, pois é perceptível que os profissionais que conhecem sobre o assunto lidam melhor com a finitude e conseqüentemente desenvolvem uma prática de maneira mais adequada. Consideramos que, desta forma, os pacientes que são diagnosticados com doenças que ameaçam a continuidade da vida possam ser encaminhados para os serviços de Cuidados Paliativos mais precocemente, possibilitando assim a realização de um trabalho completo, conforme sugere a Organização Mundial da Saúde (2017).

Enfim, concluímos que podemos traçar dois caminhos que contribuam para a melhora da qualidade de vida da pessoa que está morrendo no Brasil. O primeiro caminho é o acolhimento das angústias dos profissionais de saúde, a fim de auxiliá-los na elaboração de suas questões inconscientes e conscientes, que dificultam a aceitação da finitude. Isto, por sua vez, contribuiria na compreensão de que a morte é um processo natural do desenvolvimento humano e, portanto, ela pode acontecer com mais serenidade e cuidados adequados, sem a necessidade de ser evitada a qualquer custo. Ressaltamos que esse acolhimento pode ser realizado pelos próprios membros da equipe por meio de atividades que proporcionem espaço para o diálogo e legitimação do sofrimento, principalmente por um profissional da área da saúde mental. Portanto, pontuamos que a Psicologia Hospitalar possui um papel de destaque nesta questão. O segundo caminho que propomos ser seguido é a pesquisa científica e educação continuada no que se refere à prática dos Cuidados Paliativos, pois assim, os profissionais podem atuar com maior segurança e certeza de que estão realizando um trabalho humanizado que contribui para a dignidade humana, tendo como consequência o sentimento de que sua prática profissional faz sentido para sua vida e para as demais.

Por fim, apresentamos uma reflexão sobre um ponto peculiar detectado nesta investigação que está relacionado ao que nós nomeamos de autorização para a morte. O discurso dos profissionais e a experiência prática da pesquisadora em psicologia hospitalar, nos revelou que durante a atuação no ambiente hospitalar se faz possível a constatação de que, em muitos casos, os pacientes que estão em cuidados de fim de vida parecem aguardar uma espécie de autorização de seus familiares para morrer. Em nossas inferências relacionamos essa questão ao vínculo entre o paciente e os seus familiares, bem como a necessidade de um desprendimento do doente para falecer. Kubler-Ross (1969/2008) comenta que os pacientes gravemente enfermos vivenciam o próprio luto antecipatório e, no momento pré-morte, apresentam-se mais introspectivos, como uma forma de se desligar da vida para adentrar tranquilamente na morte. A partir dessa colocação, levantamos a hipótese de que, para que esse momento de introspecção aconteça, o paciente precisa estar com as suas pendências resolvidas e, provavelmente, seria o

que ele aguarda para poder se distanciar. Frisamos neste momento que tal situação ainda hipotética deve ser investigada em novos estudos e pesquisas.

REFERÊNCIAS

- Aitken, E. V. de P. (2008). Assistência espiritual. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidados Paliativos*. (pp. 87-90). São Paulo. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
- Aitken, E. V. de P. (2012). O papel do assistente espiritual na equipe. In: In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). (pp. 354-365). Rio de Janeiro: Diographic.
- Andrade, B. A. de; Sera, C. T. N. & Yasukawa, S. A. (2012). O papel do fisioterapeuta na equipe. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). (pp. 353-357). Rio de Janeiro: Diographic.
- Arantes, A. C. Q. (2016). *A Morte é Um Dia que Vale a Pena Viver*. Rio de Janeiro, RJ: Casa da Palavra.
- Ariès, P. (2017). *A história da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. (ed. especial). (P. V. de Siqueira, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: F. Alves (Trabalho original publicado em 1977).
- Ávila, L. A. (2001). Psicanálise e mitologia grega. *Pulsional revista de psicanálise*, (152/153), 7-18.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde e doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008
- Boni, V.; Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Em Tese*, 2(1), 68-80. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>
- Campos, M. A. (1992). O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41(6): 256-257.
- Cassorla, R. M. S. (2003). Prefácio: esteja ao meu lado. In M. J. Kovács. *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação* (pp. 13-20). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Clark, D. (1999). Total pain: disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science e Medicine*, 49, 727-736. doi: [doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00098-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00098-2)

- Clark, D. (2002). *Cicely Saunders: Founder of the Hospice Movement Selected Letters 1959-1999*. New York: Oxford University Press.
- Clark, D. (2005). Fareword. In: Saunders, C. *Whatch with me: inspiration for a life in hospice care*. (pp. 7-12). Lancaster: Lancaster University.
- Cooper, J. & Kite, N. (2015). Occupational therapy in palliative care. In: Cherny, N. I., Fallon, M. T., Kaasa, S., Portenoy, R. K. & Currow, D. C. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5th ed.). (pp. 177-183). United Kingdom: Oxford University Press (Obra original publicada em 1993).
- Davies, A. N. (2015). Oral care. In: Cherny, N. I., Fallon, M. T., Kaasa, S., Portenoy, R. K. & Currow, D. C. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5th ed.). (pp. 447-456). United Kingdom: Oxford University Press (Obra original publicada em 1993).
- De Marco, M. A. (2007). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Consolim, L. de O. (2012) O papel do médico na equipe. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). (pp. 333-336). Rio de Janeiro: Diographic.
- English, A. M. (2015). Physiotherapy in palliative care. In: Cherny, N. I., Fallon, M. T., Kaasa, S., Portenoy, R. K. & Currow, D. C. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5th ed.). (pp. 197-201). United Kingdom: Oxford University Press (Obra original publicada em 1993).
- Fábio, A. C. & Roncolato, M. (2017, 13 de março). Se não há cura, como morrer melhor: a questão dos cuidados paliativos. *Nexo*. Recuperado de <https://www.nexojornal.com.br/reportagem/2017/03/13/Se-n%C3%A3o-h%C3%A1-cura-como-morrer-melhor-a-quest%C3%A3o-dos-cuidados-paliativos>
- Fernandes, E. A. (2012). O papel do nutricionista na equipe. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). (pp. 345-352). Rio de Janeiro: Diographic
- Ferreira, M.E.M.P. (1993). Ciência e interdisciplinaridade. In: Fazenda, I. *Práticas Interdisciplinares na Escola*. (2ª ed.). São Paulo: Cortez Editora; 1993. Cap. 2: 19-22.
- Firmino, F. (2012). O papel do enfermeiro na equipe. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.) (pp. 335-336). Rio de Janeiro: Diographic.
- Forte, D. N. (2018). Comunicado: Resolução sobre Política Nacional de Cuidado Paliativo para o SUS. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. Recuperado de <https://paliativo.org.br/comunicado-6/>
- Franco, M. H. P. (2008). Psicologia. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidados Paliativos*. (pp. 74-76). São Paulo. Recuperado de

http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf

- Franco, M. H. P. (2012). Prefácio. In: Fonseca, J. P. da. *Luto Antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. (pp. 13-15). São Paulo: PoloBooks.
- Freud, S. (2006a). Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. IX, pp. 311-325). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Trabalho original publicado em 1907).
- Freud, S. (2006b). O tema dos três escrínios. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. XII, pp. 311-325). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (2006c). Totem e tabu. In Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. XIII, pp. 21-162). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (2006d). Sobre o narcisismo: uma introdução. *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914 ~ 1916)*. (pp. 77-110). (J. Salomão, Trad). Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (2006e). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. XIV, pp. 285-309). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (2006f). Sobre a transitoriedade. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. XIV, pp. 313-319). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1916).
- Freud, S. (2006g). Luto e melancolia. *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914 ~ 1916)*. (pp. 243-263). (J. Salomão, Trad). Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1917).
- Freud, S. (2006h). Além do princípio de prazer. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. XVIII, pp. 13-75). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1920).
- Freud, S. (2006i). O ego e o id. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. XIV, pp. 15-71). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1923).

- Freud, S. (2006j). Inibições, sintomas e ansiedade. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. XX, pp. 81-171). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1926).
- Freud, S. (2006k). O futuro de uma ilusão. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. XXI, pp. 15-63). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1927).
- Freud, S. (2006l). Por que a guerra?. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. XXII, pp. 191-208). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1932).
- Freud, S. (2006m). Moisés e o monoteísmo. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. XXIII, pp. 15-150). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1939).
- Fonseca, J. P. da. (2012). *Luto antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. São Paulo: PoloBooks.
- Genezini, D. (2012) Assistência ao luto. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). (pp. 569-582). Rio de Janeiro: Diographic.
- Gil, A. C. (1987). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo, SP: Atlas.
- Haugen, D. F., Nauck, F. & Caraceni, A. (2015). The core team and the extended team. In: Cherny, N. I., Fallon, M. T., Kaasa, S., Portenoy, R. K. & Currow, D. C. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5th ed.). (pp. 139-145). United Kingdom: Oxford University Press (Obra original publicada em 1993).
- Instituto Paliar (n.d.). *História dos Cuidados Paliativos*. Recuperado de www.paliar.com.br/cuidados-paliativos
- Instituto Paliar (n.d.) *Cuidados Paliativos*. Recuperado de www.paliar.com.br/cuidados-paliativos
- Jales, S. M. da C. P. & Siqueira, J. T. T. de (2012). O papel do dentista na equipe. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). (pp. 366-372). Rio de Janeiro: Diographic.
- Jorge, M. D; Ramos, D. L. de P & Jorge, W. A. (2008). Odontologia. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidados Paliativos*. (pp. 83-86). São Paulo. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf

- Kitajima, K; Baptista, D; Mello, L. & Lopes, N. (2014). O Papel do psicólogo intensivista junto à equipe de saúde. In K. Kitajima. (Org.). *Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva: critérios e rotinas de atendimento* (pp. 39-69). Rio de Janeiro, RJ: Revinter.
- Kovács, M. J. (1992). Atitudes diante da morte visão histórica social e cultural. In: Kovács, M. J. (Org.). *Morte e desenvolvimento humano*. (pp. 28-47). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003a). *Educação Para a Morte: Temas e Reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003b). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, 2(14), 115-167.
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22 (1), 94-104.
- Kubler-Ross, E. (2008). *Sobre a Morte e o Morrer*. (9ª ed.). (P. Menezes, Trad.). São Paulo: Editora WFM Martins Fontes (Obra original publicada em 1969).
- Kubler-Ross, E. (1975). *Morte Estágio Final da Evolução*. (Distribuidora Record de Serviços de Imprensa, Trad.). Rio de Janeiro: Record.
- Kubler-Ross, E. (1998). *A Roda da Vida*. (M. L. N. Silveira, Trad.). Rio de Janeiro: Sextante.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. doi: doi.org/10.1176/ajp.101.2.141
- Lolland, L. (1978). *The craft of dying*. Beverly Hill: Sage.
- Maciel, M. G. S. (2008). Definições e princípios. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidados Paliativos*. (pp. 15-32). São Paulo. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
- Maciel, M. G. S. (2009). Cuidados paliativos: princípios gerais. In: Onofre, A. N., Costa, C. M. de C., Siqueira, J. T. T. de & Teixeira, M. J. *Dor: Princípios e Prática*. (pp. 133-140). Porto Alegre: Artmed.
- Maciel, M. G. S. (2012). Organização de serviços de cuidados paliativos. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). (pp. 94-110). Rio de Janeiro: Diographic.

- Mattje, G. D & Benites, C. C. A. (2009). A pesquisa qualitativa e a cientificidade da psicanálise. In E. A. N. Cerchiari, & M. F. Chavarelli. (Orgs.). *Entrelaços: produções psicanalíticas no setting universitário* (pp. 165-189). Campo Grande, MS: Universidade Católica Dom Bosco.
- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.) (pp. 23-30). Rio de Janeiro: Diographic.
- Mehnert, A. (2015). Clinical psychology in palliative care. In: Cherny, N. I., Fallon, M. T., Kaasa, S., Portenoy, R. K. & Currow, D. C. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5th ed.). (pp. 221-227). United Kingdom: Oxford University Press (Obra original publicada em 1993).
- Melo, D. A. de (2009). Nutrição. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidados Paliativos*. (pp. 81-82). São Paulo. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação* (22)37, 7-32.
- Nunes, L. V. (2012). O papel do psicólogo na equipe. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). (pp. 337-340). Rio de Janeiro: Diographic.
- Ohio Health Hospice (2015). *Let's Talk about Palliative and Hospice Care*. (Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG, trad.) Columbus. (Obra original publicada em 2014).
- Othero, M. B. (2012). O papel do terapeuta ocupacional na equipe. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). (pp. 361-363). Rio de Janeiro: Diographic.
- Pinto, A. C. (2012). O papel do fonoaudiólogo na equipe. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). (pp. 358-360). Rio de Janeiro: Diographic.
- Queiroz, M. E. G. de. (2008). Terapia ocupacional. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidados Paliativos*. (pp. 67-68). São Paulo. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
- Richardson, R. & Davidson, I. (2015). The contribution of the dietitian and nutritionist to palliative medicine. In: Cherny, N. I., Fallon, M. T., Kaasa, S., Portenoy, R. K. & Currow, D. C. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5th ed.). (pp. 191-196). United Kingdom: Oxford University Press (Obra original publicada em 1993).
- Rodrigues, G. V. (2000). Nem o sol, nem a morte podem ser olhados de frente. In M. D. Moura. (Org.). *Psicanálise e hospital* (pp. 49-55). Rio de Janeiro, RJ: Revinter.

- Santos, T. C. (n. d). *A pulsão é pulsão de morte*. In *Isepol – Instituto Sephora de Ensino e Pesquisa de Orientação Lacaniana*. Rio de Janeiro, RJ: ISEPOL. Recuperado de http://www.isepol.com/alem_do_principio_prazer.html
- Saporeti, L. A. (2008). Espiritualidade em cuidados paliativos. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidados Paliativos*. (pp. 521-531). São Paulo. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
- Schur, M. (1981a). *Freud: vida e agonia uma biografia*. (Vol. 2). (M. A. de M. Matos, Trad.). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1973).
- Schur, M. (1981b). *Freud: vida e agonia uma biografia*. (Vol. 3). (M. A. de M. Matos, Trad.). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1973).
- Sera, C. T. N. & Izzo, H. (2009). Fisioterapia. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidados Paliativos*. (pp. 58-60). São Paulo. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
- Severino, A. J. (2007). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo, SP: Cortez.
- Sherman, D. W. & Free, D. C. (2015). Nursing and palliative care. In: Cherny, N. I., Fallon, M. T., Kaasa, S., Portenoy, R. K. & Currow, D. C. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5th ed.). (pp. 154-163). United Kingdom: Oxford University Press (Obra original publicada em 1993).
- Silva, M. J. P. da; Araújo, M. T.; Firmino, F. (2008). Enfermagem. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidados Paliativos*. (pp. 61-63). São Paulo. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
- Silveira, D. T. & Córdova, F. P. (2009). A pesquisa Científica. In T. E. Gerhardt, & D. T. Silveira. (Orgs.). *Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS* (pp. 31-42). Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS.
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2015). *Divulgado índice de qualidade de morte 2015, da economista Intelligence Unit*. Recuperado de <http://www.sbgg-sp.com.br/pro/divulgado-indice-de-qualidade-de-morte-2015-da-economist-intelligence-unit/>
- Strachey, J. (2006a). Artigos sobre metapsicologia introdução do editor inglês. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. XIV, pp. 109 -113). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1969).

- Strachey, J. (2006b). Nota do editor inglês. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad, vol. XXI, pp. 67-71). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1969).
- Taquemori, L. Y. (2008). Fonoaudiologia. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidados Paliativos*. (pp. 64-66). São Paulo. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
- Taquemori, L. Y. & Sera, C. T. N. (2008). Interface Intrínseca: Equipe Multiprofissional. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidados Paliativos*. (pp. 55-57). São Paulo. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
- The Economist Intelligence Unit (2015). *The 2015 Quality of Death Index: ranking palliative care across the world*. London: Lien foundation.
- World Health Organization (2017). *WHO Definition of Palliative Care*. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Worth, R. (2005). *Elisabeth Kubler-Ross: Encountering Death and Dying*. Philadelphia: Chelsea House Publishers.

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As Concepções de Morte e suas Implicações na Prática dos Cuidados Paliativos: um estudo psicanalítico

Pesquisador: Paulo José da Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03613618.3.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.098.385

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender psicanaliticamente quais as concepções que os profissionais de saúde têm em relação a morte, ao lidar com pacientes em Cuidados Paliativos. Objetivos Secundários: Caracterizar a prática dos Cuidados Paliativos. Discorrer acerca dos aspectos históricos relacionados à concepção de morte na sociedade ocidental. Discutir sobre a morte e o morrer na perspectiva psicanalítica. Analisar os discursos dos profissionais de saúde que lidam com pacientes em Cuidados Paliativos, buscando identificar suas possíveis concepções sobre a morte.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

E-mail: copep@uem.br

Continuação do Parecer: 3.098.385

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa consiste em uma pesquisa de campo qualitativa, na qual pretende-se entrevistar profissionais da saúde que atuam no ambiente hospitalar e assistem pacientes que estão em Cuidados Paliativos. Após contato com os participantes serão marcadas entrevistas semiestruturadas. Inicialmente pretende-se realizar, aos profissionais entrevistados, quatro perguntas disparadoras podendo ser construídas outras no decorrer do processo. As entrevistas serão gravadas em áudio e depois transcritas na íntegra. Segundo a pesquisadora os dados coletados serão utilizados somente para a realização desta pesquisa, respeitando o sigilo e preservando a identidade dos profissionais entrevistados. As gravações em áudio e as transcrições das entrevistas serão guardadas por cinco anos e após este período serão descartadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a folha de rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável institucional. Apresenta parecer aprovado do Comitê de ética do Hospital Santa Rita de Maringá. Apresenta autorização, assim como da superintendência do referido Hospital para a realização do projeto junto aos profissionais de saúde. Descreve gastos de R\$ 390,00 sob a responsabilidade da pesquisadora. O período de realização da pesquisa vai de 01/02/2019 à 31/12/2019. O TCLE apresenta linguagem clara e contempla as garantias de sigilo e confidencialidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1261109.pdf	26/11/2018 22:38:25		Aceito
Outros	roteiro_da_entrevista.pdf	26/11/2018 22:25:23	ARYANE LEINNE OLIVEIRA MATIOLI	Aceito

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4**Bairro:** Jardim Universitário**CEP:** 87.020-900**UF:** PR**Município:** MARINGÁ**Telefone:** (44)3011-4597**Fax:** (44)3011-4444**E-mail:** copep@uem.br



Continuação do Parecer: 3.098.385

Outros	Autorizacao.pdf	26/11/2018 22:20:19	ARYANE LEINNE OLIVEIRA MATIOLI	Aceito
Outros	parecer.pdf	26/11/2018 22:19:49	ARYANE LEINNE OLIVEIRA MATIOLI	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	26/11/2018 22:17:51	ARYANE LEINNE OLIVEIRA MATIOLI	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	26/11/2018 22:17:33	ARYANE LEINNE OLIVEIRA MATIOLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.pdf	26/11/2018 22:16:23	ARYANE LEINNE OLIVEIRA MATIOLI	Aceito
Outros	Pedido_de_acesso_institucional.pdf	26/11/2018 19:44:39	ARYANE LEINNE OLIVEIRA MATIOLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/11/2018 19:43:49	ARYANE LEINNE OLIVEIRA MATIOLI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	26/11/2018 19:35:26	ARYANE LEINNE OLIVEIRA MATIOLI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGA, 20 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGA

Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

E-mail: copep@uem.br