

## A SIGNIFICAÇÃO DO ÓBITO HOSPITALAR PARA ENFERMEIROS E MÉDICOS

### DEATH IN THE HOSPITAL AND ITS MEANING FOR NURSES AND DOCTORS

### EL SIGNIFICADO DEL ÓBITO EN HOSPITALES PARA ENFERMEROS Y MÉDICOS

CARLOS ALBERTO DOMINGUES DO NASCIMENTO<sup>1</sup>

ANDRÉA DE BRITO SILVA<sup>2</sup>

MINEYA CABRAL DA SILVA<sup>2</sup>

MANOEL HENRIQUE DE MIRANDA PEREIRA<sup>2</sup>

*Na contemporaneidade, a temática da morte foi paulatinamente excluída do âmbito sócio-cultural e, particularmente, da formação e prática dos profissionais de saúde, especialmente Enfermeiros e Médicos. Nesse contexto, o estudo objetivou identificar as significações desses profissionais sobre a situação na qual, no hospital, se materializa o processo de morrer, ou seja, o óbito hospitalar. Para tanto, segundo a análise do conteúdo do discurso e deste, enquanto prática de produção de sentido, categorizou-se e se interpretou um conjunto de 34 entrevistas semi-estruturadas de Enfermeiros (17) e Médicos (17). Os resultados evidenciaram que: (a) a formação, na graduação, exclui a abordagem dos aspectos psicossociais do óbito, (b) a relação com a família do paciente em óbito é significada como de envolvimento ou distanciamento e (c) a relação com o paciente é significada como de aceitação, defesa ou mobilização afetiva. Espera-se contribuir para a humanização da vivência do óbito hospitalar.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Morte; Atitude frente à morte; Enfermagem; Médicos

*Nowadays, death has been slowly excluded from the social and cultural scope and, particularly, from the background and practice of health professionals, especially Nurses and Doctors. This paper aimed at identifying the meaning of these professionals concerning the situation in which the process of dying in the hospital is materialized. Therefore, considering the discourse content and its analysis as a practice of meaning production, it categorized and interpreted a group of 34 semi-structured interviews with Nurses (17) and Doctors (17). Results showed that: (a) university education excludes the approach of the psychosocial aspects of death; (b) the relationship with the dying patient's family is understood as involvement or distancing and (c) the relationship with the patient is understood as acceptance, defense or affective mobilization. We hope that this work will somehow contribute to the humanization while experiencing death in hospitals.*

**KEYWORDS:** Death; Attitude towards death; Nursing; Physicians.

*En la contemporaneidad, el tema de la muerte fue paulatinamente excluido del ámbito sociocultural y, particularmente, de la formación y práctica de los profesionales de la salud, principalmente Enfermeros y Médicos. En este contexto, el objetivo de este estudio fue identificar los significados que estos profesionales atribuyen a la situación en la cual, en el hospital, se materializa el proceso de morir, o sea, la defunción hospitalaria. Por lo tanto, según el análisis del contenido del discurso y de éste como práctica de producción de sentido, se clasificó y se interpretó un conjunto de 34 entrevistas parcialmente estructuradas de Enfermeros (17) y Médicos (17). Los resultados evidenciaron que: (a) la carrera, en la gradación, excluye el sondeo de los aspectos psíquicos-sociales del óbito; (b) la relación con la familia del paciente en óbito muestra aproximación o distanciamiento y (c) la relación con el enfermo muestra aceptación, defensa o movilización afectiva. Se espera contribuir para el humanitarismo de la vivencia del óbito en hospitales.*

**PALABRAS CLAVE:** Muerte. Actitud frente a la muerte. Enfermería. Médicos.

<sup>1</sup> Psicólogo, Mestre e Doutor em Linguística, Professor Adjunto do Departamento de Saúde Pública e Ciências do Comportamento do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco – FENSG / UPE. E-mail: minguesnascimento@hotmail.com. Pesquisa financiada pelo Fundo de Desenvolvimento em Pesquisa (FDPE) da UPE.

<sup>2</sup> Alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da FENSG – UPE. Bolsistas do FDPE.

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde, atualmente, observa-se um maior interesse na abordagem dos aspectos sociais, culturais e psicológicos relacionados ao morrer, possibilitando, assim, a superação da perspectiva que, no Ocidente, desde o século XIX, orientou a atitude dos profissionais de saúde, especialmente dos Enfermeiros e Médicos, face à morte: a da negação<sup>1,2,3</sup>. Uma atitude que se formou com a gradativa desvinculação do processo de morrer e da morte do ciclo vital humano:

A morte, então, passa a significar fracasso, frustração, interrupção no projeto de vida, sendo sempre representada através do medo, do desespero e da negação. Seu controle se transforma em objeto e objetivo da ciência e os homens passaram a exigir desta o que esperavam antes da magia e da religião. O pavor de perder a salvação eterna foi substituído progressivamente pela esperança de viver mais, de postergar a morte, de ser surpreendido por uma descoberta científica capaz de cancelá-la<sup>4:109</sup>.

Nesse contexto, decorre, por um lado, que o hospital é transformado no lugar onde se processa a exclusão da morte, ou seja, onde o paciente moribundo, longe da família e de seu meio social, deve morrer, e, por outro, que o Enfermeiro e o Médico são designados como os profissionais habilitados a cuidar do moribundo. Ao médico, em particular, coube, ainda, a responsabilidade pela definição clínica da morte e sua atestação legal<sup>5</sup>.

Na Medicina, até o limiar do século IX, o corpo morto, tal qual na superstição popular, é visto como detentor de humanidade e personalidade. Nos séculos subseqüentes, ganha o status de objeto científico, passando a ser reconhecido como o meio fundamental para o avanço das descobertas sobre as doenças, como se vê na passagem seguinte:

Por fim, no limiar do século XIX, surgiu outro paradigma médico: a mente clínica substitui a medicina dos sintomas por uma “medicina dos tecidos” – a teoria anátomo-clínica. As doenças já não denotavam espécies nem conjunto de sintomas. Em vez disso, agora indicavam lesões em tecidos específicos. Os médicos passaram a concentrar-se muito mais – na tentativa de adquirir conhecimentos sobre a patologia – no paciente

individual (...) A morte – vista como um processo vital – tornou-se a grande mestra da anatomia clínica, revelando, pela decomposição dos corpos, as verdades invisíveis procuradas pela ciência médica<sup>6:37</sup>.

Nessa abordagem científica, surgem novas designações para o indivíduo, ou seja, durante a situação de adoecimento é denominado *paciente* e, após a morte, *cadáver*. Trata-se de uma terminologia técnico-científica que direciona o saber e a prática dos Médicos e, conseqüentemente, dos Enfermeiros, para o âmbito do conhecimento anátomo-clínico.

Todavia, é importante observar que a morte, para esses profissionais de saúde, no que pese ser uma experiência calcada no saber científico, também é uma vivência humana e, portanto, submetida a determinações psicossociais. Assim, é importante frisar que as significações científicas não aplacam as subjetivas, como, por exemplo, aquelas oriundas dos sentimentos, geralmente negativos, vivenciados diante da morte.

A situação de óbito hospitalar, ocorrência na qual se dá a materialização do processo de morrer e da morte, é, certamente, uma experiência impregnada de significações científicas mas também de significações sociais, culturais e, principalmente, subjetivas. Neste contexto, o questionamento que orientou o desenvolvimento deste estudo foi: Quais as significações atribuídas por Enfermeiros e Médicos à situação do óbito hospitalar? Para respondê-lo, procurou-se identificar essas significações a partir da formação acadêmica destes profissionais e de suas experiências e vivências com o paciente em óbito e os familiares deste.

A identificação dessas significações, tal qual a daquelas oriundas da investigação de outras temáticas, como eutanásia, distanásia, cuidados paliativos etc., podem subsidiar os profissionais de saúde na definição de ações que humanizem o processo de morrer, especialmente na situação de óbito hospitalar.

## METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa do tipo descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. Trata-se, por

tanto, de uma modalidade de investigação que privilegia a identificação e a análise das significações subjetivas de indivíduos e grupos sobre determinado fenômeno <sup>7</sup>.

Os sujeitos participantes constituíram um conjunto de 34 profissionais de saúde – 17 enfermeiros e 17 médicos – vinculados a um hospital da rede pública do estado de Pernambuco. Os critérios de inclusão, que visavam assegurar uma vivência significativa da situação de óbito hospitalar pelos sujeitos, foram: (a) atuar no setor de Emergência e/ou na Unidade de Terapia Intensiva – UTI e (b) possuir, pelo menos, 5 anos de atividade nesse serviço.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi uma entrevista semi-estruturada, na qual o conjunto dos Enfermeiros e Médicos foi questionado sobre os seguintes tópicos: (a) sua formação acadêmica em relação aos determinantes psicossociais da doença, da morte e do óbito hospitalar, (b) sua percepção da família na situação de óbito e (c) sua percepção do paciente na situação de óbito. O estudo piloto assegurou a adequação das perguntas ao objetivo proposto.

As entrevistas foram analisadas e categorizadas, recorrendo-se à análise do conteúdo <sup>8</sup>, permitindo, assim, a identificação das unidades discursivas comuns a Enfermeiros e Médicos. Posteriormente, analisou-se cada unidade, enquanto uma prática discursiva <sup>9</sup> cuja significação reflete, reproduz, reconstrói, ordena e explica a visão que esses profissionais têm de si e do cotidiano de sua realidade profissional, particularmente aquela associada ao óbito hospitalar.

Para a análise dos dados considerou-se, inicialmente, a transcrição das entrevistas. Posteriormente, realizou-se a contextualização da interação, a categorização das associações e a identificação e aplicação do repertório interpretativo levantado na literatura. Os depoimentos foram numerados conforme a ordem de análise e identificados com os códigos E (Enfermeiro) e M (Médico).

A pesquisa foi previamente submetida à avaliação pelo Comitê de Ética do Hospital da Restauração, o qual, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, deu parecer favorável a sua execução. Os sujeitos, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, firmaram sua participação na pesquisa e autorizaram divulgação dos resultados.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

### Formação acadêmica e a relação do profissional de saúde com o paciente e a morte

Enfermeiros e Médicos, quando questionados sobre a importância das disciplinas de graduação para o desenvolvimento de suas atitudes diante do paciente, apontam a ênfase dada aos aspectos técnico-organicistas em detrimento dos psicossociais.

Esses últimos não constituíam uma disciplina do currículo, sendo, geralmente, abordados pela iniciativa isolada e assistemática de alguns docentes. Disciplinas, como Deontologia, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Fundamentos de Enfermagem, Obstetrícia, Psicologia, Semiologia e Clínica Médica, do curso de Enfermagem, e Deontologia, Medicina Legal, Psicologia Médica, Semiologia e Clínica Médica, do curso de Medicina, foram referidas como promotoras de alguma discussão sobre esses aspectos, todavia, ressaltou-se, de forma incipiente.

Para compreender tal situação, é preciso considerar que a formação dos profissionais de saúde está vinculada ao contexto sociocultural e ideológico no qual está inserida, no caso, o ocidental. Desta forma, desvalorizar ou negar a dimensão psicossocial da dor e do sofrimento do paciente é o reflexo do processo histórico que, na sociedade ocidental, no âmbito da assistência à saúde, por um lado, despiu o doente de sua dimensão subjetiva e cultural e, por outro, enfaixou-o com a dimensão organicista. Portanto, é uma formação que prima por disseminar a idéia de neutralidade ou indiferença diante da dor, do sofrimento e da morte <sup>10</sup>.

Uma vez que a estrutura curricular releva a compreensão biopsicossocial da doença, é a experiência cotidiana nos serviços de saúde, com toda a sua carga de ansiedade e frustração <sup>10</sup>, que alicerça a “reflexão” e a “aprendizagem” da atitude em relação ao paciente e a sua doença:

Profissional e paciente? Eu, tenho tempo de formada. Posso dizer que não foi uma coisa muito tratada na universidade, pelo menos na minha época. Não foi nada que ficou muito marcado, não. É o dia-a-dia, lidando com o paciente, com a família do paciente, que vai ensinando a gente

e mostrando como é que se lida com isso, mas na escola, eu não me recordo de ter tido muita informação sobre isso. (E4)

Mais ou menos, prezam muito pela parte de exame físico, os cuidados, uma boa história, uma boa anamnese, mas esse cuidado que a pessoa tem que ter, psicológico, que falei, não é muito ensinado nas faculdades, talvez um professor ou outro, mas a maior parte não ensina não, talvez isso é que separa mais o médico daqueles que só querem a profissão para ganhar dinheiro. (M7)

No que se refere ao tema da morte, observa-se que alguns conteúdos foram abordados durante a graduação: o paciente terminal, as etapas do morrer, a assistência à família, as condições psicológicas do profissional e, principalmente, os aspectos técnicos e legais do cuidado ao paciente terminal e ao corpo em óbito. Uma abordagem que também foi assistemática e incipiente:

A morte é um tema pouco discutido (...) é discutido (...) foi discutido, assim que no momento que o paciente falece, a gente precisa cuidar do corpo pós-morte, então, só se abordava a forma de como cuidar do corpo. Somente. Nada mais na época. (E9)

A morte sempre é um tema discutido, principalmente como evitar a morte, mas como lidar com a morte e, principalmente, com a família, como conversar isso com os familiares, não é uma coisa muito discutida. A gente sente um pouco de falta disso, acaba aprendendo através da prática, mas não é um tema muito dado em sala de aula. (M10)

O profissional, quando estudante, é apresentado à morte sem nenhum preparo, sem um ritual de passagem<sup>10</sup>. Desta forma, é novamente a experiência cotidiana, sem o devido suporte acadêmico, especialmente por parte dos docentes, que é apontada como o *locus* da “reflexão” e da “aprendizagem” sobre a atitude profissional, agora diante da morte:

Na época da formação universitária, eu também não lembro(...) o que se discutia era: O paciente faleceu? O que fazer com o corpo? Agora, assim, o que é a morte do ponto de vista(...) que eu posso dizer(...) de sentimentalismo para o profissional, essas coisas não foi abordada não, na minha época, pelo menos que eu lembro, só o que é mais óbvio, que é cuidar do corpo. Essa parte, se existiu, infelizmente, eu não lembro. (E2)

Não teve nenhum professor nem disciplina que destacassem essa importância. Já disse, se existiu foi no início, e quando você chega ao quinto ano de medicina já se esqueceu. (M12)

Evidencia-se uma realidade já conhecida: os cursos da área de saúde negam a morte e, assim, relevam a preparação do acadêmico, para lidar com os aspectos emocionais suscitados por ela. Não incluem a temática da morte como disciplina ou conteúdo transversal de sua grade curricular<sup>11,12</sup>. Essa exclusão não é, apenas, um “esquecimento”, mas, parte do próprio processo de negação da morte. O que se observa, então, é que essa blindagem defensiva é rompida durante os estágios, sem que os alunos, futuros profissionais, estejam devidamente preparados teórica e psicologicamente para lidar com as vivências suscitadas.

Enfermeiros e Médicos, já no primeiro ano de formação, nas aulas de anatomia, são levados a lidar, defensivamente, pela via da negação, com a morte. O processo de morrer e a própria morte são negados pela via da despersonalização, o que já se evidencia na disciplina de anatomia: não se estuda um paciente, mas, um cadáver, ou melhor, órgãos e tecidos<sup>12,13</sup>. A exclusão da temática da morte ou, como se constatou, a superficialidade de sua abordagem, reafirma esse processo de negação, o qual, iniciado naquela disciplina, se estende por todo o curso.

Observa-se, desse modo, a herança de uma formação acadêmica que relega a reflexão sobre a relação interpessoal do profissional de saúde com o paciente e, em particular, dessa relação no processo de morrer. A perspectiva tecnicista prevalece em detrimento de uma humanista: cuida-se da doença e do corpo morto, porém, não se cuida do indivíduo durante o adoecimento ou morte.

## A família do paciente em óbito

O cuidado prestado pelo profissional de saúde ao paciente é um procedimento que, nas diversas circunstâncias de assistência, inclusive a hospitalar, envolve a família. A ansiedade face ao adoecimento pode gerar uma crise familiar que certamente é maior quando ocorre a situação de óbito. Para o bom desenvolvimento do tratamento, é preciso assegurar uma boa interação entre os profissionais de saúde e os familiares do paciente<sup>14, 15</sup>.

É interessante observar que as etapas associadas ao morrer – negação, raiva, negociação, depressão e aceitação –, dadas como vivências do paciente, também são sentidas pelos familiares, pois estes como aqueles se mostram, cultural e emocionalmente, despreparados para lidarem com a morte. Na situação de óbito, os familiares, motivados por seu sentimento de incapacidade ou culpa, podem, em decorrência da ansiedade que vivenciam, desenvolver comportamentos agressivos em relação aos profissionais de saúde<sup>16</sup>.

Esta situação de crise é apreendida pelos informantes, pois, quando indagados sobre a família do paciente em óbito, percebem-na como um grupo que vivencia um estado emocional de sofrimento e, por tal, necessitado de atenção. Percebem a situação de óbito como análoga àquela de um paciente hospitalizado, na qual a família espera que o profissional de saúde se apresente acessível, forneça informações esclarecedoras e, quando necessário, aconselhe<sup>17</sup>.

São pessoas tristes que precisariam de um apoio maior. Às vezes, a questão é muito isso, é dizer que o paciente foi a óbito. Parece muito com aquela história de quem vai entregar a batata quente. (E6)

A família do paciente em óbito para mim é atenção. A atenção é toda para a família, para explicar. O pior problema da morte é o trauma. A família não se conforma, mas pra mim o importante é prestar atenção à família. (M8)

Situações de assistência a pacientes graves, como, por exemplo, aquela de terapia intensiva, em que a morte ganha um contorno definido e, muitas vezes, proeminente, eviden-

ciam que o profissional de saúde percebe o sofrimento familiar e tem consciência de como lhe é, emocionalmente, difícil lidar com esse sofrimento<sup>18, 19</sup>. O óbito, como a situação de terapia intensiva, talvez pela proximidade que a morte estabelece entre ambas as situações, também é percebido pelos Médicos e Enfermeiros como doloroso e de difícil manejo emocional, especialmente quando se impõe a comunicação de sua ocorrência à família.

É um momento difícil de ser transmitido, de dar uma satisfação a ela, à família, é um momento difícil da gente profissional de saúde para comunicar o óbito, sentir a dor dela também, imaginar essa dor é difícil. (E17)

Eu vejo a questão mais pessoal: você imaginar sua família vivendo isso. Basicamente é isso, o lado mais pessoal, como se você transferisse isso para sua vida. (M17)

Ao serem abordados quanto à forma de lidar com a situação emocional da família, os participantes mencionam, por um lado, a importância de informar e explicar as causas do óbito e os procedimentos necessários para liberação do corpo e, por outro, a importância do apoio psicológico à família. Para tanto, consideram duas atitudes: (a) *assumir a assistência familiar* ou (b) *delegar a assistência familiar*. Para a primeira, temos:

Eu não diria que só o enfermeiro é importante, o Assistente Social é importante, o Médico é importante. Às vezes, você fala, mas a família quer ter uma opinião, a questão médica ainda está muito arraigada, então, muitas vezes, a família quer ver o Médico, e ele tem um papel muito importante e a Enfermagem também, a Assistente Social e a equipe como um todo. (E1)

Quem deve dar a informação aos familiares eu acho que é o Médico. Como a rotina aqui é de muita correria, muitas vezes aqui quem dá é o Serviço Social, mas eu acho que também eles têm a importância de dar, porque, às vezes, eles têm mais contato com os familiares do que o Médico. (M12)

Para o segundo tipo, observamos relatos como:

A princípio, eu acho que deveria ser uma obrigação do Serviço Social, porque nós já temos toda uma angústia em estar lidando com aquele paciente. Quando esse resultado é negativo, você ainda tem a angústia de repassar essa triste informação. (E15)

Acho que para a família tem que ter um apoio psicológico, isso é importante. Muitas vezes fica difícil o Médico fazer isso, porque ele não só tem que arcar com tratamento antes do paciente entrar em óbito, como tem outros pacientes para ele atender. Além de que, como eu disse, o Médico não está muito acostumado a fazer isso, a lidar com a família do paciente em óbito. Eu acho que deveria ter uma pessoa especializada nisso, um Psicólogo, um Assistente Social, uma pessoa desse tipo. (M4)

Uma e outra atitude sintetizam as duas concepções que sustentam as posturas básicas assumidas pelos profissionais de saúde diante da família do paciente em óbito. A primeira, mais humanizada, admite a morte como uma experiência de *envolvimento emocional* com os familiares. A segunda, apoiada numa concepção tecnicista, corresponde a um *distanciamento emocional* da família, circunscrevendo a assistência ao desenvolvimento das ações clínicas necessárias ao tratamento do paciente e, especificamente, aquelas necessárias à atestação do óbito. Neste caso, identificam o Assistente Social e o Psicólogo como os profissionais responsáveis pelo cuidado sócio-emocional dos familiares.

### O paciente em óbito

No contexto da relação com o paciente, considera-se, em geral, que a vivência da morte é um dos fatores determinantes do comprometimento emocional dos profissionais de saúde, desencadeando um sofrimento que, muitas vezes, é evitado através da negação e onipotência<sup>10</sup>.

Na prática da Enfermagem, especialmente aquela desenvolvida no âmbito hospitalar, o sofrimento e a dor,

muitas vezes, são apreendidos como fatores que podem atrapalhar o bom desempenho profissional, portanto, face os quais se impõe uma atitude defensiva<sup>20</sup>. Essa situação pouco difere daquela encontrada na prática médica, na qual se observa que tanto a participação em debates, conversas e seminários a respeito da morte como a reflexão sobre as vivências dos pacientes terminais são evitadas<sup>11</sup>.

A morte, estabelecendo os limites do saber e da ação do Enfermeiro e do Médico, desencadeia muitas das vivências emocionais negativas associadas à atuação de cada um, especialmente aquelas desencadeantes da frustração narcísea associada à realização profissional: "se a morte é apreendida como fim, ruptura, fracasso, vergonha e ocultação, ao depararem-se com a morte, essa experiência passa a ser "terrível" e mostra que os profissionais não são formados para compreender a morte, enquanto um momento do ciclo de vida"<sup>21:30</sup>.

Enquanto experiência inevitável à prática da saúde, a morte interfere, mais ou menos, no estado emocional dos Enfermeiros e dos Médicos<sup>12, 22</sup>. Nesse contexto, o paciente em óbito, situação que, como já foi observado, dimensiona a materialização da morte, assume significações que, segundo a frustração vivenciada em relação a essa perda, podem ser caracterizadas como *aceitação*, *defesa* ou *mobilização afetiva*.

No que se refere à aceitação, observam-se dois tipos de representações para o óbito: ou uma *transição espiritual* ou uma *condição existencial*. Em relação ao primeiro, temos:

Eu tenho uma formação espírita e eu acho que a gente vem pra cumprir uma missão (...) E, por mais que eu faça, que o médico faça, que a equipe de saúde faça por aquele paciente grave, pra tirar daquela situação, tem sempre um limite. Um limite. (E13)

Já que a gente está falando da morte, eu acho que a morte é vital, da mesma forma que a vida é vital. É uma coisa que se sabe: que você nasce, cresce, reproduz e morre. Esse é o ciclo natural. (M5)

A morte é percebida como um fenômeno religioso e, portanto, segundo a crença inerente a toda concepção religi-

osa de que a essência da natureza humana é espiritual ao invés de material: o corpo morre, mas o espírito permanece. Apreende-se o óbito como o momento no qual se dá a transição do estado material para o espiritual, da vida terrena para a vida eterna. Em relação ao segundo tipo, tem-se:

Um paciente que merece respeito e merece ser tratado dignamente, geralmente eu não gosto de usar o termo cadáver, mas, às vezes, a gente tem que escrever "corpo", encaminhar ao necrotério. Não, é paciente! O paciente em óbito é tão importante quanto o paciente em vida. (E16)

Ainda é um ser humano, o respeito existe de todo jeito, também com os familiares. (M2)

Trata-se, então, de uma atitude que desvincula a subjetividade da dicotomia animado/inanimado, reconhecendo o paciente, ainda que morto, portanto, seu corpo, como humano. Vida e morte são, assim, percebidas como processos interligados, sendo o corpo, mesmo que desprovido de vida, um ser humano merecedor de respeito. O profissional de saúde, por não ser indiferente a essa condição, experiencia sentimentos, tais como tristeza, perda, medo etc.

Na defensiva, o óbito é apreendido como um *atendimento técnico-burocrático*:

Uma vaga para o próximo paciente. (E8)

Um corpo sem vida ao qual deve ser dada atenção apenas profissional. (M9)

A morte é percebida em função de sua dimensão orgânica e institucional, ou seja, o paciente em óbito é apenas um corpo a ser submetido aos procedimentos técnicos e burocráticos. Corresponde a uma atitude que, defensivamente, nega e racionaliza a morte para, assim, desvincular a relação profissional de qualquer aspecto humanizante<sup>23</sup>.

Finalmente, na mobilização afetiva, o Enfermeiro e o Médico realizam uma auto-avaliação negativa de seu desempenho e, assim, fazem prevalecer a idéia do *fracasso profissional*:

É como eu falei antes. É triste, é mais um, é mais um óbito, a gente convive frequentemente com

isso aqui, e, ao mesmo tempo é triste, porque é um investimento que a gente se dedicou e não vê êxito. É lógico que, em virtude da gravidade que ele chega aqui, nem sempre o resultado é positivo. (E14)

Representa um insucesso do tratamento médico, ou cirúrgico, ou clínico; às vezes o sucesso não é nem cogitado de acordo com o tipo de doença, você sabe que não vai haver sucesso, mas, de qualquer forma eu acho que é um insucesso. (M1)

O óbito se impõe como uma experiência de insatisfação que leva os profissionais de saúde a se confrontarem, concretamente, com a quebra do sentimento de onipotência e a vivência do sentimento de impotência. Confrontam-se, assim, com a percepção de uma auto-imagem negativa, construída em função da impossibilidade real e intransponível de cumprir o objetivo último de sua formação e prática profissional: a cura.

O comprometimento da saúde mental desses profissionais é, na maioria das vezes, concebido como uma reação de estresse, associada às condições de trabalho, tais como fadiga, privação de sono, sobrecarga de trabalho etc<sup>24</sup>. Mas, além desses, é preciso atentar, na situação de morte, para os fatores psicológicos desencadeados pelo contato com o sofrimento do paciente e sua família. O Enfermeiro e o Médico estão submetidos à possibilidade de se identificarem com a dor do paciente ou a da família e, assim, transformarem o sofrimento de ambos, ainda que imaginária e inconscientemente, no seu sofrimento.

## CONCLUSÃO

A análise realizada permitiu identificar algumas das significações que Médicos e Enfermeiros utilizam para representar e definir suas vivências diante da situação de óbito hospitalar.

Observa-se, inicialmente, que no âmbito da formação acadêmica, prevaleceu uma perspectiva tecnicista em detrimento de uma humanista. O tema da morte e sua vivência foram excluídos da formação teórico-prática, sendo negados no âmbito curricular e, portanto, no conteúdo programático das diversas disciplinas.

Os profissionais, durante os anos de formação, foram superficialmente informados a respeito da temática da morte e, certamente, não foram preparados para lidar com ela. A experiência cotidiana nos serviços de saúde foi o momento no qual, pela fatalidade dos atendimentos, eles mantiveram contato com a morte e, por iniciativa própria e isolada de alguns docentes, desenvolveram alguma reflexão sobre o processo de morrer e sua repercussão no seu desempenho profissional. Trata-se, portanto, de um modelo a ser superado:

A formação, que é vista como inadequada pelos profissionais, sendo mais humanística e filosófica nas faculdades, abrangendo todas as etapas da graduação, modificará a atitude do profissional frente a essa situação e poderá dar-lhe segurança e delicadeza para consolar aqueles que se separaram de seu ente querido<sup>14,16</sup>.

Enfermeiros e Médicos, no que se refere à família do paciente em óbito, percebem-na vivenciando um estado de sofrimento e mostram-se, profissionalmente, mobilizados por este. Nesse contexto, associam duas representações para o desempenho profissional: o envolvimento ou o distanciamento. Na primeira, tem-se a compreensão de que a assistência psicossocial à família deve ser prestada por toda a equipe profissional, inclusive os Enfermeiros e Médicos. Na segunda, observa-se essa assistência como uma atribuição exclusiva dos Psicólogos e Assistentes Sociais. São duas significações que apontam, respectivamente, a superação e a reprodução do modelo tecnicista da formação acadêmica.

Sobre o paciente em óbito, constataram-se significações que configuram três tipos de representações: aceitação, defesa e mobilização afetiva. A aceitação, pelo viés religioso ou existencial, mostra o profissional de saúde lidando com a morte. Por outro lado, na defesa, tem-se uma situação contrária, ou seja, a negação da morte, mediante a descaracterização da subjetividade do paciente, que é visto apenas como objeto de cuidados técnico-burocráticos. No que se refere à mobilização afetiva, tem-se a situação em que o óbito é evitado, pois, desencadeando sentimentos de fracasso e insucesso profissional, promove o sofrimento psíquico do profissional no âmbito do desempenho de suas atividades.

Neste contexto, evidencia-se que os profissionais de saúde precisam observar que os familiares, no espaço do atendimento hospitalar, necessitam de uma assistência que minimize o sofrimento decorrente da perda do familiar. Parece imprescindível estabelecer um processo de comunicação que favoreça o envolvimento e, assim, permita à família, por um lado, acompanhar e participar da situação de adoecimento e, por outro, ser preparada para a vivência do óbito. Para tanto, é possível imaginar que Enfermeiros e Médicos precisem assumir uma atitude de aceitação empática<sup>18, 19</sup>, ou seja, que lhes permita acolher o sofrimento da família sem que assumam para si esse sofrimento. Essa atitude mostra-se como uma alternativa ao distanciamento e, conseqüentemente, a defesa e a mobilização afetiva.

Espera-se que este estudo, no âmbito do hospital, contribua para a definição de ações institucionais, como, por exemplo, palestras, debates, cursos, estudo de caso etc. Esse conjunto de ações pode contribuir para a humanização dos relacionamentos intersubjetivos presentes no cotidiano hospitalar e, particularmente, para aqueles oriundos da situação de óbito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kovács MJ. Atitudes diante da morte – visão histórica, social e cultural. In: Kovács MJ, coordenador. Morte e desenvolvimento humano. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. p. 28-47.
2. Kovács MJ. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp; 2003.
3. Zaidhaft S. A morte e a formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
4. Araújo PVR, Vieira MJ. As atitudes do homem frente à morte e o morrer. *Texto & Contexto Enfermagem* 2001 set/dez; 10(3): 101-17.
5. Ziegler J. Os vivos e a morte. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
6. De Marco MA. A evolução da medicina. In: De Marcos MA, organizador. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 23-41.
7. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco; 1996.

8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
9. Spink MJP, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJP, organizador. Prática discursiva e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 1999. p. 41-61.
10. Castro FC. Os tremores na formação e prática da medicina: aspectos psicológicos. Rev Bras Educ Med 2004 jan/abr; 28 (1): 38-45.
11. Vianna A, Piccelli H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. Rev Assoc Med Bras 1998 jan/mar; 44 (1): 21-7.
12. Kovács MJ. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In: Cassorla RMS, coordenador. Da morte: estudos brasileiros. 2ª ed. Campinas (SP): Papirus; 1991. p. 79-103.
13. Kovács MJ. Profissionais de saúde diante da morte. In: Kovács MJ, coordenador. Morte e desenvolvimento humano. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. p. 226-43.
14. Starzewski Júnior A, Rolim LC, Morrone LC. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. Rev Assoc Med Bras 2005 jan/fev; 51 (1): 11-6.
15. Lucchese AC. Famílias: clientes do hospital? – o adoecer e a crise familiar. In: De Marcos MA, organizador. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 172-3.
16. Cassorla RMS. A morte e o morrer. In: Botega NJ, organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 352-64.
17. Van Der Smagt-Duijnsteer ME, Hammers JP, Abu-Saad HH, Zuidhof A. Relatives of hospital stroke patients: their needs for information, counselling and accessibility. J Adv Nurs 2001 fev; 33 (3): 307-15.
18. Corrêa AK, Sales CA, Soares L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. Acta Scientiarum – Ciência da Saúde 2002 ago; 24 (3): 811-8.
19. Boemer MR, Rossi LRG, Nastari, RR. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva: análise de depoimentos. In: Cassorla RMS, coordenador. Da morte: estudos brasileiros. Campinas (SP): Papirus; 1991. p. 145-57.
20. Martins EL, Alves RN, Godoy SFG. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. Rev Bras Enfermagem 1999 jan/mar; 52 (1): 105-17.
21. Oba MDV, Tavares MSG, Oliveira MHP. A morte diante as representações sociais dos profissionais de saúde. Rev Bras Enfermagem 2002 jan/fev; 55 (1): 26-30.
22. Torres WC, Guedes WG, Torres RC, Ebert T. Algumas contribuições à pesquisa sobre a morte. In: Cassorla RMS, coordenador. Da morte: estudos brasileiros. Campinas (SP): Papirus; 1991. p. 131-44.
23. Nogueira-Martins MCF. Humanização nas relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
24. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 5ª ed. São Paulo: Annablume: Hucitec; 2003. (Saúde Loucura (Textos) 2).

RECEBIDO: 30/09/04

ACEITO: 17/08/05