

# Narrativas de uma Equipe de Enfermagem diante da Iminência da Morte

Cleber José Aló de Moraes  
Tânia Mara Marques Granato

Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Campinas, SP, Brasil

## RESUMO

Tendo em vista a dor e o sofrimento que acompanham o cotidiano de pacientes e profissionais de Unidade de Terapia Intensiva, investigamos as produções imaginativas de uma equipe de enfermagem de UTI frente à iminência da morte, por meio de uma narrativa interativa. Apresentamos uma história fictícia sobre a morte de um colega de trabalho, para ser completada pelos participantes. A análise interpretativa psicanalítica das narrativas obtidas desvela o campo afetivo-emocional da Inevitabilidade da Morte, a partir do qual se organizam três subcampos. Primeiro, a Impotência, caracterizado pelo sentimento de fracasso da equipe quando não consegue subjugar a morte. Segundo, a Indiferença, expressa por reações predominantemente intelectualizadas e pelo distanciamento emocional como defesas contra o impacto emocional da morte. Terceiro, a Ausência Assimilada, o qual aponta para a integração entre uma potência relativa e a vivência da perda, resultando na aceitação da morte como parte integrante do viver.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Unidades de terapia intensiva; Morte; Narrativas; Psicanálise.

## ABSTRACT

### *Narratives of a Nursing Team on the Impending of Death*

Considering pain and psychological suffering lived by patients and professionals of Intensive Care Units, we investigate the imaginative expressions of an ICU nursing team in the face of impending death, by means of an interactive narrative. We have presented a fictional story about a co-worker's death, in order to be completed by the participants. The psychoanalytic analysis of the obtained narratives reveals the affective emotional field we have called Death Inevitability, which organize three subfields. Firstly, the Impotence that is characterized by feelings of failure, whenever the team is not able to subdue death. Secondly, the indifference, which is conveyed predominantly by intellectualized reactions and emotional detachment as defenses against the impact of death. Thirdly, the Assimilated Absence, which points to the integration between a relative power and the experience of loss, and, therefore, results in the acceptance of death as part of living.

**Keywords:** Nursing; Intensive care units; Death and dying; Narratives; Psychoanalysis.

## RESUMÉN

### *Narrativas de un Equipo de Enfermería delante la Muerte Inminente*

Dado que el dolor y el sufrimiento que acompañan la vida cotidiana de los pacientes y profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos, hemos investigado las producciones imaginativas de un equipo de enfermería en la UCI delante la muerte inminente, através de una narrativa interactiva. Se presento una historia de ficción sobre la muerte de un compañero de trabajo, para ser concluida por los participantes. El análisis interpretativo psicoanalítica de las narrativas obtenidas revelan el campo afectivo-emocional de la inevitabilidad de la muerte, de la cual se organizan tres subcampos. En primer lugar, la impotencia, que se caracteriza por sentimientos de fracaso del equipo cuando no se puede subyugar la muerte. En segundo lugar, la indiferencia, expresado principalmente por reacciones intelectualizadas y el desapego emocional como defensa contra el impacto emocional de la muerte. En tercer lugar, la ausencia asimilado, que apunta a la integración entre el potencia relativa y la experiencia de la pérdida, lo que resulta en la aceptación de la muerte como parte integrante de la vida.

**Palabras clave:** Enfermería; Unidades de terapia intensiva; Muerte; Narrativas; Psicoanálisis.

## INTRODUÇÃO

Desde que o homem passou a ter consciência de si, em algum momento do passado, a consciência da morte o acompanha, em maior ou menor grau. Morrer traz em si diversas dimensões de experiência: religiosa, social, antropológica, pedagógica, psicológica e filosófica, constituindo-se como experiência humana universal (Santos, 2007), cujo impacto atinge todos aqueles que vivenciam a perda de pessoas com as quais mantinham fortes laços familiares e/ou afetivos.

A forma como lidamos com a morte tem variado de acordo com a época e a cultura consideradas, dando origem a diversos mecanismos de defesa, cuja função é possibilitar a convivência com a ideia de nossa finitude, ao tornar a vida menos angustiante.

A equipe de profissionais da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) recebe e cuida de pacientes em estado grave ou instáveis, dos quais vários acabam por morrer, embora estejam sob a supervisão de uma equipe médica e de enfermagem competentes. É característica deste setor a tensão emocional constante frente à iminência da morte, cujos desdobramentos podem ser observados no impacto emocional que atinge os profissionais que ali trabalham.

A postura segundo a qual a morte deve ser evitada e mantida à distância é observada não apenas na vida cotidiana, mas também no ambiente acadêmico e hospitalar, onde a preparação científica e técnica do profissional de medicina (Poletto, Santin, & Bettinelli, 2013) e de enfermagem (Santos & Bueno, 2011) se torna superficial ou insuficiente para abarcar os aspectos emocionais envolvidos na experiência de morte. O profissional de saúde é preparado para lidar com a doença e tentar curá-la, e não para lidar com o sofrimento decorrente do adoecer (Combinato & Queiroz, 2006). A este respeito, Kubler-Ross (2011) afirma ser preciso encarar a realidade da morte, pois ela pode nos abrir novas possibilidades para aproveitar a vida. Freud (1916/1974) destaca o pavor do homem diante da morte, como se esta não fizesse parte do viver. Ao tratar da morte na atualidade, Bauman (2008) afirma que “todas as culturas humanas podem ser decodificadas como mecanismos engenhosos calculados para tornar suportável a vida com a consciência da morte.” (p. 46).

Schilling (2002), ao abordar a interdição da temática da morte na sociedade atual, afirma que os poucos estudos realizados se devem ao fato da morte ser considerada assunto pessoal, de modo que cada indivíduo desenvolve uma maneira singular de conceber e lidar com a finitude. Paradoxalmente, os meios de comunicação expõem cotidianamente cenas de violência e morte, promovendo a banalização destas

vivências, o que resulta em um distanciamento da morte pessoal, tornando-a um evento banal, comum e impessoal (Kovács, 2011).

A UTI é o setor do hospital mais comumente associado à morte (Frizon, Nascimento, Bertinello, & Martins, 2011). O ingresso de um paciente neste setor é visto como indicativo de que seu estado é grave e, portanto, supõe uma alta probabilidade de se tornar fatal. A necessidade de cuidados intensivos abrange a vigilância constante do paciente pela equipe, bem como o uso de sofisticadas tecnologias de uso médico, na busca do reestabelecimento da saúde do paciente (Silva, Campos, & Pereira, 2011).

A internação na UTI revela a precariedade da condição humana e costuma desencadear no paciente uma desestabilização emocional importante, com aumento dos mecanismos de defesa e redução da tolerância à frustração (Guanaes & Souza, 2004). A vivência desta fragilidade reativa processos psíquicos primitivos intensos em todas as pessoas envolvidas no processo de cuidar, sejam os próprios doentes, seus familiares ou os profissionais de saúde.

Apesar de ser um local onde a cura é pretendida, a UTI não é identificada por seus usuários como espaço de vida e recuperação, mas como o lugar da separação, da impotência e da ameaça real de morte (Gonçalves, 2007). Santos e Hormanez (2013) destacam o intenso desgaste emocional do profissional ao lidar com pacientes que estão morrendo, e a falta de mecanismos institucionais que auxiliem no alívio e elaboração destes sentimentos, o que pode vir a afetar a saúde mental dos membros da equipe.

Paiva (2009), refletindo sobre a formação médica em relação à morte e ao morrer, assinala a dificuldade dos médicos em lidar e aceitar a morte, já que sua formação se apoia preponderantemente na busca da cura dos doentes, sendo pouco enfatizado o aspecto do cuidado ao paciente, particularmente em casos terminais ou cujas possibilidades terapêuticas sejam escassas. O corolário disto remete a um aumento na ansiedade dos médicos e a uma profunda tristeza frente às “derrotas” sofridas ao perder pacientes (Santos & Hormanez, 2013). A vivência de ansiedade na equipe de enfermagem da UTI é destacada por alguns autores (Gutierrez & Ciampone, 2007; Nogacz & Souza, 2004; Silva, Valença, & Germano, 2010), e parece estar associada à ameaça real de concretização da morte.

Poder lidar e elaborar esse contato estreito e diário com a morte torna-se uma necessidade para o profissional da UTI. A dificuldade na elaboração da perda de pacientes é um fator de risco à sua saúde física e mental, podendo acarretar reações ansiosas ou depressivas, somatizações diversas e afastamentos do

próprio trabalho (Costa & Lima, 2005; Sulzbacher, Reck, Stumm, & Hildebrandt, 2009). Prade, Caselatto e Silva (2008) descrevem que a falta de elaboração de sentimentos decorrentes de um luto mal resolvido pode desencadear crises no profissional, devido ao intenso sofrimento psíquico gerado. Supõe-se que, dentre estes sentimentos, a impotência venha a ser um dos mais relevantes na produção de sofrimento profissional, conforme a prática clínica na UTI tem mostrado.

James et al. (2010) destacam que o conhecimento emocional da equipe de enfermagem, decorrente de seu encontro diário com a vida e com a morte, se constitui como uma base sólida sob o qual pode se assentar o cuidado oferecido aos pacientes de UTI e suas famílias. Este cuidado objetivo, portanto, está perpassado pelas práticas profissionais e também pelas experiências de vida e de morte a que estas pessoas estão sujeitas.

Auxiliar estes profissionais na elaboração desta demanda emocional a que estão diariamente sujeitos pode propiciar, além do alívio de seu sofrimento psíquico, uma redução em termos de afastamento e absenteísmo no trabalho (Martins & Robazzi, 2009). Kovács (2011, 2012) nomeia este processo elaborativo como sendo uma “educação para a morte”, destacando a busca de autoconhecimento e de um sentido para a vida. Tal aprendizado não é construído a partir de respostas simples, estereotipadas ou doutrinárias, mas pela busca de sentido para o existir, o que não se restringe aos aspectos cognitivos e racionais do viver e do morrer (Silva, Ribeiro, & Kruse, 2009).

Shorter e Stayt (2010) assinalam a falta de estudos sobre a experiência de dor e os mecanismos de enfrentamento da equipe de enfermagem quando um paciente morre. Destacam que a exposição frequente a situações de risco de morte e ao morrer cria na equipe uma dissociação emocional, na qual os sentimentos de dor, pesar, impotência e frustração diante da morte são temporariamente negados, tornando possível o cuidado sem que o profissional se paralise diante de suas emoções. Por outro lado, caso esta dissociação se torne rígida, ela pode trazer consequências para a qualidade do cuidar da equipe, que poderá tender a deixar o aspecto emocional de lado, focalizando mais a técnica que a subjetividade do doente.

Santos e Bueno (2011) destacam a parca produção científica sobre a temática da morte, no que diz respeito à equipe de enfermagem, bem como a falta de comunicação destes conhecimentos aos profissionais da área, o que poderia proporcionar mudança de crenças e atitudes na equipe de UTI. Descrevem também a necessidade de maior penetração da temática da morte nos currículos dos profissionais de saúde, o que pode

auxiliar estes profissionais a lidarem melhor com seus próprios sentimentos.

Nesse sentido, o estudo das produções imaginativas de profissionais frente à iminência da morte, ao conduzir o pesquisador pelo caminho de suas crenças, preconceitos, anseios e sentimentos, pode fornecer elementos de reflexão sobre o sofrimento do profissional e também sobre o ambiente hospitalar suficientemente bom, em termos do acolhimento das angústias de pacientes, familiares e funcionários envolvidos com o cuidado em situações de precariedade e alto risco de morte, como as que são vivenciadas na UTI.

## OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo investigar psicanaliticamente as produções imaginativas de uma equipe de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva para pacientes adultos, em busca dos campos de sentido afetivo-emocional que sustentam suas condutas e práticas clínicas diante da iminência da morte.

## ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Freud (1923/1974) define a psicanálise sob três diferentes aspectos. Primeiramente, como um procedimento de investigação dos processos psíquicos, inacessíveis à consciência vigil. Segundo, como um método para o tratamento das neuroses, ou seja, como uma terapêutica. E num terceiro aspecto, como um conjunto de pressupostos teóricos que acumulados deram origem a uma disciplina.

Hermann (2001) destaca que o que caracteriza a psicanálise é o seu método, o qual pode ser empregado tanto na prática psicanalítica padrão, quanto fora desta. O método psicanalítico é aqui concebido como uma das estratégias metodológicas no âmbito da pesquisa qualitativa, o qual visa apreender e compreender a conduta humana do ponto de vista afetivo-emocional.

Esta pesquisa busca identificar os campos de sentido afetivo-emocional em que se baseiam as condutas de uma equipe profissional quando se depara com a morte. Compartilhamos da ideia de campo de Herrmann (2001) como sendo matrizes afetivo-emocionais subjacentes às vivências e condutas das pessoas. Nele se encontram tanto aspectos do psiquismo individual quando elementos sociais e culturais, igualmente determinantes.

Cumpramos ressaltar que os campos são dinâmicos, podendo se reorganizar no instante em que são capturados como construção imaginativa em um determinado momento e contexto. Há um interjogo entre o imaginário enquanto matriz produtora de

sentidos, e os produtos que esta mesma matriz gera. Belinsky (2007) já assinalava a polissemia como uma das riquezas do conceito de imaginário. Concebemos o narrar como uma das vias de expressão dessa produção imaginativa, a qual visa a criação de sentidos. A narrativa, como assinala Benjamin (1992) inscreve o homem em um tempo histórico em uma articulação que organiza a experiência humana. Ricoeur (1994) também destaca o narrar como processo de atribuição de sentidos à experiência humana, enquanto Figueiredo (2009) alerta para o sofrimento que é implícito ao *fazer sentido*, mas que pode ser modulado, ao se estabelecerem ligações entre os acontecimentos e construírem para o sujeito uma experiência integrada e de integração.

Nesta pesquisa fizemos uso de uma narrativa interativa (Granato, Corbett, & Aiello-Vaisberg, 2011), procedimento que consiste na apresentação de uma história fictícia, criada pelo pesquisador e completada pelo participante, a qual neste estudo versa sobre o drama cotidianamente vivido pelos profissionais de UTI, vale dizer a iminência da morte. Como recurso dialógico e lúdico (Winnicott, 1975), as narrativas interativas propiciam ao pesquisador a abordagem de temas variados de modo breve, profundo e não invasivo, pois se aproxima delicadamente desta temática através de personagens fictícios e não indagando diretamente sobre os sentimentos dos participantes da pesquisa, respeitando assim sua subjetividade, potencialidades e limitações.

A apresentação de uma história na pesquisa figura como convite ao participante para adentrar nesse mundo imaginativo e viver uma experiência por meio de seus personagens, comunicando-nos sentimentos e emoções despertados pela ameaça de morte. Como segunda fase do procedimento, após a finalização da narrativa interativa, pesquisador e participante dialogam sobre as vivências e associações livres surgidas a partir daquela experiência.

Os encontros com os participantes foram realizados individualmente, com duração variando de 15 minutos a 1 hora, durante seu turno de trabalho, visando não interferir com a rotina da UTI. Seu registro se deu por escrito, sob a forma de narrativas transferenciais (Aiello-Vaisberg et al., 2009), relato pessoal do pesquisador que inclui suas associações e a repercussão emocional daquele encontro. Dessa forma, o material de pesquisa consistiu de dois documentos: a narrativa interativa e a narrativa transferencial.

Foram entrevistados 10 profissionais de uma equipe de enfermagem de UTI, definida operacionalmente como o grupo composto por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Independentemente de

sexo, idade ou tempo de profissão, foram incluídos todos aqueles que se mostraram dispostos a participar desta pesquisa. Ficaram excluídos desta pesquisa os demais profissionais que trabalhavam na UTI.

O presente estudo atende aos procedimentos éticos exigidos para estudos envolvendo seres humanos ou animais, nos termos das Resoluções 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas, sob protocolo nº 72201/2012.

Apresenta-se abaixo a narrativa interativa elaborada por um dos pesquisadores nesta pesquisa:

*“Naquele dia, tudo estava muito tranquilo e agradável. Se ainda estivessem na UTI, falar algo desse tipo seria um mau sinal.*

*– Não fale que está tudo bem ... se não a coisa com certeza vai piorar e chegar alguma emergência! – era a frase que todos estavam acostumados a dizer e a ouvir dia após dia, mas naquele dia a UTI estava longe de todos.*

*Aquela chácara, com piscina, churrasqueira, cervejas e muitas risadas tirava todo o peso dos aparelhos que apitavam constantemente no hospital. Apesar disso, era inevitável falar da UTI. Os casos, sempre interessantes, animavam as conversas da equipe. Comemoravam o aniversário de Joana, técnica de enfermagem, que trabalhava na UTI há muito tempo.*

*Joana voltou ao trabalho depois de um afastamento de quase um ano, após uma cirurgia cardíaca que quase lhe tirou a vida. Tinha visto a morte de perto e, segundo ela, não gostou do que viu, resolvendo voltar ao trabalho. Era lutadora e sempre driblava as situações difíceis com bom humor.*

*Naquele dia, Joana estava aproveitando a festa. Tomava uma gostosa caipirinha, apesar das recomendações médicas para que não bebesse nada com álcool. Também não tomava seus medicamentos há quase uma semana, mas nem sua filha, nem seu esposo haviam percebido. ‘Bom, se eu não senti nada’, pensou Joana, ‘é sinal que não preciso mais tomar remédios... esses médicos! Ficam enchendo a gente de remédios sem necessidade! Pra quê?’ E bebia mais um gole.*

*Três horas depois, com todos mais soltos pelo poder do álcool, Joana se sentiu estranha. Tudo ao seu redor começou a rodar, sentiu uma queimação no peito, sensação que já conhecia. A mesma dor horrível do primeiro infarto, há quase dez anos. Soltou um grito, que arrepiou a todos, e caiu no chão, desfaitecida.*

*Ricardo, médico intensivista recém-formado e novo na equipe, correu para verificar os sinais vitais de Joana.*

*– Ela não está respirando, o coração parou! Alguém me ajude aqui com a massagem cardíaca, rápido!!”*

## CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL

Passamos agora a descrever os campos de sentido afetivo-emocionais identificados nas narrativas dos participantes. Estes campos foram interpretados à partir da interlocução com o grupo de pesquisa e com as produções do grupo de enfermagem participante da pesquisa, à luz da literatura consultada.

Destaca-se como campo principal que regula as manifestações imaginativas da equipe de enfermagem, tomada em consideração neste estudo, o campo que alude à “Inevitabilidade da Morte”. Dentro deste campo maior, foi possível identificar três subcampos, nomeados como os campos da “Impotência”, da “Indiferença” e da “Ausência Assimilada”. Os três subcampos encontram-se intimamente imbricados sob a égide do campo mais abrangente da Inevitabilidade da Morte, que aos três permeia.

Cada subcampo traz peculiaridades que os distinguem e se referem a elaborações imaginativas pessoais dentro desta equipe. Entretanto, cada subcampo é atravessado pelas crenças, sentimentos e modos de atuação dos demais, revelando o movimento dialógico de constituição de um imaginário que é ao mesmo tempo pessoal e coletivo.

### O campo da Inevitabilidade da Morte

Apresenta-se a seguir as elaborações imaginativas desta equipe de enfermagem. As mesmas serão apresentadas sob a forma de vinhetas, construídas a partir das falas dos próprios participantes, e são relativas ao campo da inevitabilidade, aqui tomadas como expressão de um coletivo:

*“É o nosso destino”.*

*“Quando é hora de partir, ninguém consegue evitar, a gente está predestinado. Pode o médico fazer o que quiser, todos os procedimentos, que não vai resolver”.*

De acordo com este campo, as apreensões da realidade se estruturam em torno da inevitabilidade da morte. A morte vista como destino, fatalidade, ou como parte da vida, impõe-se como premência, urgência ou realidade contra a qual é preciso mobilizar todos os

recursos de que dispomos, uma vez que o adversário se mostra forte e incansável. Alves (2002) alerta contra o enfoque ostensivo no instrumental de que nos servimos na luta contra a morte, uma vez que atinge a todos, mais cedo ou mais tarde, momento em que um ouvido afinado pode ser muito valioso:

(...) a Morte foi definida como a inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornamos na arte de viver. (Alves, 2002, p. 76)

A partir da escuta psicanalítica das narrativas produzidas no encontro com os participantes, pode-se observar três modos distintos de experimentar a inevitabilidade da morte: a impotência, a indiferença e a ausência assimilada.

### Primeiro subcampo: Impotência

Quando a morte chega, apesar do empenho da equipe de saúde, aqueles que acreditavam que poderiam adiá-la uma vez mais experimentam sentimentos intensos de impotência, derrota e pesar, como se a morte tivesse sobrepujado todo aquele esforço conjunto. Deste modo, a equipe ou parte de seus membros pode se sentir responsável por aquela perda, principalmente quando o paciente parecia ter um bom prognóstico.

*“Aí eu fico triste, chateado, porque a expectativa era que ele sáisse bem”.*

*“Quando morre alguém eu fico mal, mesmo já estando aqui a um bom tempo”.*

Nota-se que no caso de maior proximidade afetiva e emocional entre profissional e paciente, parece haver uma exacerbação do sentimento de impotência e a vivência de derrota diante da morte. Quando os participantes se referem à Joana, protagonista da narrativa interativa, sentem que deveriam salvá-la a todo custo:

*“A necessidade de salvar Joana era precisa para aquela equipe, ou seja, como tantas vidas foram salvas a de uma amiga seria ainda mais precisa.”*

*“Tentar salvar o doente e não conseguir, é ser derrotado.”*

Pesquisas que abordam as vivências emocionais de profissionais de saúde têm lançado luz sobre o

sofrimento da equipe de enfermagem. Pastor Montero et al. (2011) descrevem sentimentos de pesar, desamparo e frustração na equipe de saúde frente à morte de bebês. Gargiulo et al. (2007) referem-se ao sentimento de impotência em uma equipe de enfermagem oncológica. Aguiar et al (2006) também destacam os mesmos sentimentos em outra equipe de enfermagem encarregada de uma UTI Neonatal.

De acordo com Oliveira e Santos (2010), no momento do diagnóstico e da luta contra uma doença considerada grave, somos confrontados com a fragilidade da vida humana e, no caso de um diagnóstico de câncer, por exemplo, nem sempre conseguimos nos defender contra a dolorosa constatação de que somos mortais.

A necessidade de lutar incessantemente contra a morte alinha-se ao *paradigma do curar* (Pessini, 2001), condizente com a lógica de busca da imortalidade. A busca pela cura do doente, mais que cuidar de seu corpo e de suas necessidades, pode ser interpretada como uma tentativa de controle da situação, tornando-nos fortes o suficiente para o enfrentamento da morte, retirando-a, ainda que provisória e ilusoriamente, de nossas vidas. Como uma outra face da mesma moeda, esta busca pelo curar se converte em fonte de esperança a alimentar a equipe de enfermagem, dando-lhe forças para enfrentar um inimigo poderoso.

Nesse sentido, o aparato tecnológico existente na UTI parece ter uma dupla função: em termos concretos, tem a função de evitar a morte, mantendo o doente vivo e estabilizado dentro de padrões médicos “esperados” para uma situação grave, como é o caso do paciente de UTI. No entanto, desde uma perspectiva emocional, este mesmo instrumental pode estar investido da ilusão de que o domínio de técnicas e tecnologias pode deter o próprio rumo da vida em direção à morte.

Entretanto, se esta experiência de ilusão não evoluir para o reconhecimento das próprias limitações, haverá uma tendência da equipe ao uso exacerbado de mecanismos de defesa contra essa conscientização, como a negação, a onipotência e uma postura narcísica de superioridade frente à morte.

*“Aqui tem muita gente que tem uma autoconfiança grande demais. Falam assim: no meu plantão ninguém morre, como se pudessem controlar a morte”.*

*“Aqui a gente vê muito disso, pessoas que se acham deuses e que podem tudo”.*

Não seria este sentimento de onipotência mais uma defesa contra a impotência? Os participantes desta pesquisa oferecem o testemunho do quanto é

difícil situar-se entre os extremos da onipotência e da impotência, sentindo-se apenas potentes. Tais anseios de controle são ilustrados em muitas das narrativas pela descrição detalhada dos procedimentos técnicos empregados para salvar Joana, como se o rigor técnico garantisse a sobrevivência do enfermo, como uma espécie de vacina contra a morte, e o consequente sucesso do profissional.

*“Em seguida, encaminharam Joana para o serviço de emergência, ainda chocada. Pulso fraco, entubada sendo ventilada por ambú<sup>1</sup>, ao dar entrada no PS, foi colocada no ventilador e iniciado todas as medicações necessárias para manutenção de sua vida”.*

Seja pela suposta segurança física que a UTI oferece ao paciente, ou pela imaginada garantia de se seguir um protocolo de procedimentos cientificamente definidos, a ilusão de controle parece ser essencial à equipe de enfermagem, sobretudo nos momentos em que a vida dos pacientes está por um fio. Sem esta ilusão, possivelmente, a equipe de enfermagem seria capturada por emoções tão intensas que inviabilizariam sua atuação nas cotidianas situações-limite. Porém, esta ilusão de controle cai por terra quando a morte é iminente e a equipe é confrontada com a fragilidade da vida.

Porém, se esta ilusão for tomada como defesa contra a impotência, e não como ferramenta de enfrentamento de angústias intensas, pode gerar na equipe de enfermagem uma negação mais acentuada da morte e um uso acirrado da técnica. Cassorla (2009, p. 68) aponta no mesmo sentido, ao refletir sobre o sofrimento e a morte na atualidade:

A negação do sofrimento e da morte se articula, também, com as características da sociedade atual, que preza o prazer imediato, a rapidez e o consumo e *se guia pelo superficial e técnico em detrimento do pensar e sentir em profundidade*. Com isso, é negada a complexidade do ser humano e sua humanidade. (grifos nossos)

Se no campo da impotência o uso adequado da técnica pode ser visto como garantia de evitação da morte, mantendo a ilusão de controle que a equipe

<sup>1</sup> Reanimador ventilatório manual ou Ambú: equipamento destinado a estabelecer ventilação artificial manual. Composto de bolsa, válvula e máscara, garantindo assim eficiente insuflação de ar e maior concentração de oxigênio para a vítima. Equipamento disponível nos tamanhos adulto e infantil. Retirado de <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAf5QAE/> primeiros-socorros.

de enfermagem teria sobre a morte, o distanciamento afetivo dos profissionais de saúde em relação ao drama vivido pelo paciente e sua família é outra defesa usualmente empregada. O pressuposto de que o afeto pode vir a comprometer a estabilidade do profissional fundamenta a falta de envolvimento emocional do profissional de saúde. Passamos, portanto, a refletir sobre o segundo subcampo encontrado – o da indiferença.

### Segundo subcampo: Indiferença

Encontram-se neste subcampo as vivências organizadas em torno da crença de que o bom profissional, ao lidar com situações de morte, privilegia a técnica, evitando todo e qualquer envolvimento emocional com o paciente e com sua família. Esta proximidade emocional o levaria a perder o foco de seu trabalho, ou seja, o cuidado físico do paciente grave.

Segundo a lógica da indiferença, elementos profundos de identificação entre o paciente a ser tratado e figuras importantes da vida do profissional de saúde comprometeriam o bom andamento do atendimento emergencial. A identificação afetiva, aqui sentida como “contágio psíquico” inadequado e indesejável, é evitada a fim de que os profissionais não se paralisem pela intensa emoção que costuma acompanhar vivências-limite.

Em um ambiente como o da UTI, onde a morte, segundo alguns participantes, “é uma rotina”, os afetos surgem à revelia do profissional, sempre que projeções e identificações inconscientes com o doente tenham lugar. Quanto maior a proximidade afetiva, seja ela resultado de laços de parentesco, amizade ou trabalho, há um maior risco de que as emoções surjam sem o controle esperado pelos próprios profissionais. Um dos participantes sublinha o envolvimento emocional como fator desagregador que inviabiliza o cuidado adequado:

*“A emoção tomou conta de todos e a dificuldade para viabilizar os procedimentos tornou-se visível, onde um acaba apressando e culpando o outro por deixar Joana chegar em tal estado.”*

Daqui depreende-se que, diante do envolvimento afetivo, poderosos mecanismos de defesa são postos em ação, em busca de condições adequadas de trabalho e de sobrevivência psíquica em um ambiente de trabalho tão mobilizador. Apesar do pretendido isolamento afetivo, é extremamente desorganizador quando a morte se apresenta como a grande surpresa, contra a qual não há prevenção:

*“A morte é uma coisa que a gente não acostuma, ela sempre chega de repente mesmo que a gente não queira.”*

*“Aqui na UTI, já ficamos esperando que a surpresa (a morte) aconteça... a surpresa é normal.”*

Quando a morte de um paciente é esperada pelo profissional, principalmente para os pacientes de longa permanência, os funcionários e familiares desligam-se progressivamente dele, em um processo nomeado por Sudnow (1967) como a *morte social*, que é anterior à morte biológica, e se caracteriza pelo desligamento afetivo progressivo em relação ao doente até que ele “morra”, apesar de continuar vivo.

*“Mas se ele (o paciente) estava bem mal, eu já vou me preparando pra hora que ele vai morrer.”*

A nosso ver, esse luto em vida é uma forma de evitar que a morte os surpreenda, tornando-a rotineira e previsível, algo comum dentro do ambiente de UTI. Portanto, o subcampo da indiferença compartilha a negação da morte com o subcampo da impotência. Os profissionais de saúde não se sentem abalados pela iminência da morte, pois o componente afetivo das relações com seus pacientes é recalcado, em prol da restrição do vínculo ao âmbito profissional.

*“A morte pra mim não é um problema. Talvez eu fale isso agora e no futuro seja diferente. Sabe, eu nunca perdi alguém próximo de mim, então pode ser que eu esteja falando uma besteira muito grande.”*

Há ainda alguns aspectos a sublinhar. Se a dimensão afetiva da relação com o doente é isolada, na busca de um cuidado mais eficaz, para onde é deslocado este afeto? Possivelmente para a técnica e para os cuidados físicos com o doente. Desse modo, tal deslocamento pode ser visto como expressão da dificuldade da equipe em lidar com seus afetos, ou como manobra psíquica protetora da sanidade mental da equipe. O que as narrativas dos participantes comunicam enquanto imaginário da equipe é que caso não se protegessem dos afetos desencadeados pela iminência da morte, esses profissionais seriam tomados por angústias intoleráveis, que comprometeriam a realização dos procedimentos necessários.

Por outro lado, na presença de intelectualização ou racionalização excessivas, a relação terapêutica torna-se automática, protocolar, recebendo o paciente um cuidado parcial e desintegrado. Pressupõe-se que um

cuidado integrado inclua os aspectos afetivos do cuidar, mesmo em situações graves como as que ocorrem dentro de uma UTI, possibilidade esta que passamos a abordar no terceiro subcampo, aqui intitulado *ausência assimilada*.

### **Terceiro subcampo: Ausência Assimilada**

Neste subcampo são encontrados elementos dos subcampos anteriores, mas em uma configuração diferente. Observa-se um sentimento de pesar pela morte dos doentes que estiveram aos cuidados da equipe de enfermagem, porém tal pesar não é acompanhado de sentimentos de impotência, de revolta ou de indiferença. Há sim uma tristeza, muitas vezes profunda, pela perda do paciente, intensificada pela expectativa de recuperação, mas que não precisa ser negada e pode ser vivenciada e, quem sabe, elaborada. A equipe não parece invadida por sentimentos de culpa ou remorso, pois têm consciência de que fizeram tudo que estava ao seu alcance para o bem estar dos pacientes. É possível perceber este subcampo nas sutilezas das narrativas apresentadas, muitas das quais comunicavam primeiramente os outros subcampos.

*“Quando chega a hora da pessoa, não tem muito o que fazer, apenas aceitar que a morte chegou.”*

*“A gente faz tudo que pode, mas mesmo assim é limitado.”*

Neste subcampo, a realidade da morte pode ser aceita e assimilada. Há espaço para a tristeza da equipe pela perda de pacientes sem que isso acarrete em prejuízo ao profissional ou ao paciente. Ao profissional se abre a oportunidade para a elaboração de lutos e ausências através do contato com aqueles que morrem.

Este subcampo traz em si uma dimensão diferenciada das vivências emocionais em relação à morte iminente. No campo da impotência, a vivência da morte era sentida com uma derrota, na qual a equipe de enfermagem se dobrava a uma impotência extrema frente à perda do paciente, com reações de revolta, culpa e medo. No campo da indiferença, a vivência da morte é destituída de seu componente afetivo através das intelectualizações, sendo a angústia substituída por um primor técnico/tecnológico, sob controle de uma rotina precisa e previsível.

Já no campo da ausência assimilada, a morte pode ser vivenciada sem culpa ou impotência. A equipe se entristece com a perda da batalha contra a morte, sem paralisar-se nos extremos da impotência ou da onipotência. Fizeram o que poderia ser feito, e isto lhes dá um alento frente à morte do paciente. Aqui

está presente a preocupação com o sofrimento do doente, com o seu “descanso”, o que muitas vezes só é alcançado com a morte física.

Parece que para a equipe de enfermagem, a vivência da perda de seus pacientes pode se constituir como oportunidade para a elaboração das mesmas. Ao se colocar no lugar do outro, a vivência da perda e da morte não precisa ser descartada, mas pode ser integrada na experiência do cuidador. Por este motivo intitula-se este subcampo como o da ausência assimilada: ao se colocar no lugar do outro, a ausência física se faz presença emocional e, ao vivenciá-la, pode haver a integração da experiência da morte como parte do viver.

A ausência quando assimilada torna-se presença. E a presença traz saudade. Talvez por isso seja tão difícil assimilar qualquer perda: ela carrega em seus ombros todas as perdas anteriores e o risco de que as feridas antigas se abram, tornando-nos vulneráveis. Por essa razão, a presença do profissional da área de psicologia no ambiente de UTI pode ser muito significativa, no sentido de auxiliar na difícil tarefa de lidar com as demandas emocionais da equipe, dos pacientes e de seus familiares.

*“A gente não tem preparo pra cuidar da cabeça dos pacientes. Faz uma falta muito grande ter alguém aqui que ajude a pensar como lidar com os pacientes mais difíceis, com a família que perde alguém. E que também possa ajudar a gente a resolver problemas dentro da equipe ...”*

Neste percurso fica claro que o processo de luto normal compreende momentos onde a recusa da perda deixa de ser vista como necessariamente patológica, para tornar-se parte integrante do processo de elaboração, como nos aponta Kubler-Ross (2011) em seus estudos, corroborando a ideia de que a morte, como qualquer outra experiência que nos retira da zona de conforto que construímos em torno de uma suposta invulnerabilidade, precisa ser paulatinamente digerida para ser assimilada.

Ressalta-se também a necessidade de dirigir o olhar ao profissional de enfermagem que hesita entre sentimentos de impotência e onipotência em sua lida diária com a morte. Em virtude do hábito de negar a morte, negligencia-se aqueles que estão envolvidos diuturnamente com esta realidade. Santos e Hormanez (2013) realizam uma interessante revisão bibliográfica sobre a atitude frente à morte nestes profissionais, destacando a necessidade de um olhar diferenciado a esta população, sublinhando o aumento da vulnerabilidade destes profissionais ao adoecimento físico e mental.

Portanto, há que se cuidar destes cuidadores, desde a sua formação acadêmica, fornecendo-lhes recursos técnicos para lidar com estas situações extremas e também canais adequados de expressão de suas vivências afetivo-emocionais. Além disto, um ambiente de trabalho suficientemente adequado, cujas condições sejam dignas e saudáveis, onde se desenvolvam programas educativos e interventivos pode auxiliar na diminuição dos riscos inerentes a esta prática profissional.

Esta pesquisa aponta para diversas contradições, avanços e retrocessos em relação à possibilidade de aceitação da morte pelos profissionais de saúde, bem como sentimentos de medo, tristeza, horror, raiva, culpa, compaixão, dor e saudade. A gama emocional aqui tecida em narrativas revela não uma psicopatologia, mas um campo fértil para a investigação do sofrimento profissional, dos processos de envelhecimento, dos cuidados paliativos, além de estudos psicossociais sobre o modo contemporâneo de lidar com a experiência da morte.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, I. R., Veloso, T. M. C., Pinheiro, A. K. B., & Ximenes, L. B. (2006). O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 131-137. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200002>
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., Ayouch T., Caron R., & Beaune, D. (2009). Les récits transférenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In D. Beaune (Org.). *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues* (pp. 39-52). Lille: L'Harmattan.
- Alves, R. (2002). *O médico*. Campinas: Papyrus.
- Bauman, Z. (2008). *Medo líquido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Belinsky, J. (2007). *Lo imaginario: um estudio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Benjamin, W. (1992). O Narrador: reflexões sobre a obra de Nikolai Leskov. In W. Benjamin (1992). *Sobre arte, técnica, linguagem e política* (pp. 27-57). Lisboa: Relógio D'Água.
- Cassorla, R. (2009). A negação e outras defesas frente à morte. In F. Santana. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer* (pp. 59-76). São Paulo: Atheneu.
- Combinato, D. S. & Queiroz, M. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia* (Natal), 11(2), 209-216.
- Figueiredo, L. C. (2009). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1974). Sobre a transitoriedade. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas c/Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV; pp. 343-348). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1916).
- Freud, S. (1974). Dois verbetes de enciclopédia: Psicanálise. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII; pp. 253-274). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923).
- Frizon, G., Nascimento, E. R. P., Bertencello, K. C. G., & Martins, J. J. (2011). Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Revista Gaúcha de Enfermagem* (Porto Alegre), 32(1), 72-78. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100009>
- Gargiulo, C. A., Melo, M. C. S. C., Salimena, A. M. O., Bara, V. M. F., & Souza, I. E. O. (2007). Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(4), 696-702. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000400014>
- Gonçalves, J. P. R. (2007). *A Morte na Unidade de Terapia Intensiva: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado — Florianópolis (SC): UFSC/CFH, 108p.
- Granato, T. M. M., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativa Interativa e Psicanálise. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 16(1), 157-163. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000100018>
- Guanaes, A. & Souza, R. P. (2004). Introdução: objetivos, conceito, histórico e filosofia. In R. P. Souza. (Org.). *Humanização em cuidados intensivos*. (pp. 1-8). Rio de Janeiro: Revinter.
- Gutierrez, B. A. O. & Ciampone, M. H. T. (2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem em UTIs. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41(4), 660-667. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000400017>
- Herrmann, F. (2001). *Introdução à Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- James, I., Andershed, B., Gustavsson, B. & Ternstedt, B. (2010). Emotional knowing in nursing practice: In the encounter between life and death. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 5(2). <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v5i2.5367>
- Kovács, M. J. (2011). Instituições de Saúde e a Morte. Do interdito à comunicação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 482-503. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300005>
- Kovács, M. J. (2012). Educadores e Morte. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. São Paulo, 16(1), 71-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572012000100008>
- Kubler-Ross, E. (2011). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Martins, J. T. & Robazzi, M. L. C. C. (2009). O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 17(1), 52-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000100009>
- Nogacz, F. R. & Souza, R. P. (2004). Fatores Estressores em UTI. In R. P. Souza (Org.). *Humanização em cuidados intensivos* (pp. 31-40). Rio de Janeiro: Revinter.
- Paiva, L. E. (2009). O médico e sua relação com o paciente diante da morte. In Franklin S. Santos (Org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer* (pp. 77-86). São Paulo: Atheneu.
- Pastor Montero, S. M., Romero Sánchez, J. M., Hueso Montoro, C., Lillo Crespo, M., Vacas-Jaén, A. G., & Rodrigues-Tirado, M. B. (2011). A experiência da perda perinatal à partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem* (Online), 19(6), 1405-1412. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600018>
- Pessini, L. (2001). *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Centro Universitário São Camilo & Loyola.
- Poletto, S., Santin, J. R., & Bettinelli, L. A. (2013). Vivência da morte de idosos na percepção de um grupo de médicos: conversas sobre a formação acadêmica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 186-191.
- Prade, C. F., Casellato, G., & Silva, A. L. M. (2008). Cuidados paliativos e o comportamento perante a morte. In P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Orgs.). *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves* (pp. 149-158). São Paulo: Atheneu.
- Ricoeur, P. (1994). *Tempo e narrativa* (Vol. 1). Campinas, SP: Papyrus.

- Santos, F. S. (2007). Perspectivas Histórico-Culturais da Morte. In D. Incontri & F. S. Santos (Orgs.). *A arte de morrer – Visões plurais* (pp. 13-25). Bragança Paulista: Comenius.
- Santos, J. L. & Bueno, S. M. V. (2011). Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 272-276. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100038>
- Santos, M. A. & Hormanez, M. (2013). Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(9), 2757-2768. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900031>
- Schilling, F. (2002). *Reflexões sobre justiça e violência: o atendimento a familiares de vítimas de crimes fatais*. São Paulo: Educ/Imprensa Oficial do Estado.
- Shorter, M. & Stayt, L. C. (2010). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 159-167. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x>
- Silva, R. S., Campos, A. E. R., & Pereira, A. (2011). Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem da USP*, 45(3), 738-744.
- Silva, K. S., Ribeiro, R. G., & Kruse, M. H. L. (2009). Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 451-456.
- Silva, L. C. S. P., Valença, C. N., & Germano, R. M. (2010). Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 63(5), 770-774. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500012>
- Sudnow, D. (1967). *Passing on: the social organization of dying*. New Jersey: Prentiss-Hall.
- Sulzbacher, M., Reck, A. V., Stumm, E. M. F., & Hildebrandt, L. M. (2009). O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. *Scientia Medica*, 19(1), 11-16.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

#### **Autores:**

Cleber José Aló de Moraes – Doutorando em Psicologia como Ciência e Profissão pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Mestre pela PUC-Campinas. Psicólogo com Formação em Psicanálise pela Sociedade Psicanalítica de Campinas. E-mail: <cmoraes13@hotmail.com>.

Tânia Mara Marques Granato – Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP. Pós-doutorado sobre o uso de narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo sobre a maternidade. Docente e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). E-mail: <taniagranato@puc-campinas.edu.br>.

#### **Endereço para correspondência.**

Cleber José Aló de Moraes  
Rua Santos Dumont, 521 – Aterrado  
CEP 13801-337 Mogi-Mirim, SP, Brasil  
E-mail: cmoraes13@hotmail.com

Recebido em: 30.10.13

Aceito em: 24.06.14