

OMNIA SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

ALMEIDA, Ana Carolina Costa; CARDOZO, Magda Arlete Vieira. a morte e suas vicissitudes: um estudo com médicos e suas percepções acerca da finitude humana. *Omnia Saúde*, v.9, n.2, p.45-66, 2012.

Recebido em: 26/03/2012

Revisado em: 08/08/2012

Aceito em: 28/12/2012

A MORTE E SUAS VICISSITUDES: UM ESTUDO COM MÉDICOS E SUAS PERCEPÇÕES ACERCA DA FINITUDE HUMANA

DEATH AND VICISSITUDES: A STUDY WITH MEDICAL AND PERCEPTIONS ABOUT OF HUMAN FINITENESS

Ana Carolina da Costa Almeida

Psicóloga (FAI)

Magda Arlete Vieira Cardozo

Mestre em Psicologia (FFCL/UNESP)

RESUMO

O presente trabalho consiste no estudo da percepção do conceito de morte para aqueles profissionais que convivem diariamente com ela: os médicos. Possibilitar a compreensão da relação deste médico com a morte e seu paciente pode acarretar conseqüentemente na melhora da relação entre esses personagens característicos do ambiente hospitalar e num modo de a Psicologia contribuir para esta relação interpessoal; objetivando a percepção do modo como os profissionais de Medicina vêem a questão da morte, compreender as defesas usadas por estes no trato diário com o paciente que pode vir a morrer e identificar possíveis diferenças na maneira de lidar com a morte com relação ao tempo exercido na profissão. Para tanto, foram realizadas entrevistas semidirigidas com quatro sujeitos do sexo masculino, clínico-gerais, sendo que dois atuantes há mais de 15 anos e dois com até 5 anos de formação no curso de Medicina. Mediante isto, pôde-se concluir que a racionalização da morte, a cisão da figura profissional da vida pessoal, a religiosidade, a negação da própria finitude e o distanciamento dos sentimentos com relação aos pacientes consistiram nas principais condutas defensivas apontadas; que a percepção da ideia de morte e a posição da Medicina frente à mesma condizem com a formação acadêmica de cada entrevistado; e, principalmente, que o tempo de exercício na profissão afeta sobremaneira o modo como estes profissionais assistem aos seus pacientes.

Palavras-chave: Morte. Medicina. Psicologia.

ABSTRACT

This issue consists in the study of the perception of the concept of death for the professionals who live among her: the doctors. To make possible the comprehension of the relation between the doctor with the death and his patient, may cause consequently an improvement in the relation between these people that are typical of hospital environment and in a way of the Psychology contributes for this interpersonal relation; with the objective of the perception of the way how the doctors see the question of death, comprehends the defenses used for them

daily with the patient that may die and identify the possible differences in the way of deal with death in relation of time of the profession. For that were made interviews semi directed with four male doctors, clinician, two of then have been working for fifteen years and the other two with five years. Because of this we can conclude the rationalization of death, the splitting of the personal life between the professional life, the religion the denial of certain end, the distance from the feelings with the patients consist in the main defenses procedure; the perception of death and the positions of the medicine in front of the same agree with the academic degree of each interviewed and, mainly, the time worked in the profession affects the way how the professionals take care of their patients.

Keywords: Death. Medicine. Psychology.

INTRODUÇÃO

A morte e sua elaboração são elementos contínuos no processo de desenvolvimento humano; a morte como perda diz-se de um vínculo que é rompido. Ocultar sentimento e eliminar a dor são respostas para não sofrer e, para quem convive diariamente com a morte, isto se torna mais que um escudo protetor contra o sofrimento: constitui-se numa maneira de conduzir a vida profissional.

O médico sabe que a morte está a sua volta no ambiente hospitalar, mas não pode aceitar que ela toque seus sentimentos, mantendo assim a neutralidade ensinada tão impetuosamente nas faculdades de Medicina (ESSLINGER, 2004). Durante a graduação o estudante sofre a influência do excessivo foco no aspecto biológico, priorizando o avanço tecnológico e, conseqüentemente, restringindo os sentimentos que poderiam afetar a sua maneira de trabalhar (QUINTANA et al., 2002).

A onipotência, o modo de aperceber a morte e as relações transferênciais também podem influenciar o trabalho deste profissional e sua vida pessoal, assim como o tempo de exercício na profissão pode alterar a perspectiva dos acontecimentos cotidianos dentro de um hospital. Através de trechos de entrevistas realizadas com quatro médicos puderam-se delinear alguns aspectos que envolvem o cenário da morte no hospital, a subjetividade e as particularidades destes profissionais e proporcionar assim um entendimento geral de porque algumas condutas, como o distanciamento e a frieza, são usadas para que os indivíduos possam lidar com a angústia de se saber não imortal.

A possibilidade de entender como o médico percebe a morte e sua maneira de lidar com a mesma, poderá possibilitar melhorias nas relações interpessoais médico-pacientes e no aspecto psicológico de ambas as partes. Assim, este trabalho tem por objetivos aperceber a questão da morte sob o ponto de vista do médico e buscar compreender quais são os mecanismos de defesa utilizados pelos médicos no trato diário com paciente em fase terminal e identificar se há diferença na maneira de lidar com a morte entre médicos formados há mais de 15 anos e médicos com formação igual ou inferior a 5 anos.

Para tanto, discutiremos como os aspectos objetivos e subjetivos influenciam no modo de conduzir a carreira profissional no decorrer dos anos, e mostrar a importância da Psicologia Hospitalar em realizar um trabalho com estes profissionais, conseqüentemente, ajudando a melhorar a relação médico-paciente-morte; propondo, deste modo, a necessidade de a

Psicologia adentrar o hospital permanentemente, bem como a importância de nos cursos de Medicina haver um espaço para discutir a morte e as reações diante dele; a possibilidade de novos campos de estágio na área hospitalar e possivelmente o desenvolvimento de novos trabalhos sobre este assunto.

METODOLOGIA

Este trabalho utilizou-se de entrevistas semidirigidas individuais em quatro sujeitos do sexo masculino, especializados em clínica-geral, sendo que dois atuantes há mais de 15 anos na área médica e dois recém-formados, com menos de 5 anos de formação do curso de Medicina. São eles:

As entrevistas foram realizadas em quatro médicos que a seguir são apresentados com nomes fictícios:

- Lucas 27 anos, com três anos de formação, solteiro e sem filhos;
- Ricardo 32 anos, formado há cinco anos, casado e sem filhos;
- Saulo 55 anos, formado há 28 anos, casado e um filho;
- Bruno 53 anos, formado também há 28 anos, viúvo e três filhos.

Os dados foram sistematizados e analisados, por meio de categorias de análises, com base na Análise de Conteúdo, de modo que possamos compreender as convergências e as divergências entre os médicos entrevistados, verificando, em especial, como o tempo de formação e atuação influenciam na relação destes profissionais com a morte e suas vicissitudes.

A análise das entrevistas segue a sequência das perguntas contidas na entrevista, verificando as discrepâncias e concordâncias presentes; conforme aparecem assuntos que não estavam contidos na entrevista inicial, a análise faz referência ao que alguns autores postulam sobre tais assuntos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Escolha Profissional

A escolha da Medicina como profissão caracteriza-se com uma escolha pessoal para três dos quatro entrevistados e somente um disse tê-la escolhido por influência de seu avô. A morte como perda e, conseqüentemente, readaptação (KOVÁCS, 1992), pode ser notada na fala do médico Lucas, onde diz que possivelmente não teria escolhido a Medicina se o seu avô que o incentivava não tivesse morrido: “... *quando eu era pequeno o meu avô me incentivava a fazer medicina e eu fui escolher a profissão só depois que ele faleceu mesmo. Pensei melhor e fui fazer o que ele sempre pedia*”. Pode ser notada nesta fala a maneira em como as relações transferenciais se refletem na vida profissional, como também no fato de Bruno ser filho de médico, caracterizando a ideia de identificação introjetiva postulada por Melanie Klein (SIMON, 1986).

Os outros dois entrevistados relataram que a escolha da profissão se deu pelo aspecto atraente que a Medicina proporciona, tanto pelo mercado de trabalho por ser uma profissão bem remunerada, quanto pelo prestígio e respeito que o médico exerce, explicitando assim, o caráter de valorização e privilégios que acompanham a classe médica desde os primórdios da

prática curativa, como demonstra Lopes (1970) ao relatar que desde a Antiguidade, com a ajuda do instinto, os homens descobriram modos de lidar e enfrentar as doenças e obtiveram o poder de se afastar das moléstias através de observações e sofreram um processo de autovalorização ampliado pela autossugestão, caracterizando desta forma a superioridade e a onipotência dos médicos presente até os dias atuais.

A Compreensão e a Constatação da Morte

Em todas as entrevistas pôde ser notada a explicação da morte, a morte clínica com a parada de todas as funções vitais do corpo, como: “*o paciente não respira, não tem pressão arterial, não tem pulso, não é foto reagente, tem alguns critérios técnicos*” (Saulo). Esslinger (2004) em seus estudos confirmou esta condição de dicotomia, de racionalização onde é enfatizada na conduta médica a abordagem somente da patologia, do órgão doente e da rotina hospitalar, como forma de distanciamento do indivíduo como um todo e, conseqüentemente, como igual a este profissional,

Mas, também há a presença do mistério e do respeito para com a morte, demonstrada quando Saulo diz: “*dia de velório é dia de velório, dia de festa é dia de festa. Não pode, não é correto fazer festa no velório (...) todos têm esse direito, mas é um direito que não vale à pena*”, assim cada qual encontra uma base, uma ideia sobre a morte para poder se apoiar e se defender da angústia da própria finitude, presente nas falas:

“*Eu não acredito na morte espiritual, eu acho que a morte é quando o corpo não tem mais capacidade de manter suas atividades fisiológicas*” (Lucas);

“*Acho que a morte é uma incógnita (...) a gente não sabe o que vem depois da morte (...) a gente não sabe nada sobre a morte (...) a morte é um desconhecido*” (Saulo);

“*A morte é uma descontinuidade pra mim, é uma interrupção da vida*” (Bruno).

A perda da ilusão de imortalidade desarma o sujeito e o coloca impossibilitado de criar qualquer fantasia para suportar a noção de extinção, restando somente à angústia desapegada, livre (LABAKI, 2003); ou até mesmo da diferenciação do conceito de morte para o médico e para o não médico “*Como médico é a coisa... uma coisa natural, uma coisa que pertence ao ciclo de vida do ser humano;... agora se você me perguntar pra mim como é a morte fora do médico, é o fim de uma etapa da vida*” (Ricardo); negando desta maneira o caráter emocional que envolve a morte, que envolve a perda.

Para que os resultados possam continuar sendo discutidos de forma mais aprofundada, faz-se necessário que falemos acerca da morte e de mecanismos psíquicos de defesa que nortearam este trabalho, pois, a morte não possui representação no inconsciente, segundo Freud, devido à negatividade desta ideia num lugar composto somente de positivities.

O homem acredita-se imortal e pensar no fim concreto torna-se uma grande angústia. “Em nosso inconsciente só podemos ser mortos; é inconcebível morrer de causa natural ou de idade avançada. Portanto, a morte em si está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo” (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 6). “O medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos, independente de idade, sexo, nível socioeconômico e credo religioso” (KOVÁCS, 1992, p. 15).

Sendo assim, “uma pessoa se protege do medo por meio da ansiedade” (FREUD 1917, apud LABAKI 2003, p. 70). Quando a criança nasce ocorre a angústia primeira, devido ao trauma de ser inserido num lugar novo e perigoso, o mundo, sendo a primeira descarga automática de afeto, uma energia pura, desprendida, na perspectiva econômica do aparelho psíquico. A angústia primeira, ou automática, segundo Labaki (2003) é aquela:

“Primeira e tóxica, presente no ato do nascimento em que o feto, posto à prova de mudanças brutais de meio ambiente, temperatura, alimentação e respiração - além da separação da mãe - sofre ataques internos de intoxicação com excesso energético desencadeado pela experiência somática de privação” (p. 63).

Do ponto de vista do narcisismo, da metapsicanálise freudiana, a perda da ilusão de imortalidade desarma o sujeito e o coloca impossibilitado de criar qualquer fantasia para suportar a noção de extinção. Resta apenas a angústia livre, desapegada, com sua intensidade máxima (LABAKI, 2003, p.62).

A ideia da própria mortalidade pode, potencialmente, levar ao desamparo em razão da impossibilidade de sua elaboração psíquica, “(...) logo, é o estado de desamparo do ego que parece estar associado com a ameaça de morte, expressa nas reações diretas de angústia” (LABAKI, 2003, p.66). A noção de desamparo consiste, então, na ideia de que o aparelho psíquico não consegue lidar com a situação traumática: seria o bebê que não consegue satisfazer suas necessidades sozinho, não consegue se alimentar, se proteger do frio, precisa de alguém para poder lidar com as pulsões que ameaçam rompê-lo, o ego está sozinho e angustiado, é o momento central da situação traumática em que o psiquismo fracassa mediante a necessidade de proporcionar descarga adequada de energia ao turbilhão de excitação pela qual o indivíduo está passando.

A angústia primeira torna-se uma vacina que previne e dá suporte para possíveis perigos, seria como se o indivíduo ficasse imunizado, com processos defensivos de sustentação do ego e da vida. Aqui há a noção de prazer na dor, o masoquismo do ego, função da angústia secundária, a tolerância possível que o ego tem sobre a angústia está implícita na busca do investimento do desprazer - prazer no desprazer-, no masoquismo como guardião da vida (LABAKI, 2003), ou seja, a dor possibilita a reação do ego frente a novas ameaças, faz-se necessária para que não seja destruído (o ego) ou fragmentado.

A angústia secundária, que pode ser a perda do objeto de investimento, revela o modo como o ego se protege da não representação da morte, a maneira de manter-se precavido, à espreita, ou nas palavras de Freud “(...) o ego sujeita-se à ansiedade como uma espécie de inoculação, submetendo-se a um ligeiro ataque da doença a fim de escapar de toda sua força” (apud LABAKI, 2003, p. 75), onde “o não saber é umas das coisas mais apavorantes para o ser humano, perde-se o controle” (KOVÁCS, 1992, p.93).

Quando se percebe impotente diante de algo que desconhece, o indivíduo lança mão da onipotência como escudo (KOVÁCS, 1992), mantendo-se assim invulnerável; é comum a fala de que “isto nunca acontecerá comigo”, maneira explícita de negar a fragilidade humana. De acordo com Kübler-Ross (1998, p.09), “(...) a morte constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo que podemos dominá-lo em vários níveis”.

O homem, na genealogia da humanidade, é o único animal que tem noção da sua finitude de forma racional e consciente, mas a nega, e por isso vive numa ambigüidade: sabe tanto de seu poder de criação e sua originalidade, quanto de sua mortalidade.

Antigamente, e até hoje em dia, para conseguir lidar com a perda, a dor, o homem se apoia nos rituais, nas cerimônias religiosas. “Os ritos estão muito associados às representações de morte” (KOVÁCS, 1992, p. 30), sacrifícios, amuletos, cerimônias são maneiras de estar ligado à vida e à morte, são manobras contra a morte em favor da imortalidade; por outro lado, há também os ritos destinados aos mortos, para que estes não importunem os vivos e devem ser cuidados para este propósito, deste modo, protegem-se os vivos dos mortos e vice-versa.

Kovács (1992), postulou que todas as representações de mortes estão findadas no contexto cultural em que o indivíduo está inserido, e, baseada nas publicações de Áries (1977), nos oferece algumas representações e atitudes do homem diante da morte, como:

A morte domada: o homem medieval sabia quando ia morrer e se preparava para isso, numa espécie de cerimônia pública; o medo maior era de morrer de repente, sem as devidas homenagens. No entanto, apesar dessa familiaridade com a morte, os mortos eram temidos e por isso deviam ser honrados para que seguissem o caminho até os céus, evitando assim contaminar os vivos;

A morte em si mesmo: é caracterizada pela preocupação do homem sobre o que irá acontecer a si depois da morte, por isso, nesta época, era muito importante não se apegar aos bens terrestres. Neste momento, o corpo passa a ser escondido em caixões e o preto se torna a simbolização do luto, uma maneira de se proteger e enganar o demônio, assim como as missas de corpo presente;

Vida no cadáver, vida na morte: o cadáver teria todos os segredos da vida e da morte, a superstição popular indica que o corpo ainda ouve e lembra. O cadáver providenciaria, através de ossos, suores e carnes, a cura para diversos males; e durante sete dias após a morte visitava ainda os seus parentes;

A morte do outro: no século XIX a morte era desejada, pois era uma maneira de as pessoas se reencontrarem com os entes amados; surge então o espiritismo. Mas também há a preocupação de que os mortos voltassem para molestar os vivos, então ainda existem os rituais para com os mortos.

A morte invertida: é a morte que se esconde, a morte vergonhosa; a morte não deve ser percebida, não há mais lugar para ela na sociedade. O local da morte também mudou, foi transferido para o hospital, o moribundo passa a ser um indivíduo solitário que deve ser afastado da família para não incomodar o ambiente hospitalar. A morte foi dividida em cerebral, biológica e celular, ela não mais pertence ao paciente, mas sim ao seu cuidador, o médico.

Uma das mais importantes razões do medo de morrer, hoje em dia, é que morrer é triste demais, é solitário, mecânico e desumano (KÜBLER-ROSS, 1998), onde o indivíduo não consegue nem ratificar a sua própria morte, não é mais uma decisão sua e sim de toda uma equipe.

Antigamente se podia morrer em casa, de maneira tranqüila e entre os parentes queridos, hoje não, “(...) hoje se morre muito mais no hospital; é uma morte escondida das pessoas e isolada

dos familiares, uma morte disfarçada. Não se deseja que a morte do outro nos faça refletir sobre a nossa própria morte” (STARZEWSKI et. al., 2005, p.3). Kovács (1992) aponta que:

“O instante da morte é uma questão de fato, não de direito, e só o médico pode defini-lo, pelo atestado de óbito. Portanto, só ao médico cabe confirmar o momento da morte, constatando como definitiva e irreversível, bem como, determinando sua causa. Ou seja, o próprio ser humano não pode ratificar sua morte” (p. 41).

As pessoas passam a definhar ainda em vida devido às longas doenças e tratamentos demorados, as pessoas não conseguem morrer! “A sociedade ocidental insiste no caráter acidental da morte” (KOVÁCS, 1992, p. 40). A morte não é assumida como uma necessidade do processo vital: é sempre um assombro, uma ruptura na realidade. A sociedade não sabe o que fazer com esses corpos que não mais produzem, este acontecimento natural é empurrado para o lugar mais escondido, é o grande fracasso do ser humano. Antigamente, havia uma finalidade e uma recompensa futura no sofrimento; atualmente há muito desapareceu a crença de que o sofrimento aqui na Terra seria recompensado no Céu, e este era o papel principal da religião, isto é, transmitir esperanças, dar sentido às tragédias e aos acontecimentos dolorosos da vida, “(...) o sofrimento perdeu sua razão de ser” (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 19).

As mortes inesperadas são muito difíceis de serem elaboradas, devido a sua característica de ruptura brusca, sem preparo nenhum; “(...) se ocorre de maneira brusca e inesperada tem uma potencialidade de desorganização, de paralisção e impotência” (KOVÁCS, 1992, p. 154), e pode acarretar em dificuldades no processo de luto. O estado em que fica o corpo pode influenciar nas memórias e lembranças que se têm da pessoa que morreu; a culpa também pode estar presente caso a morte tenha ocorrido num acidente em que o enlutado estava junto (KOVÁCS, 1992).

Para Kübler-Ross (1998), o homem só será capaz de mudar o mundo, de enfrentar os problemas inerentes de uma sociedade massificada quando começar a refletir sobre a própria morte, o que deve ser feito por todo ser humano individualmente e não por computadores ou no nível de massa; e assim priorizar a ciência do inter-relacionamento humano, do contato de pessoa a pessoa aliado à tecnologia.

Nestes termos, há que se pensar que a percepção da morte e do morrer deve ser sistematicamente discutidos pelos profissionais de saúde, não só no que tange aos cuidados com o enfermo e seus familiares, mas essencialmente, nas suas experiências e afetos desencadeados no trabalho, pois, a forma como a equipe encara a sua própria mortalidade vai direcionar a maneira deste se relacionar com o paciente em fase terminal (LEÃO, 1994).

A Morte e os Profissionais de Saúde

Como já vimos anteriormente, o ser humano não consegue visualizar a sua finitude, enxerga a morte apenas do outro e para quem lida com ela todos os dias fica mais difícil de reconhecê-la como participante de si. A Medicina, mais do que qualquer outra ciência, coloca diretamente a problemática da morte diante do profissional. O médico responde a esse desafio muitas vezes com ansiedade, medo e até como ameaça à sua própria vida (KLAFKE, 1991 apud VIANNA; PICCELLI 1998).

Quando se percebe impotente diante de algo que desconhece, o indivíduo lança mão da onipotência como escudo (KOVÁCS, 1992), mantendo-se assim invulnerável; é comum a fala de que “isto nunca acontecerá comigo”, maneira explícita de negar a fragilidade humana. Esta negação está presente inclusive, ou principalmente, em quem tem de lidar com a finitude humana o tempo todo, como afirma Kübler-Ross (1998 apud QUINTANA, 2002, p.2):

“Os médicos que têm necessidade de negá-la (a doença) encontram a mesma reação em seus pacientes, enquanto aqueles que são capazes de falar sobre a doença terminal encontrarão seus pacientes mais aptos a reconhecê-la e enfrentá-la. A necessidade de negação é diretamente proporcional à necessidade de negação por parte do próprio médico”.

Feifel (1967 apud KOVÁCS 1992) após uma pesquisa verificou que os médicos têm mais medo da morte e que buscariam na profissão a possibilidade de controle e domínio sobre ela. Deste modo, por estarem mais próximos e lutando contra, algumas vezes não se permitem conhecer os próprios sentimentos em relação à morte como a impotência, que é associada à perda dos pacientes; a culpa por algumas vezes enganá-los sobre seu real estado e a raiva como decorrência dos dois sentimentos anteriores (KOVÁCS, 1992).

Durante os seminários sobre a morte e o morrer, Kübler-Ross (1998) encontrou dois subgrupos de médicos, que segundo ela, eram “(...) capazes de ouvir e conversar calmamente sobre o câncer, a morte iminente ou o diagnóstico de uma doença considerada fatal” (p. 250), que são os mais jovens na profissão e que já tinham perdido algum ente querido e superado a perda; e os médicos mais velhos, de uma geração onde a morte era enfrentada como uma realidade haviam sido treinados “na velha escola do humanitarismo” (p. 251), onde todos os indivíduos devem ser tratados de maneira igualitária, dignamente, preocupando-se principalmente com o ser humano que porta a doença e não somente com a doença. A experiência clínica expõe o profissional da área de saúde ao contato com a morte e, possivelmente, diminui a dificuldade de se tratar do assunto, embora, em muitos casos, não a resolva completamente (STEDEFORD 1986 apud VIANNA; PICCELLI, 1998).

Segundo Leão (1994) a existência de uma aliança favorável entre a equipe de saúde e o paciente terminal é imprescindível para o estabelecimento de qualquer conduta terapêutica, seja física ou emocional. A comunicação verbal entre médicos e pacientes é um assunto tão antigo quanto à própria história da Medicina (LEÃO, 1994), pois era desta maneira que o médico conseguia as informações necessárias para tratar o enfermo; a relação entre médico e paciente deveria ser sólida porque somente assim o tratamento poderia ser realizado. Com exames cada vez mais detalhados e a tecnologia mais avançada estes personagens – médico e paciente – se afastaram, não ocupam o mesmo lugar de antes, ao primeiro cabe o poder e o direito de manipular, examinar, cortar, curar, decidir e ao segundo resta apenas o dever de aceitar e respeitar o tratamento.

Os maneirismos ensinados nas faculdades de Medicina, como consultas rápidas, perguntas diretas e objetivas, a ausência do contato direto com pacientes terminais ainda na faculdade, que são refletidos no relacionamento entre médicos e pacientes, são comportamentos estereotipados que o profissional lança mão para lidar com o paciente; cada caso é diferente de outro, cada paciente é único, no entanto, os comportamentos se repetem como um modo de se manter distante da morte (LEÃO, 1994).

Quando o estudante de Medicina se confronta com a morte e o morto nas aulas de anatomia, o primeiro passo é isentar aquele corpo de qualquer identidade humana, “(...) pois pensar que ali

havia um ser humano e que a vida é transitória pode ser muito angustiante” (KOVÁCS, 1992 p. 237), caracterizando então, essa falta de preparo para lidar com a morte na formação médica, como uma forma de preparar o aluno para que utilize o mecanismo de negação perante a finitude de uma pessoa.

A maioria dos programas de treinamento médico, com frequência, aborda a morte inadequadamente; como resultado, o tratamento dos pacientes moribundos é desnecessariamente doloroso para todos os envolvidos (KAPLAN, 1997 apud STARZEWSKI et al 2005).

Zaidhaft (1990 apud LEÃO 1994) acredita que a Medicina desviou suas finalidades ao longo do tempo de modo a tender à expectativa da humanidade na luta contra a morte e ao desejo narcísico de se superar; tomando para si uma atitude quixotesca de lutar contra o grande inimigo e o sentimento de onipotência perante este inimigo. Ziegler (apud KOVÁCS 1992) diz que o médico passou a ser não apenas aquele que constata a morte, mas também quem a provoca, passando a ser o seu senhor.

Leão (1994) postula que a morte é então percebida como fracasso, à medida que o saber médico não foi suficiente para identificar sua causa e evitá-la; quando percebem que não podem salvar a vida de um paciente, os médicos geralmente se afastam, porém, ainda mantêm este paciente sob sua supervisão, muitas vezes zangando-se quando há interferência de terceiros, como pôde constatar Kübler-Ross (1998) em seus seminários, e isto acontece, segundo a autora, pela ferida no narcisismo destes profissionais, a incapacidade destes para lidar com seus pacientes.

Kübler-Ross (1998) acredita que é importante quando o médico se disponibiliza e se senta para ouvir o paciente que se encontra à beira da morte, pois é quando o paciente pode contar que já sabe sobre o que está acontecendo, ou mesmo ouvir notícia, tirar dúvidas, possuir certezas que são tão necessárias neste momento, assim poderá ter maior confiança naquele que o acompanhará até o fim.

Leão (1994) visualiza o médico no meio de duas questões impostas e fundamentais para a profissão: de um lado, a exigência que lhe é feita e o lugar que ocupa dentro do hospital e no desejo do paciente; e do outro a neutralidade exigida pela formação acadêmica, o tecnicismo e a automaticidade a que está exposto. Deste modo, a angústia está em não conseguir conciliar ambas as exigências, apesar de que isto seja bem possível. Sendo assim, é imprescindível que a Psicologia debruce-se acerca desta temática. Detenhamo-nos na Psicologia Hospitalar.

A Psicologia e a Morte: Contexto Hospitalar

Conforme indica Kóvacs (1992):

“Se a morte é uma preocupação universal do homem, e a psicologia estuda a relação do homem com o mundo, então a morte deveria ser área de preocupação primordial da psicologia, como campo de estudo e como prática profissional” (KOVÁCS, 1992, p. 238).

O homem, atualmente, é caracterizado como um todo, um ser tanto orgânico quanto social, psicológico e espiritual em todas as situações da vida, inclusive no adoecimento e por esta visão global do ser humano, a psicologia torna-se necessária dentro do contexto hospitalar; afinal é comprovado o fato de que o estado emocional afeta a natureza orgânica, agravando ou

mesmo criando situações perigosas e danosas tanto para os profissionais que ali trabalham quanto para aqueles que são assistidos dentro desta instituição (ROMANO, 1994).

“O trabalho do psicólogo é minimizar o sofrimento ligado à hospitalização” (KOVÁCS, 1992 p. 240) e poder ajudar também nas relações hospitalares, tanto entre os próprios profissionais como quanto entre estes profissionais e os pacientes. A psicologia hospitalar ainda é polêmica, pois, segundo Angerami-Camon (2003), há profissionais que tendem a adaptar os moldes de atuação dos consultórios dentro do contexto hospitalar, o que gera muitos problemas.

Kovács (1992), em seu livro *A Morte e o Desenvolvimento Humano*, aponta uma questão primordial para este ramo da psicologia: será que os psicólogos estão dispostos e preparados para trabalharem neste contexto? Para a autora, o profissional de psicologia deve desenvolver o seu poder de escuta, perceber o que é importante para o outro e, principalmente, estar disponível para este contato tão íntimo, estar disposto a partilhar o sofrimento com o paciente, podendo, assim como o médico, ser ferido no seu narcisismo e na sua onipotência: estar diante do não terminado, do incompleto (TORRES E GUEDES 1987 apud KOVÁCS 1992).

Para que o psicólogo ou outro profissional execute um bom trabalho dentro do hospital é necessário examinar detalhadamente a sua posição diante da morte e do morrer (KÜBLER-ROSS, 1998), ou seja, é imprescindível que estes profissionais estejam aptos a repensar sua maneira de enfrentar a própria mortalidade. E, também, é muito importante que o psicólogo tenha claro os seus limites de atuação, para que não se torne mais um elemento invasivo, que agride o processo de hospitalização; saber distinguir entre sua vontade de intervir em determinado paciente e a própria necessidade deste de receber tal intervenção torna-se extremamente necessário nesta prática da Psicologia (ANGERAMI-CAMON, 2003).

Leão (1994) aponta algumas funções do psicólogo, como: “compreender os fenômenos intrínsecos das relações, conhecer as reações do paciente, ouvir várias pessoas da mesma família, orientar familiares e profissionais”. A orientação de familiares e profissionais que assistem ao paciente constitui uma das principais metas do psicólogo hospitalar, pois serão estas pessoas que partilharão dos últimos momentos do paciente gravemente enfermo e é por meio delas que a dignidade deste paciente, tão preconizada neste momento, será levada até o fim.

Enfocar o profissional de saúde que lida diariamente com a morte torna-se imprescindível para a melhoria das relações interpessoais entre estes e os pacientes; a pessoa que recebe a notícia de uma doença grave e sem prognóstico, além das reações características da sua personalidade, apresenta reações típicas, mostradas por Kübler-Ross (1998) como a negação, a barganha, a raiva, a depressão e a aceitação, e cada uma destas fases são direcionadas àqueles que estão mais perto do paciente, ou seja, a equipe hospitalar que se torna depositária de todas as acusações, angústias e que é tudo de que o paciente dispõe para expressar suas frustrações (LEÃO, 1994).

As expectativas depositadas no profissional de saúde, principalmente no médico, pode se tornar um encargo muito pesado nesta profissão; a figura do psicólogo dentro do hospital pode servir de apoio a estes médicos, oferecendo escuta e colaborando na melhora da relação médico-paciente-morte.

A Transferência para Freud

Em 1912, Freud postulou que cada pessoa desenvolve um método próprio de conduzir-se na vida erótica, e que isto se deve à combinação de sua disposição inata, ou impulsos, e das influências sofridas durante os primeiros anos, assim, o modo como conduzirá sua vida inegavelmente irá condizer com estas impressões.

No entanto, somente uma parte destes impulsos que determinam a vida erótica pode ser encontrada em todo processo do desenvolvimento psíquico, e esta parte que passou pelo processo está dirigida para a realidade, “acha-se a disposição da personalidade consciente e faz parte dela” (FREUD, 1912 p. 112). A outra parte ficou retida no inconsciente, ou foi impedida de expansão, exceto na fantasia, ou continuou totalmente desconhecida pela consciência. Freud disse que:

“Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontra com idéias libidinais antecipadas; (...) assim, é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do médico” (p. 112).

O médico que Freud nos fala é o analista no contexto da terapia, mas pode ser qualquer outra pessoa que cuide deste indivíduo. A transferência freudiana estaria baseada na recordação de vivências passadas e que se atualizariam nas relações presentes.

Etchegoyen (2004) propõe uma diferenciação entre os impulsos conscientes, que apresentam o ego para que compreenda a circunstância presente entre os modelos do passado e inserido no princípio da realidade (experiência), e os impulsos inconscientes, que, submetidos ao princípio do prazer, trocam o presente pelo passado em busca de satisfação libidinal (transferência).

Desta maneira a transferência é caracterizada pelas vivências ocorridas na infância, em como o indivíduo lida com estas e de que maneira será usada na sua personalidade consciente afetando suas relações na busca daquelas recordações infantis. Dentro do contexto hospitalar, inúmeras transferências e contratransferências se encontram; tanto médico quanto paciente carrega consigo toda uma história passada e este encontro pode gerar expectativas, recordar as vivências mais remotas que atuam em ambos.

O médico, diante de um paciente que está à beira da morte, sofre a influência tanto de fatores ambientais quanto de fatores internos do paciente, e precisa lidar com a situação angustiante da finitude humana, por isto, muitas vezes se afasta para que não sofra com a sensação de impotência que tal paciente lhe transfere.

O médico, no momento que o paciente está fragilizado, é a pessoa que introjeta as expectativas, esperanças, medos deste paciente e, conseqüentemente, retornarão àquilo que sua história pessoal permite, ocorrendo a contratransferência, ou vice-versa. Tanto médico quanto paciente possui aquilo que Freud (1912) denominou de impulsos libidinais da infância e que influenciam nesta relação.

A angústia é o que postula a teoria kleiniana sobre a formação do ego no indivíduo e, conseqüentemente, a maneira que este se relacionará com o meio interno e externo. De acordo com Simon (1986), para Klein, a pessoa apresenta uma identificação projetiva com outra pessoa; projeta nesta aquilo que lhe pertence e introjeta aquilo que vê de si no outro, portanto, o que o outro oferece é tido como seu, mas somente coisas boas são introjetadas; isso será mais bem visto no próximo capítulo.

Identificação Projetiva e Introjetiva

Durante a infância, o instinto de destruição jogado para o exterior da criança, desloca a angústia decorrente do medo da castração presente já no Édipo precoce, e isto aumenta a importância dos objetos e, conseqüentemente, a fixação na figura materna, que representa tanto o objeto bom como a pessoa castradora (SIMON, 1986).

Segundo o autor, Klein (1935) demonstra que neste momento acrescenta-se “ao medo do objeto um medo pelo objeto” (p. 194), ou seja, a criança teme perder a mãe quando esta a ataca imaginariamente e de ser abandonada à própria sorte. Klein denomina isto de angústia básica da posição depressiva que é caracterizada pela perda do objeto bom.

À medida que vai percebendo que esta mãe não morrerá, literalmente, a criança vai conseguindo lidar com a angústia de se estabelecer entre o superego e o id que a controlam. A criança precisa de limites e proibições para lidar no controle do id e do superego. Simon (1986) preconiza que:

“O processo normal que leva a liquidação da angústia depende de vários fatores, cujos métodos por sua vez dependem do fator quantitativo (...), embora o indivíduo normal consiga afastar as situações ansiogênicas, jamais ele as exclui definitivamente. Certas tensões excessivas de origem interna ou externa (doença ou fracasso) podem reavivar situações ansiogênicas relegadas a grandes profundidades” (p. 58).

Esta pode ser a angústia presente nos médicos quando estes estão diante da morte do seu paciente, a angústia da primeira infância de Melanie Klein, que pode desencadear variadas reações desde a superproteção deste objeto até a negação total de sua existência.

Segal (1975 apud HINSHELWOOD, 2001) explica a transação esperada entre mãe e filho de modo que:

“Quando uma criança está com uma angústia intolerável, ela lida com isso projetando-a na mãe. A resposta da mãe é reconhecer a angústia e fazer todo o possível para aliviar sua agonia. A percepção do bebê é de que ele projetou algo intolerável em seu objeto, mas o objeto foi capaz de contê-lo e de lidar com ele. Ele pode, então, reintrojetar não apenas sua angústia original, mas uma angústia modificada pelo fato de ter sido contida. Ele introjeta igualmente um objeto capaz de conter e lidar com a angústia (...). A mãe pode não ser capaz de suportar a angústia projetada do bebê e este pode introjetar uma experiência ainda mais aterrorizante do que aquela que havia projetado”. (p.134-135)

Hinshelwood (2001) destaca a importância da compreensão de que quando algo é projetado, transferido, por uma pessoa simultaneamente há outra pessoa que introjetará isto, portanto, uma relação dual entre pessoas. Klein (1952 apud HINSHELWOOD 2001) postula que a

pessoa se afasta daquela para tentar se afastar de seus objetos primários, utilizando os mesmos procedimentos que usou no passado.

Melanie Klein e o Desenvolvimento do Ego

Melanie Klein (apud SIMON, 1986) postula, em seu conceito de posição, que o indivíduo dito normal pode oscilar entre as posições depressivas e esquizo-paranóide, dependendo do momento em que está passando e na sua maneira de lidar com a situação. A teoria freudiana está baseada na idéia de que instinto de vida e morte são inatos ao indivíduo, e de que o instinto de morte é defletido, posto para o exterior uma parte dele; Klein (1948 apud SIMON 1986) acredita que já existe um ego ao nascer e que seria este ego que perceberia o instinto de morte inconscientemente, não se trata de uma noção direta da existência deste instinto, isso seria impossível segundo Klein, percebendo então a angústia primária, o medo do aniquilamento.

Neste momento de angústia e medo o ego se defende utilizando a deflexão, projetando este temor para fora do ego, no entanto, este, estando no exterior egóico, se torna o primeiro objeto persecutório. Mas há também o instinto de vida, inconscientemente, e é ele quem protege o ego, quem oferece o objeto bom para que o bebê possa se apoiar. (SIMON, 1986)

Porém, a angústia proveniente da noção inconsciente do instinto de morte ainda está no ego, embora sendo apenas uma parte, pois a outra foi projetada, e este ego, que ainda é muito fragilizado e incoerente sofre a clivagem, divide-se, para “dar conta” desta angústia, assim os objetos ficam partidos, cindidos em bons e maus considerados protetores ou perigosos para o ego. Simon (1986) explica que Melanie Klein utilizou o conceito de mecanismo de defesa para demonstrar como o ego enfrenta as relações objetais fantasiosas; estes mecanismos são: *projeção*, onde o ego põe para fora algumas vivências e *introjeção*, que seria o “transporte para dentro de aspectos de vivências do ego que ele quer ou precisa retirar do exterior” (p.90). “*Introjeção e projeção* são o modo primitivo de o bebê estabelecer contato com o mundo objetal” (p. 90).

Além destes mecanismos defensivos, *projeção*, *introjeção* e *clivagem*, o bebê ainda precisa lançar mão de outros mecanismos para conseguir lidar com a grande angústia persecutória, como a negação, a idealização, a onipotência, o abafamento das emoções, a identificação projetiva e a identificação introjetiva.

Melanie Klein (1946 apud SIMON 1986) comunica a idéia de identificação projetiva como um protótipo da relação de objetos, ou seja, quando o indivíduo ataca o corpo materno pedaços do ego são expelidos para dentro da mãe, tanto quanto excrementos fantasiosos depositados nesta mãe; esta se torna o depósito dos pedaços maus e odiosos do ego partido, no entanto, há também as partes boas partidas e que também são projetadas no objeto, a mãe no caso, que dará origem às relações de amor e confiança.

Já, na identificação introjetiva, pode-se considerar que desde o início da vida o bebê introjeta o peito desejado, deseja as qualidades boas e se identifica com este objeto bom. A introjeção é uma importante base na formação do ego e também do superego (SIMON, 1986). Paula Heiman (1952 apud SIMON 1986) diferencia a identificação introjetiva da simples introjeção: quando o objeto introjetado é destinado principalmente à identificação torna-se introjetado no ego e se identifica com este temos a identificação introjetiva. Entretanto, se o objeto é

introjetado numa situação de conflito emocional provavelmente será introjetado no superego, embora nem sempre tenha a função crítica, mas também protetora (SIMON, 1986).

Esboçemos, agora, como nossos sujeitos nos apresentaram a morte em alguns parâmetros.

A morte para além do Contexto Profissional

A morte de uma pessoa próxima do convívio pessoal e social destes médicos é diferenciada da morte de um paciente, como Saulo relatou: *“você vai ao velório de um conhecido você sente bastante. O seu dia, um dia vai chegar também, então não pode ser menor (o sentimento de perda)”*; nesta fala o médico demonstra que as mortes enfrentadas em sua profissão ao longo dos anos não afetaram a sua conduta fora do hospital com relação à morte *“por mais que o tempo passa não é que fica calejado não”*.

Bruno compartilha desta ideia dizendo que *“a perda machuca muito, até hoje”*; Ricardo vai além e diz: *“se é aquele ente querido que morreu, lógico que eu vou sentir, eu não vou agir com o racional, vou agir muito com o sentimento”*, ou seja, a perda do ente querido provocará maior reação emocional do que o paciente e por isso é antiético atender a um parente, pois *“muitas vezes pode envolver uma parte de sentimento, pode envolver uma parte não racional (...), mas no atendimento, por exemplo de emergência, ele tem que ser racional, senão ele não desempenha o papel dele”*.

Se todos os indivíduos pudessem admitir a possibilidade de sua própria morte, se não fosse feito um mau uso da ciência e da tecnologia prolongando a vida ao invés de torná-la mais humana, então poderíamos situar as coisas importantes como o bem estar dos pacientes, das próprias famílias (KÜBLER-ROSS, 1998) e assim, possivelmente não seria necessária a divisão que estes profissionais impõem às suas vidas.

O Distanciamento com o Paciente e A Morte como Fracasso profissional

Evitar sentimentos durante um atendimento ou no trato do paciente põe em evidência a falta de preparo durante a formação acadêmica para lidar com o ser humano que fala, sente, chora e que é mais complexo do que um órgão doente (KOVÁCS, 1992). Esslinger (2004) verificou, em sua experiência como docente, que muitos profissionais enterravam as emoções e associavam “ser profissional” a não demonstração de sentimentos; pôde-se notar isto nas frases:

“você pode até se emocionar após o atendimento, mas durante o atendimento, durante assim a primeira abordagem e no transcorrer do atendimento, você tem que ser extremamente racional e pé no chão, senão você desvia a sua atenção, senão você desvia a sua conduta, você acaba não fazendo um bom atendimento” (Ricardo);

“se você se envolver muito com o paciente, em termos de se envolver nos problemas, você não consegue trabalhar. Você tem que agir e agir às vezes sem sentimento, você tem que agir para salvar a vida dele e se você tiver muito sentimento (...) você não consegue fazer nada por ele, então é a profissão, você tem que deixar esse sentimento de morte, de perda do lado pra salvar a vida dele” (Bruno).

Estas falas demonstram aquilo que Esslinger (2004) também postula: “há que buscar-se a cura a qualquer custo, e principalmente os médicos são formados para isso”, ou seja, não pode

haver lugar para o fracasso ou se permitir um relacionamento mais pessoal com o paciente, afinal há sempre vidas para serem salvas:

“Você quando está na faculdade é uma coisa, você divide a responsabilidade do paciente com outros colegas, com professores, quando você começa a trabalhar e o paciente é da responsabilidade sua, então só você está ali envolvido com esse paciente que venha a falecer, então é outra coisa”.

Bruno demonstra nesta sua fala que a formação acadêmica não trabalha o conceito de morte individual e subjetivamente, não prepara o aluno para enfrentar a morte e assim conseguir melhorar a relação com o paciente que o coloca frente à realidade da finitude humana. “Esse tipo de formação acaba trazendo sérias conseqüências no momento de comunicar ou não um diagnóstico ao paciente, de falar ou não com a família, de decidir prolongar ou não a vida de um paciente e em que condições” (ESSLINGER, 2004, p. 36). Não estamos negando que para realmente poder atender e salvar uma pessoa seja preciso racionalidade e agilidade, porém, estas condutas podem andar lado a lado com a subjetividade de ambos, tanto paciente quanto médico, portanto *“tem horas em que você tem que saber ponderar. Eu acho que a ponderação, em relação à morte (...) ela vem, ela aparece, você se questiona, mas ao mesmo tempo você tem que ter uma estrutura emocional para bloquear aquilo lá, aquilo ser apenas uma passagem na sua vida”* (Ricardo).

Falar sobre a perda passível de sentimentos por parte do profissional torna-se imprescindível para formar médicos aptos a enfrentar tal realidade que lhes é imposta após a graduação. Então, como afirma Esslinger (2004, p. 216), “(...) é necessário resgatar, durante o processo de formação desses profissionais, a morte em seu caráter de inexorabilidade, e não como inimiga a ser vencida. Educar para morte deveria ser um dos objetivos desses cursos”, e deste modo, cada indivíduo pode avaliar sua disponibilidade interna, conceitos, preconceitos com relação à morte e ao morrer e enfim lidar com suas experiências de lutos, perdas e morte.

Nomear a morte, para Esslinger (2004), fica mais difícil na medida em que esta morte fica associada ao fracasso do próprio médico ou da instituição. Os quatro entrevistados concordaram que a morte inesperada ou a morte de uma pessoa jovem provoca uma angústia maior do que quando morre alguém que já estava doente há muito tempo ou de idade já avançada:

“quando é uma pessoa jovem, que poderia ter evitado essa morte é bem mais difícil” (Lucas);

“assim como se fosse uma morte por acidente, você pode ter uma pessoa que vai atravessar a rua, é atropelada e morre, isso choca (...) quando a pessoa evolui a óbito por causa natural, eu acho que a família já está preparada para receber uma notícia desta, agora a morte acidental é violenta (...) acho que ninguém está preparado e muitas vezes nem o médico está preparado” (Ricardo).

A ruptura brusca acarreta na sensação de vazio e impotência que fere o narcisismo médico de lutar contra a morte (KOVÁCS, 1992), de ser o herói onipotente, provavelmente por este ferimento é que todos disseram que não conversam com ninguém sobre o assunto da morte, se fecham consigo mesmos e refletem cada qual a sua maneira, evitando assim, possíveis questionamentos sobre a profissão e a sua própria mortalidade, negando a fragilidade humana que, por mais incrível que pareça para estes profissionais, também os atinge.

Este fato confirma a idéia de Esslinger (2004) de que conversar sobre a morte, desabafar as angústias e medos inerentes à mesma pode auxiliar na maneira de enfrentá-la e na relação com o paciente.

O Primeiro Paciente que Morre...

A pergunta da entrevista *Como foi a primeira vez em que um paciente morreu?* continha uma ambigüidade proposital, no intuito de compreender como estes profissionais entenderam a primeira morte após a formação acadêmica, e dois deles, Lucas e Bruno, relataram-na de maneira clínica, com os sintomas, a doença e os procedimentos realizados, demonstrando a imparcialidade e a impessoalidade para com o indivíduo que morrerá, modo de se proteger da ansiedade que a inexperiência na época provocou e somente depois da formulação de outra pergunta é que descreveram esta morte com base nos sentimentos que haviam sido inferidos neles, por exemplo a insegurança e a dúvida de haver feito tudo certo.

Lucas disse que na primeira morte *“fica com mais sentimento, mais pensativo”* e Bruno relatou esta mesma morte como algo *“diferente, é dolorido, você sofre junto”*. Os outros dois entrevistados, Ricardo e Saulo, também relataram a morte clínica, porém, verbalizaram quais sentimentos que esta morte provocara como constrangimento, confusão de sentimentos, impotência *“... aborrecido, constrangido comigo mesmo de não (...) ter conseguido desenvolver tudo aquilo que você fez”* (Ricardo). Expressar esses sentimentos de frustração e impotência é muito difícil em um meio onde estes profissionais são cobrados a todo o momento:

“A neutralidade cobrada dos profissionais de saúde, além de empobrecer o relacionamento com o paciente e os familiares, gera um enorme desgaste, pois os profissionais tentam reprimir as emoções relacionadas à morte, portanto relacionadas à vida” (ESSLINGER, 2004, p. 226).

A inexperiência decorrente da recém-formação acarreta em dúvidas sobre a conduta médica no tratamento de pacientes e sobre a dúvida de ter feito tudo aquilo que poderia ser feito (VIANNA; PICCELLI, 1998), demonstrada nas falas do doutor Lucas: *“como eu era inexperiente ficava pensando se podia ter feito uma coisa a mais”*, e de Ricardo: *“... acaba que mesmo você fazendo tudo certo acaba que dá tudo errado”*. Porém, com o passar dos anos este questionamento é reprimido dando lugar ao pensamento de que fizera tudo o que estava ao alcance de ser feito, racionalizando a morte, fato que pode ser visualizado nas verbalizações:

“a morte hoje em dia... eu fiz tudo o que podia ter feito, mas não teve jeito” (Lucas);
“acho que foi uma coisa natural (a última morte presenciada)” (Ricardo);
“desse paciente (...) eu fiz tudo o que tinha que fazer, a família estava consciente, estava ciente e aconteceu o que tinha que ser” (Bruno);

A racionalização perante a perda de um paciente parece ser a característica primeira nesta profissão, cada qual a sua maneira, mas com pontos em comum: levantar a cabeça, não se envolver emocionalmente com o paciente e a necessidade de esquecimento rápido da morte para poder atender ao paciente que está do lado; “bola pra frente” foi à expressão mais utilizada durante as entrevistas, como também frase que demonstravam o caráter irrevogável da morte:

“aconteceu o que tinha que ser” (Bruno); *“quando é pra matar mata, não tem jeito”* (Lucas), até porque *“a vida continua, as pessoas precisam de você lá fora”* (Ricardo);

“... *tem que olhar pro lado e cuidar do outro (paciente), virar as costas...*” (Lucas), estas falas são exemplos concretos de defesas usadas para lidar com a morte diariamente e se isentar da possível culpa em consequência destas mortes.

Saulo confirma esta condição, de isenção de culpa, relatando que quando se é mais novo há certa condição de revolta contra a morte, ferida na onipotência, porém, após tanto tempo na profissão acredita que o profissional não pode ficar pensando que havia algo mais a se fazer para que o paciente não evolua a óbito, “*a gente faz o que está ao alcance da gente*”. Também não acredita que o tempo exercido na profissão faça diferença em sua maneira de lidar com a morte, mas não com a morte do paciente e sim de alguém próximo ao seu círculo de amizades, demonstrando mais uma vez o quanto a profissão e a figura médica são afastadas da vida social.

A cisão entre a figura do indivíduo profissional de Medicina e o mesmo indivíduo fora do hospital se refere a uma conduta defensiva a que o médico lança mão, como muitas outras pessoas, para conseguir lidar com a própria mortalidade (KOVÁCS, 1992) e isto pode ser percebido em todas as entrevistas. Expressões como: “*se a gente for levar tudo isso (...) é muito dolorido, então saindo do hospital a gente tem que cortar, senão não consegue viver. E a gente aprende a fazer isso*” (Bruno), refletem a angústia inconsciente que a morte traz e desta maneira dividir a vida pessoal da profissional torna-se a saída do médico para suportar tal angústia. Ricardo também relatou esta cisão quando diferenciou o seu conceito de morte enquanto médico e o seu conceito de morte pessoal, fora do contexto hospitalar.

Ricardo e Bruno expuseram a presença de um terceiro personagem, além do médico e do paciente, no cenário da morte: a família; pois a função do médico não envolve somente cuidados com o paciente, mas também aqueles que estão ao seu redor. Lidar com a família é tão complexo quanto lidar com o paciente, pois são estas pessoas que o pararão no corredor para pedir informações, para exigir explicações e cuidados maiores (ESSLINGER, 2004), são pessoas que depositam neste médico todas as expectativas de cura ou melhora do ente querido e que decidirão se vão compartilhar sobre a doença com o paciente (KÜBLER-ROSS, 1998).

A família também passa pelas fases anteriores à morte que Kübler-Ross (1998) demonstrou e já foi explicado, e novamente quem recebe estas reações, agora da família, são os profissionais de saúde. Bruno relata o quão importante é comunicar aos familiares sobre o que está acontecendo com o paciente, até “*porque você está responsável pelo paciente, sabe que o problema é grave e você tem que dividir isto com alguém porque quando morrer para poder falar: fiz tudo o que tinha que fazer*”, desta forma torna a família cúmplice e testemunha desta perda.

Dar a Notícia de um Paciente que Morreu

Com relação a contar para os familiares sobre a morte do paciente, todos concordaram que a idade e como a pessoa morreu influenciam nas reações, tanto do médico quanto dos parentes, já explicitados anteriormente, possivelmente pelo fato de colocar o profissional frente ao seu ‘fracasso’, como postulou Esslinger (2004):

“*uma coisa é você comparar (a morte de) uma pessoa de trinta e poucos anos, que há três, quatro dias atrás estava andando, brincando com as filhas (...) e que dá três ou quatro dias está morta (...) e outra coisa é chegar pra uma família e falar: olha um*

senhor de oitenta e poucos anos, com hipertensão, diabetes morreu. Então isso a família no fundo já está preparada” (Ricardo).

Lutar contra a morte, salvar vidas a todo custo foram definições dadas sobre o exercício da Medicina, confirmando os objetivos que Pessini (2001 apud ESSLINGER 2004) demonstrou serem os principais da Medicina: salvar e prolongar a vida; promover e manter a saúde; e aliviar a dor e o sofrimento. Todos entrevistados relataram a profissão como uma luta constante, muitas vezes quixotesca, contra o fim do ser humano *“a gente luta é pela vida”* (Saulo), *“eu luto para deixar o paciente vivo (...) eu penso antes da morte e luto pra isso”* (Bruno), *“eu procuro no meu dia a dia fazer o melhor, dar o meu melhor”* (Ricardo), então quando não conseguem vencer esta luta, quando percebem que não são onipotentes e senhores da vida se afastam, evitam o paciente que pode lhes ferir a imagem narcísica e mitológica tão preconizadas desde a antiguidade (LOPES, 1970), ou seja, a morte como uma necessidade da natureza parece não ser aceita (ESSLINGER, 2004).

A Morte e a Religião

A religião ocupa um lugar de destaque no modo de entender a morte para estes médicos, Mc Mordie (1981, apud Kovács 1992) fez um estudo sobre as crenças religiosas e o medo da morte e pode verificar que ateus convictos e os religiosos têm menos medo da morte do que aqueles que ficam na média, com grau de envolvimento mediano. Desta forma observou que o que mais tem relação com o medo da morte é o grau de incerteza/certeza, os que possuíam uma religiosidade concreta ou um ateísmo convicto podiam se apoiar nas suas certezas então apresentava menor nível de ansiedade ligado à morte do que aqueles que tinham incerteza sobre o que aconteceria depois da morte, portanto, para Mc Mordie, a fé ajuda a superar a ansiedade proveniente do fim do ser humano, Ricardo demonstra esta opinião quando define o conceito de morte através das particularidades de cada indivíduo, *“de acordo com cada pessoa, com cada personalidade acho que ela faz uma definição (...) daí já entra religião (...) então tem um modo de você abordar a morte”*, e isto pode ser notado nas falas do doutor Saulo *“porque quando Deus chamar a gente, a gente vai. Pessoas boas vão para o céu, as que não são boas vão para outro lugar, então eu acho que eu vou pro céu (...) eu luto todo dia para isso, a minha luta é incessante para isso, por isso não tenho medo não”*, ou quando a religião é usada como base para explicar o porquê das mortes: *“quem tem que decidir é Deus, não está ao meu alcance (...) então é a ele quem cabe decidir a vida da gente”* (Saulo) e *“é uma grande perda (a morte), sente um vazio dentro da gente, sem poder fazer nada porque Deus quis assim”* (Bruno). E isto Kübler-Ross (1998) deixa claro quando escreve que *“há menos pessoas que acreditam realmente na vida após a morte o que talvez seja por si só uma negação de nossa mortalidade”* (p. 19), mais uma maneira de se defender contra a morte.

As relações Transferenciais e a Morte

As relações transferenciais afetam as relações profissionais. Freud postulou que a combinação das disposições inatas de cada indivíduo e das influências sofridas durante os primeiros anos irão condizer com o modo com que o mesmo conduzirá sua vida, e, no caso dos médicos, estas transferências podem afetar diretamente o contato com o paciente, Bruno nos mostra explicitamente isto quando num momento da entrevista diz: *“se você está prevendo a morte faça tudo o que puder tudo o que estiver ao alcance pra depois você não se arrepender, porque eu não... (silêncio). Porque eu deixei de fazer isso”*, desse modo pode-se perceber que

alguma perda significativa ocorreu e Bruno se ressentiu por não ter feito tudo o que podia fazer, então faz essa reparação àquele que mais depende dele: o paciente.

Possivelmente, por esta razão é que, dentre os entrevistados Bruno foi o que mais prezou a qualidade de vida do paciente gravemente enfermo, isto nos remete ao que Hinshelwood postulou: de que quando algo é projetado por uma pessoa simultaneamente há outra pessoa que irá introjetar isto; e no conceito de reparação defendido por Melanie Klein, que compreende que: quando o bebê entra na posição depressiva e se depara com sentimentos de ter destruído, onipotentemente, sua mãe se desespera e se culpa, sentimentos que despertam nele o desejo de repará-la e recriá-la interna e externamente, estes mesmos desejos reparadores surgem em relação a outros objetos amados: “O desejo e a capacidade de restauração do objeto bom, interno e externo, são a base da capacidade de o ego manter o amor e as relações através de conflitos e dificuldades” (SEGAL, 1975, p. 105).

“As fantasias e atividades reparadoras resolvem as ansiedades da posição depressiva” (SEGAL, 1975, p. 105), deste modo, a reparação literal não pode ser considerada como uma defesa, pois se baseia no reconhecimento da realidade psíquica, na experiência, e no sofrimento que essa realidade causa, e não na adoção de medidas apropriadas para aliviá-lo na fantasia e na realidade, “trata-se, na verdade, exatamente do inverso da defesa; trata-se de um mecanismo importante tanto para o crescimento do ego quanto para a sua adaptação à realidade” (SEGAL, 1975, p. 108), e como mecanismo de defesa, a reparação teria como objetivo reparar o objeto de tal maneira para que a culpa e perda não sejam experimentadas nunca (SEGAL, 1975). Então para Bruno poder fazer tudo para a pessoa que está morrendo é muito importante, “*não deixe de fazer nada (...) morreu? Todo mundo vai morrer mesmo. Fiz o que tinha que fazer, não deixei de fazer nada. É muito importante.*”

A qualidade do tempo restante de vida de uma pessoa constitui uma preocupação maior por parte dos médicos formados há mais de 15 anos, neste caso Saulo e Bruno, pois eles percebem a morte como parte indissociável de sua profissão e assim se permitem um envolvimento maior com o paciente e seus familiares, de um modo contido e afastado das emoções mais fortes, mas os entende como personagens inerentes da vida hospitalar, o médico “*sabe que isso faz parte da morte e só assim pra gente por a cabeça no travesseiro e dormir*” (Bruno).

A praticidade, a agilidade e a rapidez no atendimento caracterizam as condutas de Ricardo e Lucas, médicos recém formados, para com seus pacientes, ele preconizam o não envolvimento emocional e enfrentam a morte de uma maneira mais fria “*quando um paciente morre, eu sei que fiz tudo que podia ter feito e que não falta nada*” (Lucas).

Dos quatro entrevistados somente um, Saulo, não acredita que o tempo de profissão exerça influência sobre o seu modo de lidar com a morte “*não, acho que não, gente é gente (...) não tem remédio que tira a dor da alma, a morte está ligada a dor da alma (...) eu acho que o ser humano é de sentimento*”; os outros três relataram que com o passar do tempo o modo de enfrentar a morte se torna melhor, porém com algumas diferenças nestas maneiras, pois Bruno diz que o tempo o ajudou a enfrentar a morte de uma maneira mais humana, se importa mais com o paciente: “*não assim, de não sentir nada pela morte, como morreu acabou, não é isso! A gente está mais presente, acho que o ser humano cresce, a gente sente mais de ver o que acontece em relação ao paciente*”, ou seja, o tempo permitiu a este profissional se envolver com o paciente e a sua família. E para Lucas e Ricardo o tempo os torna mais frios e indiferentes até certo ponto à morte, “*a gente fica até um pouco frio, não tem mais sentimento*” (Lucas), “*antes eu ficava olhando e falava: Nossa! O que deu de errado? Hoje não*”; estes profissionais acreditam que quanto mais o tempo passa mais alheios ficarão à finitude humana.

Esta relação entre o modo de lidar com a perda de um paciente e o tempo exercido na profissão e a diferenciação que os profissionais propuseram possivelmente tem haver com a formação acadêmica, o que já foi mostrado anteriormente, pois a geração formada há mais tempo pôde ter contato com a teoria humanitária (KÜBLER-ROSS, 1998), o que quase não ocorre hoje em dia, assim a tecnologia, os avanços das máquinas e pesquisas, o prolongamento indefinido da vida pontuam as disciplinas ensinadas nas faculdades de Medicina (ESSLINGE, 2004; KÜBLER-ROSS, 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados obtidos percebe-se que os médicos entendem a morte como um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que a vêem como natural ao ser humano, não se permitem vivenciá-la com sentimentos e afetos junto ao paciente. Além disso, observou-se que o tempo de exercício na profissão exerce forte influência na maneira de lidar com a morte para estes médicos, podendo concluir que médicos formados há mais de 15 anos envolvem-se de um modo mais abrangente em relação ao paciente moribundo e seus familiares, permeando as relações e priorizando uma melhor qualidade de vida a estes pacientes; e médicos recém-formados demonstram mais frieza com relação aos pacientes, mantendo-se afastados e priorizando a tecnologia a favor da vida, independentemente da vontade de seus pacientes, pôde-se notar a gana de salvar vidas a todo custo e a negação da morte.

A racionalização da morte, o afastamento pessoas dos pacientes que podem morrer, a religiosidade, a separação da vida profissional da pessoal e a visão clínica da morte caracterizam-se enquanto principais condutas defensivas usadas por estes indivíduos que convivem tão intimamente com a fragilidade humana; e são imprescindíveis dentro do contexto hospitalar, afinal, desde a formação acadêmica são cobrados a terem agilidade e a se manterem neutros frente àquele que precisa de sua ajuda. Cobrar destes profissionais uma conduta mais humanizada sem compreendê-los como indivíduos que sofrem, que se angustiam diante da morte, como qualquer outra pessoa, só colaborará ainda mais para a ocultação de sentimentos e afetos e de condutas defensivas cada vez mais fechadas em si mesmos.

A grande maioria dos psicólogos hospitalares hoje enxerga somente o viés do paciente, ignorando por vezes o contexto do profissional que assiste a esses pacientes. Aperceber o profissional, neste caso o médico, consiste em mais uma maneira de entender e ajudar o paciente gravemente enfermo, pois é este profissional que passará os últimos momentos ao seu lado; deste modo oferecer escuta e a possibilidade de verbalizar angústias e medos, questionar e discutir a temática da morte caracteriza-se como primordial dentro do contexto hospitalar e da vida pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. *Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Pioneira/Thompson Learning, 2003.

ESSLINGER, I. *De quem é a vida afinal? Descortinando os cenários da morte no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ETCHEGOYEN, R. H. *Fundamentos de Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

FREUD, S. *Luto e melancolia*. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 249-263.

HINSHELWOOD, R. D. Transferência e Contratransferência. In: BURGOYNE, B.; SULLIVAN, M. (Org). *Diálogos Klein-Lacan*. São Paulo: Via Lettera, p.183-191, 2001.

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LABAKI, M. E. P. *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

LEÃO, N. O paciente terminal e a equipe interdisciplinar. In: ROMANO, B. W. (Org). *A Prática da Psicologia nos Hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1994 p.

LOPES, O. C. *A Medicina no tempo: notas de História da Medicina*. São Paulo: Melhoramentos, 1970.

QUINTANA et al. O Preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.26, n.3, p.01-07, 2002.

ROMANO, B. W. *A Prática da Psicologia nos Hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1994.

SEGAL, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*. 2, ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SIMON, R. *Introdução à psicanálise: Melanie Klein*. São Paulo: EPU, 1986.

STARZEWSKI, A. J. et al, O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.51, n.1, p.01-15, 2005.

VIANNA, A. PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.44, n.3, p.01-12, 1998.