



Paula Oliveira de Camargo

**A equipe de saúde e a
proposta de cuidados paliativos:
uma nova realidade**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Flavia Sollero-de-Campos

Rio de Janeiro
Março de 2014



Paula Oliveira de Camargo

A equipe de saúde e a proposta de cuidados paliativos: uma nova realidade

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Flavia Sollero-de-Campos

Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Sara Angela Kislanov

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Eugenio Campos

UNIFESO

Profa. Denise Berruezo Portinari

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 26 de março de 2014.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Paula de Oliveira Camargo

Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC/RJ em 2001, com enfoque na prática clínica. Graduada em Administração de Empresas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC/RS em 1992, com enfoque em recursos humanos. Pós-graduada em Psico-Oncologia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FELUMA) em 2009 e certificada pela Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia do Rio de Janeiro – SBPO/RJ. Pós-graduada em Psicologia Junguiana pelo Instituto de Medicina de Reabilitação (IBMR – Rio) em 2008. Especialização em Cuidados Paliativos pela Casa do Cuidar – SP em 2010. Roteirista do documentário *De Mãos Dadas* lançado em 2010. Trabalho com psicologia hospitalar, clínica e domiciliar.

Ficha Catalográfica

Camargo, Paula Oliveira de

A equipe de saúde e a proposta de cuidados paliativos: uma nova realidade / Paula Oliveira de Camargo ; orientadora: Flavia Sollero-de-Campos. – 2014.

101 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2014.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Cuidados paliativos. 3. Equipe de saúde. 4. Bioética. 5. Humanização. I. Sollero-de-Campos, Flavia. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para minha mãe *Iacira* e meu filho *Pedro*,
minha inspiração constante
na arte do *cuidado*.

Agradecimentos

Primeiramente à **Deus** por me conceder a coragem e a perseverança de transformar o sonho em realidade.

À minha amiga e colega de profissão **Erika Pallotino** que acompanhou meu projeto e incentivou a elaboração do mesmo.

Aos meus colegas de trabalho que perseveraram na esperança de um cuidado digno no exercício de sua profissão.

Aos pacientes e seus familiares, pois sem eles jamais poderia aprender o exercício da troca de cuidados.

À minha orientadora, **Prof^a Flavia Sollero-de-Campos**, que me acolheu e aceitou a compartilhar comigo os desafios apresentados ao longo desta empreitada.

A banca, composta pelo **Prof^o Dr. Eugenio Campos**, pela **Prof^a Sara Kislánov** e pela **Prof^a Maria Inês Bittencourt** pela disponibilidade em conhecer meu trabalho.

A secretária **Marcelina Andrade** pela paciência em atender meus anseios de mestranda.

A **Claudia Boccia** pela revisão e formatação deste estudo, e

A **CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior** pela concessão de bolsa de estudos e pela oportunidade de continuar aprendendo.

Resumo

Camargo, Paula Oliveira de; Sollero-de-Campos, Flavia (orientadora). **A equipe de saúde e a proposta de cuidados paliativos: uma nova realidade.** Rio de Janeiro, 2014. 101p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A presente dissertação tem como objetivo analisar algumas formas de inserção da prática dos cuidados paliativos na abordagem terapêutica humanizada, levando em consideração padrões de comportamento existentes nas equipes de saúde no que tange à transição nas modalidades de tratamento. Aborda algumas perspectivas evolutivas do conceito do cuidado, examinando os constructos subjetivos provenientes da relação primordial existente no indivíduo e sua influência na dinâmica da relação de cuidados. Descreve a importância da constituição dos vínculos afetivos na modalidade de cuidados, observando os aspectos do traumático e suas possíveis formas de incidência na relação cuidar – ser cuidado. Evidencia as contribuições da ética e da bioética como formadoras de consciência moral e sentimentos éticos no exercício do cuidador profissional. Apresenta a diversidade de contextos nos quais o profissional de saúde está inserido ao exercer sua rotina de cuidados paliativos. Para isso, apresenta uma revisão de literatura científica nacional e internacional sobre as formas de inserção da prática dos cuidados paliativos na abordagem terapêutica humanizada. Foram selecionados 35 artigos publicados nas bases LILACS, IBICS e SciELO no período de 1980-2013. Resultados: foram identificados alguns padrões de comportamento adotados pelos profissionais de saúde no processo de transição da abordagem terapêutica para a paliativa e analisadas suas formas de confrontação no que diz respeito à diversidade de significados que a morte pode adquirir neste contexto. Conclusão: a complementariedade entre curar e cuidar no momento do diagnóstico ainda requer preparação e treinamento para os cuidadores profissionais.

Palavras-chave

Cuidados paliativos; equipe de saúde; bioética; humanização.

Abstract

Camargo, Paula Oliveira de; Sollero-de-Campos, Flavia (Advisor). **Healthcare staff and the proposal of palliative care: a new reality.** Rio de Janeiro, 2014. 101p. MSc. Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This thesis aims to analyze some forms of insertion of the practice of palliative care in humanized therapeutic approach, taking into account existing standards of behavior in health teams regarding the transition in treatment modalities. Discusses some evolutionary perspectives of the concept of care, taking into account the subjective constructs from the primordial relationship existing on the individual and their influence on the dynamics of the relationship of care. Describes the importance of the establishment of emotional bonds in the form of care, taking into account aspects of the traumatic and possible ways to focus on caring relationship – be careful. It highlights the contributions of ethics and bioethics as trainers of moral conscience and ethical feelings in the exercise of professional caregiver. Shows the diversity of contexts in which health care is set to perform his routine palliative care. To do so, presents a review of national and international literature on ways of inserting the practice of palliative care in humanized therapeutic approach. Thirty five articles published in the LILACS, SciELO and IBECs data for the period 1980-2013 were selected. Results: the study identified some patterns of behavior adopted by health professionals in the process of transition from palliative therapy for approach and analyzed forms of confrontation with respect to the diversity of meanings that death can get in this context. Conclusion: the complementarity between cure and care at diagnosis still requires preparation and training for professional caregivers.

Keywords

Palliative care; healthcare staff; bioethics; humanization.

Sumário

| | |
|---|----|
| Introdução | 9 |
| Capítulo 1 | |
| Do invisível ao sensível: a trajetória do cuidado | 17 |
| Capítulo 2 | |
| Metapsicologia do cuidado: o vínculo na dinâmica cuidar – ser cuidado | 29 |
| Capítulo 3 | |
| As dinâmicas do cuidar e o trauma | 42 |
| Capítulo 4 | |
| Caminhos éticos e bioéticos no cuidar | 59 |
| Capítulo 5 | |
| Onde curar é cuidar: as multidimensões do cuidador profissional | 80 |
| Considerações finais | 90 |
| Referências bibliográficas | 95 |

Introdução

A abordagem de cuidados paliativos vem desempenhando um papel preponderante no atendimento a pacientes hospitalizados ou não, na medida em que humaniza o modo de olhar da equipe de saúde e integra aspectos multidimensionais em situações clínicas cujo prognóstico não responde ao tratamento curativo. Seu percurso histórico conta com o pioneirismo de Cicely Saunders, que edificou o primeiro *hospice* na Inglaterra na década de 1970, através da fundação do St. Christopher's Hospice, destinado à assistência aos doentes terminais. Apresentava como focos de atuação a minimização da dor, a manutenção da autonomia daquele que está morrendo, além do resgate de uma morte digna.

A palavra *hospice* é originária do latim *hospes* e *hospitalis* e abarcam inúmeros significados que se transformam tendo em vista que o conceito de cuidar vai se modificando (Cavalcante de Melo e Assis Figueiredo, apud Pimenta et al., 2006, p.17). Para os autores, inicialmente a abordagem assistencial do século XIX sugeria um traço de impessoalidade, caracterizada pela tradução “boas vindas ao estranho” permitindo conceder à morte um espaço inalienável pertencente à religiosidade, no qual cuidado e *hospice*, simbolicamente pareciam estar associados a um estado emocional e a um lugar adequado para a realização da passagem vida-morte. Com o advento da cientificidade médica, em que a prevalência do conceito de cura sobressai em relação ao cuidado, ocorre a destituição da religiosidade como o espaço inerente à morte e conseqüentemente encobre-se o sofrimento psíquico e emocional do lugar da assistência. Muito embora a palavra cura se fundamente em antecedentes históricos da ciência da Medicina, onde o objetivo consistia na inserção do poder medicalizado em relação à enfermidade, constituindo desta forma novas atitudes sociais no que se refere à morte, o antagonismo entre cura e cuidado se evidencia na medida em que o foco se desloca para situações de prognósticos fora de possibilidade de cura.

A questão histórica do movimento *hospice* no mundo, segundo Floriani (2010), provém do século XIX com uma abordagem de cuidados para pessoas com escasso poder socioeconômico e em estado terminal. O modelo de assistência era demarcado por um cuidado com a finalidade espiritual de preparação para a

morte, propiciando a formação de um padrão de pensamento coletivo oriundo do constructo psíquico cuidado-morte. Para o autor, socialmente, esta mentalidade do cuidar remete ao lugar da exclusão, da fragilidade e da vulnerabilidade, cuja responsabilidade moral em relação à morte é delegada, não reconhecida e menosprezada. Neste caso, atribuir o cuidado apenas a um aspecto de natureza espiritual sugere a instituição da responsabilidade transferida a outrem, padrão de comportamento usual nos dias de hoje, em se tratando de prática clínica.

Concomitantemente a este cenário inicial do desenvolvimento da filosofia *hospice*, ocorre a busca pela institucionalização hospitalar e a inserção do poder medicalizado, instaurando uma mentalidade social no que diz respeito a um cuidado com reconhecimento científico, ou seja, um cuidado que cura. Muito embora, num primeiro momento, ambas as situações coadunem para o mesmo ponto, a enfermidade, o paradoxo parece se estabelecer na medida em que cuidar e curar adquirem conotações antagônicas, demarcadas pela representação social da morte, bem como das atitudes perante a mesma.

Philippe Ariès (2003, p.25) realizou um apanhado histórico desde a Idade Média até os tempos atuais sobre as atitudes diante da morte em culturas cristãs e Ocidentais. Após 15 anos de pesquisas acerca do assunto, pondera que muito embora estas atitudes tenham se modificado ao longo da história, intervindo consideravelmente nas representações simbólicas da humanidade, em seu cerne são encontrados padrões de permanência e repetições, por serem estes ilimitados no tempo e no espaço. O historiador distingue quatro atitudes perante a morte no Ocidente à partir da Idade Média até o século XIX: a morte domada, a morte de si próprio, a morte do outro e a morte interdita. Sucintamente, compreende como a morte domada a morte simples, anunciada através de signos naturais ou ainda com a convicção íntima de seu momento estar próximo. A familiarização com a morte naquela época é algo natural e a coexistência dos vivos e dos mortos fazia parte deste contexto, implicando numa aceitação incondicional de cada etapa da existência da vida.

A partir dos séculos XI e XII o historiador constata uma tênue mudança nas atitudes perante a morte, que deram novos contornos à morte domada, sendo “a preocupação com a particularidade de cada indivíduo”, ou seja, consciência da morte de si mesmo. Os fenômenos que abarcam estas mudanças consistem na representação do Juízo Final no fim dos tempos, na transferência do Juízo Final

para o final de cada vida, na decomposição física e na individualização das sepulturas (Ibid., p.47).

Entre o século XVI e o século XVIII, um importante fenômeno acontece, concedendo à morte um novo sentido. Trata-se das manifestações de fantasias, oriundas no mundo imaginário. A partir do século XVI, os temas de morte são carregados de um sentido erótico e mais adiante, no século XVI ao XVIII, “associam a morte ao amor, Tântatos a Eros - temas erótico-macabros ou temas simplesmente mórbidos, que testemunham uma extrema complacência para com os espetáculos da morte, do sofrimento e dos suplícios” (Ibid., p.65).

Do ponto de vista mítico-etimológico, Tântatos (Brandão, 2000, p.399) representa “uma descontinuidade, uma inversão da vida, e não um inimigo físico. É tão somente uma fonte de angústia em companhia de outras abstrações, que não foram antropomorfizadas”. Já Eros (id. ibid., p.358), neste contexto, é manifestado de forma perversa, “convertendo-se em princípio de divisão e morte”. Essa perversão, segundo o autor, consiste, sobretudo em destruir o valor do outro na tentativa de tornar o aspecto unilateral como universalidade.

Desta forma, a morte adquire a ideia de ruptura, separação, e essa noção que se desenvolveu no mundo das fantasias eróticas, passa a fazer parte do mundo real e concreto. A morte não será desejável, mas passa a ser admirável pela sua beleza, sendo considerada como morte romântica. O conceito de morte romântica está diretamente relacionado com a comoção através da expressão da dor e do sofrimento dos que ficam. O luto adquire um caráter ritualístico e a aquisição destas cerimônias sugere a ruptura da tradição e a iniciação ao contexto psicológico do temor da morte, em virtude de já existir uma consciência da morte do eu, e, instintivamente, estar projetada na morte do outro.

Segundo Ariès, do fim da Idade Média ao século XVIII, cabia ao luto a dupla finalidade de exposição social e ocultamento afetivo dos transtornos emocionais e sociais, impostos pela morte do outro. O luto neste período e até o século XIX, vai adquirindo um novo significado, na medida em que adota um caráter de negação absoluta à morte do outro. Para o autor, esta atitude significa que a morte mais temida já não é mais a própria morte, mas a do outro.

Após séculos de continuidade da morte domada e familiar, um fenômeno lento e novo ocorre a partir da segunda metade do século XIX, transformando consideravelmente a atitude humana diante da morte. Para o autor, a familiaridade

da morte desaparece e cede lugar ao aspecto vergonhoso, à interdição. Os procedimentos decorrentes desta nova etapa que incluem a omissão da verdade frente aos moribundos são provenientes deste período em virtude da considerável mudança do local da morte. Extingue-se o contexto familiar e valoriza-se a questão social.

Para Menezes (2004), os aspectos históricos e sociais frente às atitudes diante da morte e do morrer remetem não só à questão do processo do distanciamento social, mas também à consolidação da instituição hospitalar, algo inexistente até então. A autora afirma que o modelo de assistência existente até o século XVIII se fundamentava na crença cuidado, religiosidade e salvação. A constituição do ambiente hospitalar só foi viável mediante a instauração do processo de sistematização de documentos, elaboração de prontuários e medicalização, sendo esta compreendida tanto na perspectiva do conhecimento clínico, quanto das relações individuais e coletivas (Foucault, 2012). Esclarece ainda que dentre os séculos XVI e XIX, houve um movimento sincrônico entre difusão do poder médico institucionalizado e delegação de cuidados do moribundo ao hospital, por parte da família. Desta forma ocorre a mudança do lugar da morte, através da saída do aconchego familiar e comunitário para o hospital, originando a morte moderna.

Muito embora a ordem cronológica histórico-social de Ariès considere a morte moderna sob o enfoque da interdição e do tabu, parecendo incumbir à prática de cuidados um estreitamento com a condição de morrer sozinho, Menezes (2004, p.33) correlaciona esta atitude diante da morte e do processo de morrer com o modelo institucional preconizado a partir dos inúmeros obstáculos decorrentes do reconhecimento da medicina hospitalar através do seu processo de “complexificação do fenômeno da morte”, sobretudo em situações de pacientes fora de possibilidade de cura.

Baseado nisto, o papel delegado às instituições hospitalares provém de uma forte crença na função curativa, pois em se tratando de mentalidades, para este período o local onde se cura e onde se luta contra a morte é o mesmo. Paralelamente a este novo panorama, fica evidenciado o nível de intolerância e hesitação diante da dor e do sofrimento. Neste caso, o papel arquetípico do curador exercido pelo processo de despersonalização do enfermo aliado ao crescente poder do médico remete inevitavelmente ao estado de ilusão quanto à

ausência de responsabilidade em relação aos atos relacionados à decisão familiar. O que conduz esta condição a um estado de acomodação por parte dos indivíduos e conseqüentemente aos aspectos cada vez mais sombrios da coletividade diante da experiência da morte e do morrer, repercutindo sensivelmente nos cuidadores profissionais. Conforme salienta Incontri,

o tempo da morte alongou-se à vontade do médico: este não pode suprimir a morte, mas pode regular a sua duração. A partir de então, e sem que sempre o confesse, o hospital passa a oferecer às famílias o asilo onde conseguiriam esconder o doente inconveniente, que nem o mundo nem elas mesmas podiam suportar, descarregando sobre os outros, com toda a boa paciência, uma assistência, aliás, desajeitada, a fim de continuar uma vida normal (2007, p.21).

Elias (2001) relaciona tais atitudes à morte recalcada, podendo esta se fazer presente, tanto no âmbito individual quanto coletivo, instaurando mecanismos de defesa aliados a um forte senso de imortalidade, o que conduz muitas vezes, o moribundo a um lugar de isolamento, algo ainda presente em tempos atuais. Para o autor, “a visão de uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como muralhas contra a ideia de sua própria morte” (Ibid., p.17), e esta contradiz sensivelmente os preceitos da formação e prática médicas do século XX, cujo “modelo moderno é caracterizado pela fragmentação e objetificação da pessoa do paciente” conforme alega Menezes (2004, p.36).

A concepção da morte, instaurada pelo poder da instituição médica no modelo moderno passa a adquirir uma conotação depreciativa, na medida em que dificulta manifestações de sensibilidade frente à dor, perda ou sofrimento. Sendo assim, a morte passa ser a representação concreta do fracasso e da incompetência junto aos profissionais de saúde, bem como, a representação simbólica do peso das ausências para os doentes e familiares envolvidos, chegando ao ponto do agravamento nas relações assistenciais. Conforme esclarece Menezes (2004, p. 37), “do silêncio, ocultamento e negação passou-se à colocação da morte em discurso”, surgindo um novo modelo adiante da morte e ao processo de morrer no adoecer: cuidados paliativos. E aqui chegamos a meados do século XX.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em sua primeira definição,

os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam o problema associado com a doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Dentre seus pressupostos, proporciona alívio da dor e outros sintomas angustiantes; afirma a vida e considera a morte como um processo normal; não pretende apressar ou adiar a

morte; integra os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente; oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível até a morte; oferece um sistema de apoio para ajudar a família a lidar durante a doença e os pacientes em seu próprio luto; usa uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado; irá melhorar a qualidade de vida, e pode também influenciar positivamente o curso da doença; é aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que visam prolongar a vida, como a quimioterapia ou radioterapia, e incluem as investigações necessárias para melhor compreender e gerir complicações clínicas angustiantes (WHO,1990, p.11).

No ano de 2002, o conceito sofre uma redefinição, expandindo sua estratégia de atuação de cuidados oncológicos para o campo das doenças crônicas degenerativas sendo designado como

uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares no enfrentamento do problema associado com um adoecimento potencialmente fatal, através da prevenção e do alívio do sofrimento, por meio de uma identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (Ibid., p.84).

Esta nova definição, promotora de profundas transformações no que diz respeito à disseminação de nova mentalidade a respeito do cuidado no campo da prática, propõe alguns entraves quando o assunto vem a ser a inserção do cuidado paliativo na abordagem terapêutica, tornando a dialética cuidado e cura um objeto de conflito. Floriani e Schramm (2010) mencionam que na atualidade, a nomenclatura “cuidado” sugere um desdobramento no que diz respeito ao objetivo a ser alcançado, remontando ao modelo assistencial originalmente construído aliado ao tempo de sobrevivência do paciente. Sendo assim, caberia o encaminhamento do paciente ao cuidado paliativo e ao cuidado *hospice*, a partir de critérios específicos que configurassem as necessidades da utilização dos mesmos, levando-se em consideração aspectos éticos e bioéticos pertinentes ao campo em estudo.

Face às exposições acima acerca da diversidade de atitudes ocorridas no decorrer da formação do *hospice* até o século atual no que diz respeito à condição de prognóstico fora de possibilidade de cura, um dos norteadores iniciais do presente trabalho consiste em pesquisar a incidência de critérios necessários para a transição da abordagem terapêutica para a paliativa, já que dentre seus pressupostos, cabe sua inclusão no início do curso do adoecimento.

No capítulo 1 – *Do invisível ao sensível: a trajetória do cuidado*, será abordada uma análise antropológica e sociocultural acerca da trajetória do

cuidado, sob uma perspectiva evolutiva, levando em consideração padrões de conduta e modos de ser que influenciam na construção do *ethos* da filosofia dos cuidados paliativos. Questões pertinentes aos constructos subjetivos provenientes da relação primordial, fundamentados na linguagem psicanalítica, bem como suas formas de fixação no psiquismo, cuja contribuição repercute sensivelmente na dinâmica de cuidados estabelecida pelo profissional de saúde e paciente delineando seu modo de atuação, serão discutidas no capítulo 2 – *Metapsicologia do cuidado: o vínculo na dinâmica cuidar – ser cuidado*. Dando sequência ao desenvolvimento do raciocínio acerca das modalidades de cuidado existentes no exercício da prática profissional, é importante considerar o substrato potencialmente traumático no processo de elaboração do psiquismo humano proveniente da formação de vínculo, tendo em vista que se constata elevado nível de estresse e absenteísmo entre os profissionais de saúde que exercem a prática de cuidados. No capítulo 3 – *As dinâmicas do cuidar e o trauma*, serão abordados os possíveis fatores contributivos para o desenvolvimento desta problemática tão atual, bem como compreender a influência de tais mecanismos na atuação do profissional. No capítulo 4 – *Caminhos éticos e bioéticos no cuidar*, questões referentes à formação ética e bioética no contexto dos cuidados paliativos serão discutidos sob o enfoque de elementos formadores de consciência moral e sentimentos éticos imbricados na atuação da equipe de saúde e na formação humanizada do suporte de cuidados. Por último, questões relacionadas ao campo de atuação do cuidador profissional, considerando as variadas dimensões que o cercam no contexto do cuidado paliativo serão abordadas com a finalidade de uma reflexão sobre os dilemas existentes no cotidiano hospitalar, serão apresentados no capítulo 5 - *Onde curar é cuidar: as multidimensões do cuidador profissional*.

Sendo assim, seu objetivo geral foi o de pesquisar as formas de inserção da prática dos cuidados paliativos, bem como identificar alguns padrões de comportamento existentes nos profissionais de saúde, em relação à transição da abordagem terapêutica para a paliativa analisando suas formas de atuação no que concerne à diversidade de sentidos e significados que a morte pode adquirir neste contexto.

Como objetivos específicos, visa refletir sobre a necessidade de um corpo teórico mais consistente com uma proposta de unificar competência técnica e humana no contexto de Cuidados Paliativos, bem como compreender os possíveis

constructos psíquicos que transparecem nas atitudes da equipe de saúde diante de situações onde a cura não é possível.

Capítulo 1

Do Invisível ao Sensível: A Trajetória do Cuidado

Senhor, dá-me Tua mão e conduze a minha vida. Guia meus passos para que eu caminhe seguro. Cuida de mim e dos meus amados. Cuida do meu destino. Se eu permanecer caído, dá-me Tua companhia. Seja como for, cobre-me com o manto do Teu amor. Graças pelo Teu cuidado, graças pela salvação. Agora dá-me a benção que tanto anseio. Amém.

Rodolfo Neto

Para o pensamento heidggeriano o cuidado é inerente à condição humana, fazendo parte de sua natureza e constituição, e portanto, considerada “a manifestação primeira de uma característica fundamental do ser humano” (De Marco et al., 2012, p.317). A origem da palavra cuidado, sob a perspectiva da filologia, e segundo Boff (2008 p.90), apresenta variações entre os estudiosos, podendo derivar do latim *cura* com uma compreensão de “relações de amor e de amizade” e da expressão *cogitare-cogitatus*, apresentando o sentido de cura com a conotação de “cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação”.

No que diz respeito ao cuidado em tempos remotos, cura e cuidado sugerem uma relação de complementaridade e coexistência delineando o *ethos* primevo, que vem a ser um conjunto de valores e princípios que originam atos e atitudes que sedimentam o contexto sociocultural. González e Ruiz (2012), numa revisão integrativa, afirmam que a origem dos cuidados paliativos provém das sociedades pré-históricas e o desenvolvimento de seu conceito está diretamente vinculado às transformações socioeconômicas e culturais da evolução humana.

Numa perspectiva antropológica e social, salientam que a utilização de cuidados paliativos obedecia à estrutura funcional constituída por uma tribo cujas crenças e princípios se fundamentavam numa correlação entre mundo sobrenatural e enfermidade, pela necessidade de um elemento humano que representasse a figura do salvador e a presença de rituais constituídos por elementos da natureza, priorizando o exercício dos cuidados em consonância com o ritmo natural da sobrevivência humana. Este modelo preconizado na antiguidade, remete aos princípios bioéticos do conceito de ortotanásia vigente na atualidade, e que será discutido posteriormente.

Em seu estudo, os cuidados paliativos apresentam duas perspectivas distintas relacionadas com a experiência com o sobrenatural e com a construção de uma estrutura social, sendo ambos os modelos fundamentados numa estruturação simbólica e interacional desenvolvidas desde a era pré-histórica pelas suas respectivas unidade funcional, elemento funcional e marco funcional. Seriam estes os pilares sobre os quais o conceito de cuidado paliativo foi sedimentado. Os autores compreendem como *unidade funcional* aspectos relacionados à convivência e socialização que demarcam uma cultura pautada em conhecimentos, atitudes e crenças que garantam o processo de satisfação de necessidades de um grupo humano. Os atores sociais responsáveis por desenvolver os cuidados paliativos, são denominados *elemento funcional* e o local designado para sua realização *marco funcional*.

Salientam os autores que o processo de evolução ocorrido nas sociedades primitivas no que diz respeito ao cuidado engloba a mudança do local onde irá se dispensar os mesmos. E este pode ser demarcado por novas representações social e simbólica frente à enfermidade, à divisão de papéis determinados ao gênero feminino e masculino e à prevalência do papel do cuidado feminino como elemento funcional de sobrevivência constituído de poder de decisão em situações que contemplavam cronicidade da doença, dor e morte.

Muito embora não seja intenção do presente estudo aprofundar os conceitos deste artigo de revisão, numa perspectiva de conhecimento ancestral, inicialmente a origem do conceito de cuidado se embasa numa correlação entre rito de passagem e natureza anímica, o que possibilita a construção do pensamento mágico em relação ao adoecimento, creditando a responsabilidade de cuidados ao contexto do sobrenatural. Posteriormente, este código de funcionamento vai se modificando na medida em que atribui o papel de cuidados e o poder de decisão a alguém sugerindo a inserção de uma concepção paternalista que representaria simbolicamente, o lugar da autoridade.

Sob o ponto de vista do psiquismo, esta estruturação primitiva da abordagem de cuidados parece refletir ambas as perspectivas representacionais na atualidade quando o foco de observação se refere aos aspectos comportamentais da equipe de saúde mediante situações de inviabilidade de cura. Nestas condições, questões do campo da subjetividade e da singularidade interceptam o ato de

decidir, podendo influenciar decisivamente na atuação do profissional na abordagem de cuidados bem como nas dinâmicas do cuidar e ser cuidado.

Floriani e Schramm (2010) reiteram este pensamento quando mencionam a ampliação da definição de cuidados paliativos da Organização Mundial da Saúde (OMS), datadas de 1990 e 2002, conduzindo a uma reflexão acerca de seus arcabouços conceituais. Compreende que sua modificação, bem como a ausência de um significado específico de determinadas nomenclaturas inviabiliza o esclarecimento necessário para a indicação de uma atuação mais direcionada, objetivando um modelo unificado de abordagem assistencial. Para os autores, o uso genérico de um vocábulo permite produzir diversos significados, podendo estes ser compreendidos de forma subjetiva. Este ponto torna-se preponderante quando analisado sob a perspectiva da tomada de decisão, sobretudo em situações prognósticas em que o paciente não se encontra em condições de exercer sua autonomia física e/ou psíquica, cabendo à equipe de saúde e seus familiares a escolha da melhor alternativa.

Retomando a construção histórica dos cuidados paliativos, Floriani e Schramm (2010) relatam que a inserção do movimento *hospice* moderno nasceu no final da década de 1960, na Inglaterra e sua sedimentação estrutural ocorreu paralelamente a uma série de transformações socioculturais enfrentadas desde a era vitoriana. Destacam que a fundação do St. Christopher's Hospice foi o acontecimento inicial do nascimento deste movimento, bem como evidencia uma estreita relação desta filosofia de cuidados com o desenvolvimento tecnológico da época.

A ascensão desta abordagem de cuidados ocorreu de forma modesta em outros países, apresentando uma forte correlação com a ideia de um local apropriado para morrer. De modo geral, a ênfase espiritual predominava na forma de assistência, priorizando o cuidado a pessoas mais desfavorecidas sob o ponto de vista socioeconômico. Quanto a isso o preconceito acerca do local de cuidados era algo bastante comum conduzindo a instituição ao lugar do isolamento social. Isto é, havia uma supremacia da mentalidade religiosa na condução dos cuidados finais em razão da rejeição deste perfil de pacientes que não se incorporavam aos critérios estabelecidos pela instituição hospitalar que, segundo o autor, encontrava-se em “fase de franca expansão e legitimação social, com a incorporação progressiva do método científico em suas práticas” (Ibid., p.169).

Portanto, a transição do paradigma assistencial de cunho religioso para o científico só foi possível mediante o enfraquecimento da influência da Igreja ocorrido no decorrer do século XIX na sociedade inglesa.

Tal acontecimento, além de demarcar uma nova concepção sobre o lugar de cuidados, incita uma ruptura daquele modo de ser essencial em que cura e cuidado são aspectos constitutivos de uma mesma abordagem. Além disto, sugere inserir uma mentalidade de cisão e delimitação de sua função primordial, na medida em que se estigmatiza o local onde se cura e se morre, o que viabiliza um resgate acerca do uso da autoridade, mediante a redefinição do papel da figura do cuidador.

Boff (2008, p.92) com base neste pensamento, afirma que existem dois modos de ser-no-mundo, denominados o trabalho e o cuidado, e credita a estes o processo de construção de realidade humana, sendo o maior desafio de nossa atualidade buscar a complementaridade destas duas modalidades de ser. Em se tratando de comportamento humano, compreende como modo-de-ser no mundo pelo trabalho a relação com ênfase na razão (*logos*) instrumental-analítica e relação sujeito-objeto, pautada na vontade de poder e de dominação sobre a natureza, sendo suas formas predominantes de manifestação a inter-ação e a intervenção. Aqui, a imposição de um distanciamento da realidade visando uma objetividade, aliado ao antropocentrismo, configuram uma atitude acerca da determinação de valores e princípios individuais e coletivos.

No que diz respeito ao modo-de-ser no mundo pelo cuidado, o autor pondera a relevância da relação sujeito-sujeito, em que a natureza é compreendida como parte integrante da realidade, propiciando relação de inter-ação com comunhão, coexistência e convivência com seu semelhante. Este modo de ser implica uma relação na qual o foco de atenção passa a ser o sentimento (*pathos*), implicando um deslocamento de suas prioridades. Neste caso, a “experiência fundamental do valor” passa a ser a linha mestra das práticas humanas, exigindo o exercício da prática do autoconhecimento para sua realização ao reinserir o vínculo e toda a emoção que ele possa suscitar, e sugerindo um resgate à origem do cuidado (Ibid., p.96).

Visando uma correlação de ambos os autores acerca da estruturação de base do cuidado paliativo, é possível imaginar a prevalência de um modo-de-ser trabalho nos arcabouços iniciais do movimento *hospice*, objetivando a legitimação

do poder medicalizado na medida em que se desconstrói o sistema animista inerente ao ato de morrer e se introduz uma mentalidade cartesiana que assegura o modo de curar. Paralelamente, ocorre a destituição dos constructos psíquicos preconizados pela instituição cristã da época acerca da tríade cuidado-culpa-morte, pois ao mesmo tempo que se instaura a crença da cura destitui-se o local da morte e conseqüentemente, negligenciam-se os trâmites naturais nos quais o processo de morrer implica. Em contrapartida, pensar no modo-de-ser cuidado incita inevitavelmente a revisão dos modelos éticos remanescentes na relação médico-paciente, na medida em que ainda se presencia no discurso médico a influência da tradição médico-paternalista em sobreposição à autonomia do paciente em se tratando de tomada de decisão. Em artigo que traça uma discussão sobre o paternalismo médico levando em consideração conceitos de autonomia e heteronomia, bem como seus reflexos na dinâmica interacional, Almeida salienta que,

O modelo de decisão médica baseado no princípio de respeito à autonomia pode ser considerado ideal, pois é uma raridade o paciente estar completamente livre de influências externas. A questão central, a nosso ver, é que a escolha autônoma do paciente deveria ser o guia da conduta moral no processo de decisão médica. Desse modo, caberia ao médico o papel de “geógrafo de valores”, utilizando-se uma expressão cunhada por Engelhardt Jr. Isto é, caberia aos médicos entenderem que quanto mais são capazes de mostrar aos seus pacientes as conseqüências de suas decisões, mais os pacientes serão capazes de escolher racionalmente e de assumir responsabilidades de sua escolha, junto com seus médicos. (Almeida, 2000, p.30)

Dando continuidade ao processo de transformação das práticas do movimento *hospice*, Floriani e Schramm (2010) mencionam a inserção de um novo olhar acerca do cuidado, sugerindo um incremento do conceito de cuidado entre cura e morte com desdobramentos significativos no que diz respeito ao local da assistência. Desta forma, surgem a concepção de um cuidado hospitalar que prima pelo cuidado do corpo e a cura e um cuidado *hospice* que visa conceder ao moribundo os cuidados da alma, já que seu destino inevitável é a morte. Diz os autores:

Em resumo, os principais motivadores para o surgimento dos *hospices* britânicos foram o desinteresse dos hospitais, que se estabeleciam como centros de cura; a falta de provisão de cuidados médicos, de enfermagem e religiosos nos precários domicílios da população pobre; e a necessidade de uma contrapartida por parte das instituições religiosas, ante a crescente erosão das crenças religiosas numa sociedade que se secularizava, na tentativa de conquistar as almas supostamente desviantes – prática especialmente significativa no limiar entre a vida e a morte. (Id., p.170)

No final do século XIX, portanto, estas eram as concepções que fomentavam o movimento *hospice* até meados da década de 1960, quando ocorreu uma ampliação de seus conceitos através do trabalho pioneiro de Cecily Saunders, conforme mencionado anteriormente. A partir de seu novo enquadre no que diz respeito à integralidade dos cuidados, designado pelo conceito de *dor total* e aliado aos inúmeros acontecimentos sociopolíticos da época promovedores de transformações culturais, enfatiza-se que a inserção de seu modelo na área médica só foi possível na medida em que adquiriu o mesmo *status quo*, visando uma “possibilidade de diálogo com os médicos de igual para igual”, conforme afirmam Floriani e Schramm (2010, p.172). Cabe ressaltar que foi com base em sua difusão na equipe médica que serviços de internação domiciliar e de acompanhamento do luto foram criados como outras possibilidades de assistência.

Conforme mencionado na introdução deste estudo, o conceito inicial de cuidados paliativos apresentado pela Organização Mundial da Saúde baseou-se numa estatística mundial da alta incidência de doenças oncológicas. Doze anos após, foi realizada uma redefinição do mesmo em razão da necessidade de maior expansão desta abordagem de cuidados, sendo enfatizadas a “melhora na qualidade de vida” e a extensão de cuidados para doenças crônicas-degenerativas. Esta mudança, segundo pondera Floriani (2011) suscita, sob o ponto de vista do discurso, um alto nível de exigência em relação à conduta médica com a adoção de medidas que visem promover uma possível cura, ao mesmo tempo que se associa a adoção de cuidados paliativos com a ocorrência de uma melhora de qualidade de vida do paciente. Outro ponto criticado pelo autor consiste na concepção subjetiva de todos os envolvidos, ou seja, paciente-família-equipe multiprofissional, no que diz respeito ao que se compreende como qualidade de vida. Com o objetivo de exemplificar os diversos modos de compreensão do conceito de cuidados paliativos, serão apresentados dois estudos realizados num intervalo de aproximadamente três anos.

Um artigo de revisão bibliográfica sobre a concepção de cuidados paliativos Silva e Sudigursky (2008), realizaram um levantamento a partir de base de dados nacionais, de artigos publicados de 2000 a 2006. Obteve um conjunto de 47 artigos no qual encontrou nove concepções. Estas foram categorizadas como qualidade de vida, abordagem humanista e valorização da vida, controle e alívio da dor e dos demais sintomas, questões éticas, abordagem multidisciplinar, morrer

como processo natural, a prioridade do cuidado sobre a cura, a comunicação, a espiritualidade e o apoio no luto. Tais categorias, além de apresentarem um caráter de interdependência, são de suma importância para a realização dos cuidados paliativos. Como conclusão, os autores enfatizam a necessidade da aplicação desta abordagem já na fase inicial da doença, propondo um trabalho em concomitância com o tratamento curativo principalmente nos casos de diagnóstico de doenças crônico-degenerativas.

Um outro estudo, cujo objetivo foi apresentar uma revisão integrativa da literatura científica nacional sobre cuidados paliativos na assistência a portadores de doenças graves com ênfase no papel das equipes multidisciplinares (Palmeira et al., 2011), inclui artigos exploratórios, descritivos e qualitativos publicados em bases de dados no período de 2000 a 2011. O estudo apresentou como resultados principais a ênfase no cuidado paliativo oncológico, a necessidade do cuidado multidimensional, questões pertinentes à comunicação da equipe visando a autonomia do paciente, a importância do trabalho do psicólogo em equipes multidisciplinares seja no contexto da assistência humanizada seja no aprofundamento das questões éticas e morais, negligência em relação ao tema morte por parte dos profissionais de saúde, dentre outros. Seus autores concluíram que a diferenciação existente na ação de cuidados paliativos em relação a outras práticas consiste na presença da relação dialógica existente entre os membros da equipe na construção da prática do cuidado e propõe a realização de novas pesquisas junto a pacientes acometidos por doenças crônico-degenerativas.

Muito embora ambas as pesquisas visem investigar e apresentar como o conceito de cuidados paliativos está sendo inserido no campo da prática no Brasil, seus resultados sugerem uma reflexão acerca de dois aspectos fundamentais inerentes a esta abordagem de assistência: Quais os critérios norteadores existentes entre a equipe multiprofissional para assegurar uma qualidade de vida a pacientes fora de possibilidade de cura? Quais as lacunas existentes que dificultam a inserção de cuidados paliativos concomitantemente com a terapêutica, em se tratando de pacientes nesta condição? Onde se adentra o lado humanizado da equipe multiprofissional em situações que implicam o lugar da impotência técnica?

Sob o ponto de vista histórico, o exercício dos cuidados paliativos no Brasil iniciou-se em 1944 no Asilo da Penha, na cidade do Rio de Janeiro. Muito embora

Floriani e Schramm (2010) enfatizam a inexistência de registro documental de primeiro *hospice* no País, esclarecem que este local era destinado aos doentes pobres com câncer avançado que não conseguiam encontrar vagas em hospitais gerais e nem no Serviço Nacional de Cancerologia. De acordo com os autores, em 1938 foi fundado o Centro de Cancerologia, cuja missão consistia em propiciar uma rede de assistência fundamentada no paradigma intervencionista com foco na cura da doença.

Na década de 1980, os cuidados paliativos emergem vinculados aos tratamentos de câncer e dor crônica, tendo como referência hospitalar o Instituto Nacional do Câncer – HC IV, atual unidade de cuidados paliativos da rede pública de saúde. Este movimento inicial desencadeia a inserção da abordagem paliativa no Brasil, questão bastante incipiente em se tratando de assistência em final de vida nesta época. No ano de 1997, foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e em 2005 a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), instituições destinadas à divulgação, implementação e acompanhamento da prática dos cuidados paliativos no Brasil.

Em documento divulgado no ano de 2011 (Wright et al., 2013), um estudo elaborado pelo International Observatory on End of Life Care (IOELC) da Universidade de Lancaster realizado em 234 países, revela que 136 países possuem um serviço de cuidados paliativos. Dentre estes, o Brasil figura na categoria dos países que apresenta provisão de cuidados paliativos isolados, apresentando um acréscimo de oito serviços em relação ao ano de 2006 (Wright et al., 2008), cujo registro apontava para a existência de 14 serviços naquela época. Este crescimento de 1,57% ocorrido num intervalo de tempo de 5 anos, demonstra que muito embora ainda existam inúmeros desafios relacionados à escassa penetração da filosofia paliativa na grade curricular dos cursos de saúde, à precária formação de recursos humanos, acesso restrito a medicações opióides, às barreiras institucionais acerca de uma gestão focada no cuidado, além da ausência de uma política nacional de cuidados paliativos, a ascensão do movimento *hospice* no Brasil evidencia uma necessidade emergente de reavaliação do paradigma hospitalar, ainda focado na cura através do modelo intervencionista.

Na normatização que legitima a prática de cuidados paliativos no Brasil, resolução CFM N° 1931/2009 (publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) e (retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009,

Seção I, p.173), no primeiro capítulo denominado princípios fundamentais, consta na cláusula XXII que “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”. Mais adiante, no capítulo 5 do Código de Ética Médica, designando relação com pacientes e familiares, lê-se que é vedado ao médico, no artigo 36, “abandonar paciente sob seus cuidados” e em seu desdobramento, constam no parágrafo dois as seguintes ponderações: “salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos”. Em sequência, no artigo 41, “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal” complementando em parágrafo único que “nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêutica inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”.

Algumas considerações acerca desta regulamentação chamam atenção no que diz respeito à inserção do cuidado paliativo. Na cláusula XXII, o direcionamento ao cuidados paliativos se circunscreve à ideia de um quadro clínico limítrofe, em que tentativas de abordagem curativa não preenchem mais as expectativas do profissional de saúde, tornando o encaminhamento uma conduta de praxe face à frustração do exercício da competência técnica aliado a delicadeza do quadro clínico.

Paradoxalmente, na medida em que o domínio tecnológico sobre a natureza humana de um corpo adoecido não conduz ao caminho da cura, ocorre a inserção do cuidado, dimensão predominantemente associada à capacidade do profissional em lidar com situações de comunicação, tomada de decisão, autonomia, empatia e estabelecimento de vínculos dentro de um paradigma de competência humanizada. Ocorre que o intercâmbio técnico e afetivo suscitado em cada ser envolvido no processo de cuidados, sob o ponto de vista pulsional, pode gerar uma tensão psíquica que eclode sob a forma de conflito, dificultando ao profissional o momento para um encaminhamento adequado, podendo incorrer nos caminhos da obstinação terapêutica.

Outro ponto significativo consiste na questão do abandono médico nas situações de terminalidade, cujo confronto com a morte propicia a existência de mecanismos de defesa no profissional de saúde evidenciando dificuldades em seu modo de enfrentar o processo de morrer. O ato de proibir ao médico a possibilidade de deixar o paciente sem um direcionamento adequado, mediante possibilidade prognóstica de inviabilidade de cura, sugere a inexistência de um modelo complementar entre curar e cuidar. Logo, neste caso, a representação do ato de abandono poderá evidenciar a perpetuação do modelo biomédico, violando sensivelmente a intenção da filosofia dos cuidados paliativos, pautado no modelo biopsicossocial.

É necessário apontar que em se tratando do campo da prática, em muitas situações consideradas tratamento paliativo, o profissional de saúde esbarra num conflito de natureza pessoal, face às exigências impostas pelo exercício de sua profissão no que diz respeito ao campo ético e bioético. Muito embora exista respaldo legal por parte do Conselho Federal de Medicina para a prática da ortotanásia, ainda permanece entre os profissionais uma diversidade conceitual acerca dos dilemas éticos. O conflito decisório, seja ele de natureza interna ou externa, ao qual o profissional se submete muitas vezes desencadeia o estresse laboral, sugerindo sua inabilidade em compartilhar com os colegas da equipe multiprofissional, conduzindo o profissional de saúde a desenvolver determinadas patologias.

Conceitualmente, de acordo com a revisão de literatura (Trigo et al., 2007), a síndrome de burnout é um processo iniciado com excessivos e prolongados níveis de estresse no trabalho. Para seu diagnóstico, questões relacionadas aos aspectos sociopsicológicos, ambientais e de relacionamento interpessoal do indivíduo são cruciais para o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome, dentre eles, exaustão emocional, distanciamento afetivo e baixa realização profissional. Conforme explica Carvalho (Pimenta et al., 2006, p.103) os fatores estressores de natureza interna e externa, prevaletentes na tarefa do cuidador, se caracterizam, respectivamente, pela particularidade pessoal do profissional e pelas respostas decorrentes da assistência imbricada no contexto do adoecer, comprometendo o relacionamento interpessoal com todos os envolvidos.

Em tese de doutorado realizada por Campos (2011), cujo objetivo consistiu em mostrar a relevância do cuidado compartilhado entre pacientes e equipe de

saúde através da implementação dos grupos de suporte social baseado em técnicas de dinâmica de grupo, o autor pondera quanto à influência de fatores psíquicos constituídos ao longo do desenvolvimento e que se apresentam na relação cuidado-cuidador proveniente da rotina laboral, incidindo em estresse e podendo interferir sensivelmente na atuação do cuidado. Campos afirma que,

O fato mesmo de se sentir doente carrega um conjunto de significados adquiridos através da vida, desde as primeiras experiências infantis, passando pelas normas, crenças e valores introjetados, que fazem o indivíduo reagir de modo absolutamente pessoal à doença. E, em consequência, ao cuidador. Este, por seu turno, carrega o mesmo conjunto de “impressões” que são singulares, dele, e que, muitas vezes, contrastam com as do paciente. A forma de cuidar (e de receber esse cuidado) sofrerá influência do conjunto de experiências e crenças da dupla, interferindo nos resultados do cuidado oferecido (2011, p.39).

De acordo com uma pesquisa quantitativa realizada no Brasil (Trigo, 2007), cujo objetivo foi avaliar o nível de estresse do profissional de saúde, tal incidência está proporcionalmente relacionada com a intensidade da carga assistencial despendida na oferta de cuidados, iniciando-se pela sintomatologia física ou psíquica do TEPT (transtorno de estresse pós-traumático), cuja cronicidade desencadeia a síndrome do burnout. Em outro estudo realizado na Espanha, Cantorna et al. (2012) afirmam que profissionais com qualificação especializada para lidar com situações-limite apresentam níveis de estresse significativamente inferiores aos que não estão habilitados para o desempenho desse tipo de assistência em saúde. O resultado de ambos os estudos permite uma análise mais elaborada no que diz respeito à incidência do trauma no percurso dos cuidados paliativos, assunto a ser elaborado mais adiante.

A regulamentação expressa a valorização da ética médica perante a inviabilidade de cura como forma de minimizar o sofrimento físico e psíquico do paciente. A adoção de medidas indesejáveis, usualmente conhecida como obstinação terapêutica, não é bem-vinda em se tratando de doença fora de possibilidade de cura. Ocorre que o limiar existente entre decisões a serem tomadas, é atravessado pela subjetividade e singularidade de todos os envolvidos no processo, dificultando a prática da decisão compartilhada. Tal atitude acarreta a destituição do lugar do poder medicalizado e gera novas regras de conduta social, implicando numa remodelação da arte médica acerca de princípios e valores morais no que diz respeito à sua formação profissional.

Desde o início do século XXI e após o reconhecimento legal da abordagem paliativa na prática da medicina no Brasil, timidamente o movimento *hospice* vem

ocupando seu lugar. Em artigo publicado em um jornal de grande circulação na cidade de São Paulo (Bassette, 2013), a reportagem chama atenção para um depoimento médico que manifesta sua necessidade de cuidar além de tratar, sugerindo a emergência de uma complementaridade que resgata a dinâmica relacional cuidar–ser cuidado. Com base nos pressupostos winnicotianos contemplados em estudo realizado por Campos (2011) sobre a importância do *holding* no processo de construção psicológica do bebê, o autor afirma a existência da indissociabilidade entre cuidar e ser cuidado. Tal assertiva se fundamenta na constatação de uma tensão entre cuidar e ser cuidado, oriunda da relação primária mãe-bebê instaurando no psiquismo a manifestação do desejo configurado na díade cuidar de si mesmo (ser autônomo) e necessidade de ser cuidado (depende). Com base neste raciocínio, torna-se possível vislumbrar que o desejo de ser autônomo; configurado pela prática do tratar, quando utilizada de forma unilateral, implica na destituição do lugar da saúde mental e, conseqüentemente, na descontinuidade do ser enquanto construção de vínculos, assunto a ser analisado no capítulo seguinte.

Nesta interface na qual se encontram diferentes subjetividades em prol de um mesmo objetivo, emerge a equipe multiprofissional composta de diversos profissionais de saúde com suas especificidades, com a responsabilidade de exercer sua função do cuidar em consonância com as necessidades internas e externas inerentes à sua profissão. Desta forma, pensar fatores estressores neste contexto, implica em repensar a multidimensionalidade física e psíquica que o universo do adoecimento implica, possivelmente reativando memórias traumáticas estabelecidas na experiência primordial do cuidado, e paralelamente, abrange atender para as dinâmicas relacionais estabelecidas pelo agente cuidador ao lidar com situações-limite que muitas vezes espelham o reflexo da própria imagem. A seguir, serão discutidas questões referentes à metapsicologia do cuidado.

Capítulo 2

Metapsicologia do Cuidado: O Vínculo na Dinâmica Cuidar-Ser Cuidado

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve a ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse o espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: “Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois de volta este espírito por ocasião da morte da criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada de Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil.

A fábula-mito descrita acima e apresentada por Boff (2008, p. 46), permite uma reflexão sobre a ancestralidade representacional do cuidado no psiquismo individual e coletivo. Muito embora a acepção semântica da palavra cuidado invoque cognições acerca do desvelo, da responsabilidade, da atenção e da cautela, no campo da linguagem tais significados adquirem diferentes compreensões devido à singularidade humana. Pensar o cuidado sob a dialética cuidar-ser cuidado, além de remeter às heranças coletivas, implica inevitavelmente em acionar registros de natureza psíquica dos modelos adquiridos através dos mecanismos de introjeção e projeção, acerca desta atividade de assistência na constituição do eu.

A teoria de Winnicott, fundamentada nas experiências provenientes da relação mãe-bebê, define o *holding* como elemento preponderante para o desenvolvimento psíquico do bebê. De acordo com Campos (2011), será através dos cuidados iniciais dispensados pela mãe, que englobam atitudes de despojamento, identificação, motivação, sensibilidade e captação, comunicadas corporalmente por intermédio da vivência, que se constituem as primeiras experiências de mutualidade no ato de cuidar. Segundo o autor,

o ato de cuidar deixa de ser um ato de superioridade, de desnível, de unilateralidade para ser um ato recíproco, de experiência compartilhada. Logo se vê que não é um ato de palavras, mas de vivência. Não é um ato de dar. Mas de trocar (Campos, 2011, p.59).

Campos (2011) define o conceito de *holding* como um conjunto de cuidados que o ambiente materno-social dispensa ao bebê. Dentre suas funções primordiais, constam a garantia da integração, a personalização e a apresentação dos objetos, o que permite ao bebê um espaço protegido para o seu nascimento psicológico. Este é delineado por Winnicott como um processo de transição entre os estados de indiferenciação e diferenciação, visando o desenvolvimento do ser individual, conforme se verá mais adiante.

Ao longo do desenvolvimento humano, as dimensões do cuidado apresentam uma diversidade de representações que variam desde a constituição psíquica de uma experiência de integração, a inserção do sujeito no social, o lugar da alteridade como agente cuidador até as funções e disfunções do cuidado, conforme salienta Figueiredo (2012). Tais procedimentos, segundo o autor, entremeiam aspectos socioculturais e universais que se modificam constantemente e demarcam a experiência primordial do cuidado ao mundo humano.

Sob a perspectiva da psicanálise, as primeiras relações de cuidado introjetadas no psiquismo provêm da relação mãe-bebê, a partir de um estado inicial de indiferenciação entre eu e o outro. Este cenário inicial permite inferir os primeiros esboços de um campo relacional psíquico em se tratando da relação cuidar-ser cuidado. Muito embora estes registros se configurem no nível do inconsciente do sujeito, no contexto de prática assistencial em que a função cuidadora emerge por meio da relação paciente e equipe, torna-se possível pensar que através deste encontro entre os sujeitos, conflitos de natureza psíquica remanescentes das instâncias psíquicas são ativados.

De acordo com Figueiredo (2012, p.140), o cuidar é constituído de diversas fases que envolvem o exercício da função terapêutica através do ato de acolher, reconhecer, interpelar, identificar e respeitar o ritmo do outro, colocar-se disponível sem exceder o limite estabelecido na relação dual. A necessidade de equilíbrio dinâmico entre estas diversas formas é o objetivo a ser alcançado, muito embora situações de exacerbação nestas funções possam conduzir a anomalias de atuação do ato de cuidar. No intuito de exemplificar uma disfunção no campo da

prática de cuidados, podemos citar questões acerca da obstinação terapêutica. Nesta, intervenções inúteis são ofertadas como modalidades de cuidados, o que sugere um desinvestimento no campo relacional dual, focando na unilateralidade da decisão, retroalimentando o modelo da moral paternalista depositado na figura do cuidador profissional, independente dos preceitos éticos e bioéticos que constituem a filosofia de cuidados paliativos.

Para a metapsicologia do cuidado (expressão cunhada por Figueiredo), o autocuidado e o cuidado com o outro sugerem uma correlação com estas estruturas dual e triádica, que propiciam o *fazer sentido*. Segundo este mesmo autor, tal expressão engloba os processos de inserção do sujeito no universo humano no que diz respeito às construções internas e externas de seu modo-de-ser em consonância com os aspectos socioculturais que o cercam, sugerindo uma continuidade na incorporação dos valores e princípios relacionados ao ato de cuidar. Desta forma, aspectos relacionados a heranças ancestrais acerca do modo de cuidar, rituais de iniciação e de passagem, e mais recentemente; em decorrência da inclusão do rigor científico, da configuração de procedimentos técnicos, sugerem representar matrizes intersubjetivas que incitam a experiência dos modos de relação mediante ao ato de construção e desconstrução de vínculos.

As matrizes intersubjetivas, denominadas por Coelho Jr. et al. (2012, p.26) como transubjetiva, traumática, interpessoal e intrapsíquica, integram o conceito de metapsicologia do cuidado proposto por Figueiredo (2012), na medida em que a qualidade do vínculo estabelecido entre sujeito-objeto está diretamente relacionado com os modos do exercício das funções cuidadoras, comunicadas pelo agente de cuidados. Segundo Coelho Jr. (2012, p.21), estas questões comunicativas provêm de uma conjunção entre teorias da percepção e comunicação, que viabilizam uma diversidade de formas comunicativas definidas pelo autor como comunicações pré-verbais, infraverbais, pré-representacionais, corporais, verbais e pulsionais. No campo da prática de cuidados, este processo ocorre mediante a capacidade empática daquele que se predispõe a exercer as funções de cuidado que integre os diversos aspectos que o paciente se permite compartilhar, nas mais variadas situações de sua vida.

De acordo com os autores, o campo da experiência primordial embasa modalidades intra e intersíquicas, configurando modos de funcionamento de constituição da intersubjetividade. Esta, por sua vez, adquire sua especificidade a

partir dos modos existenciais e relacionais estabelecidos com a alteridade. Pensar a experiência do cuidado em circunstâncias de tratamento paliativo, em que a questão da cura está focada no resgate da dignidade e qualidade dos cuidados ofertados pela equipe de saúde, invariavelmente reporta à atenção nos contatos iniciais estabelecidos acerca da assistência. Neste caso, fatores desestruturais e disfuncionais, através da dialética saúde/doença, físico/psíquico, individual/coletivo e vida/morte, permeiam em tempo integral o que requer por parte do cuidador profissional capacidade em reconhecer as necessidades do outro através de seu campo de representações e significações.

Em Winnicott, a constituição do sujeito na produção de experiência se fundamenta nas fases do desenvolvimento do lactente. Em Klein, posições são organizações psíquicas que coexistem numa relação dialética, e que determinam formas de atribuir significado à experiência. Levando em consideração a importância da construção do vínculo na relação primordial bem como o fator de troca psíquica, a estruturação teórica do presente capítulo se fundamentará nos conceitos winnicottianos, em razão da concepção de que o sujeito que experiencia existe num espaço potencial entre a realidade e a fantasia, algo inerente ao universo do adoecer; cenário permeado de significações e representações inter e intrasubjetivas em se tratando do intercâmbio dar e receber cuidados.

Para Winnicott (1983), as primeiras relações de cuidado introjetadas no psiquismo provêm da relação simbiótica mãe-bebê, a partir do estado de indiferenciação entre eu e o outro. Em sua teoria, este período é plenamente identificado pela dependência absoluta do bebê em relação aos cuidados maternos e de fundamental importância para o desenvolvimento egóico salientando-se a integração como um aspecto fundamental desta construção.

Campos enfatiza que nesta fase, o processo de comunicação entre bebê-mãe se configura de forma primitiva, em que a linguagem se estabelece através das necessidades corporais e do desejo de cuidar, respectivamente. Com base neste referencial, Ogden (2010, p.122) afirma que *holding* é um conceito ontológico que engloba integração entre experiência existencial, estágios de desenvolvimento, reorganizações inter e intrapsíquicas que sustentem a noção de continuidade do ser.

A fase de *holding* do cuidado materno, durante o desenvolvimento do lactente, exerce um papel fundamental, pois disponibiliza ao bebê um processo de

elaboração das experiências vivenciadas que viabilizam seu desenvolvimento psicológico. É através desta provisão ambiental, que engloba características como proteção da agressão fisiológica, sensibilidade cutânea do bebê, a rotina completa do cuidado dia e noite e acompanhamento das mudanças significativas realizadas pela criança, que dá o suporte necessário para que o lactente possa estabelecer, as primeiras relações objetivas e conseqüentemente, suas primeiras experiências de gratificação instintiva.

Winnicott (1983, p.44) afirma que o desenvolvimento do lactente durante a fase de *holding* é marcado pela transformação do ego através da transição de um estado não integrado para a estruturação de uma integração, permitindo ao lactente experimentar a “ansiedade que é associada à desintegração”, ponderando ainda que “se a mãe está ausente, o lactente simplesmente falha em se beneficiar de sua habilidade de evitar irritações ou incômodos, e certos desenvolvimentos essenciais na estrutura do ego falham em se tornar bem estabelecidos”. Desta forma, o afastamento materno na fase de dependência absoluta corresponde no lactente à ameaça de aniquilamento suscitado pela ansiedade. A fase seguinte a ser experimentada pelo bebê consiste na dependência relativa, na qual o bebê já consegue perceber-se diferenciado de sua mãe estando apto a lidar com a perda, caracterizando a “transição do bebê de um estado em que está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado”. Nesta etapa de desenvolvimento, emergem objeto e fenômenos transicionais, que segundo a teoria, constituem “uma área intermediária de experimentação, para qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa” (Winnicott, 1975, p.15). Cabe salientar que este processo inicial deflagrado no desenvolvimento egóico do bebê, que sugere incitar os mecanismos de separação-ligação, remete aos constructos de inserção do indivíduo na dimensão sociocultural mencionados por Figueiredo (2012), no que diz respeito às modalidades de cuidados existentes e sua relação com as figuras de alteridade, conforme será visto mais adiante. Sob esta perspectiva, imprescindível compreender as possíveis formas de vinculação.

Segundo Pichon-Rivière (2000, p.14), a noção de relação com o objeto adquire uma importância fundamental para o estabelecimento do vínculo. Este objeto pode ser diferenciado ou não diferenciado correspondendo, respectivamente, às relações de independência e dependência. O autor explicita que o vínculo normal é proveniente da “primeira relação da criança com o peito

da mãe”, através das situações parasitárias e simbióticas, em que acontece um “intercâmbio de situações emocionais e de afeto”, e que quando minimizados através do desenvolvimento do bebê, permite uma diferenciação entre o objeto e o sujeito. Sugere o autor, que por mais gradativo que seja este afastamento mãe-bebê ele é passível de uma ligação afetiva que orienta o próprio sujeito em sua sedimentação egóica. No que diz respeito ao vínculo não diferenciado, e portanto, dependente, o autor menciona que o estabelecimento de “vínculos entre objetos totalmente diferenciados” é extremamente difícil de definir, em virtude de seus resultados conduzirem o sujeito a uma “diferenciação total em relação aos outros objetos”, viabilizando “uma situação de distanciamento” devido ao excesso de independência gerada (id. *ibid.*, p.14).

Com base nestes referenciais psicanalíticos, torna-se possível inferir os primeiros esboços de um campo relacional psíquico em se tratando da relação cuidar-ser cuidado. Muito embora estes registros se configurem no nível do inconsciente do sujeito, no contexto dos cuidados paliativos, em que a função cuidadora emerge através da relação paciente e equipe multiprofissional, torna-se possível pensar que através deste encontro entre os sujeitos, conflitos de natureza psíquica remanescentes das instâncias do eu são ativados nesta interação, podendo comprometer significativamente o eixo comunicacional. De modo geral, a comunicação no adoecer engloba conteúdos verbais e não verbais, sendo estes últimos identificados por meio de atitudes, pensamentos e sentimentos.

A repercussão das variadas formas de estabelecimento do vínculo por intermédio da comunicação verbal e não verbal pode ser encontrado num estudo multicêntrico e de abordagem quantitativa (Araújo e Silva, 2012) que objetivou investigar, averiguar e identificar a utilização da comunicação interpessoal e de estratégias comunicacionais existentes entre equipe de saúde e pacientes em cuidados paliativos em fase terminal. Sua pesquisa de campo foi realizada no período de 2008-2009, em uma amostra de 303 profissionais de saúde oriundos de instituições de saúde e de ensino superior de uma cidade de grande porte, considerado de suma importância para a escolha do local de estudo abordagens diferenciadas em cuidados paliativos, bem como a representatividade do movimento *hospice* no Brasil.

Dentre seus resultados foi detectado por parte dos profissionais desconhecimento acerca da temática em questão, bem como despreparo para lidar

com questões do sofrimento do paciente. Muito embora não seja intenção deste estudo aprofundar as estratégias de comunicação usualmente utilizadas, importante considerar que para a realização de um bom veículo comunicacional, técnicas de expressão, clarificação e validação são de suma importância para o estabelecimento de uma interação, principalmente em se tratando de abordagem paliativa com pacientes fora de possibilidade de cura. No estabelecimento da estratégia não verbal, caracterizada neste artigo original como elemento fundamental para o estabelecimento do vínculo empático na relação dual equipe de saúde e paciente, sugere sinalizar comprometimentos provenientes da sedimentação do ego conforme mencionado anteriormente, na medida em que seus sinais se detectam através do toque afetivo, contato físico e visual, distância corporal, tom de voz e uso de silêncio, elementos intrínsecos na dinâmica do cuidar.

Outra questão de suma importância consiste na possível inabilidade do profissional de saúde em lidar com aspectos emocionais que incitem o sofrimento vicário, na medida em que o processo de morrer se configura mediante a ausência do prognóstico de cura, o que pode conduzir o agente de cuidados a um distanciamento físico e/ou emocional. Muito embora o cuidado paliativo seja uma abordagem que contempla uma experiência integrativa, na qual o eixo comunicacional ocorre simultaneamente entre os níveis da corporeidade e da intersubjetividade, é imprescindível atentar para as funções cuidadoras e os modos pelos quais a equipe de saúde estabelece seu vínculo com o paciente. Por definição, corporeidade (Coelho Jr. et al., 2012, p.83) “é a presença irrecusável das pulsões e abertura permanente para o mundo, para os outros” e intersubjetividade

pressupõe a existência de um espaço relacional entre duas ou mais pessoas envolvendo suas subjetividades, no campo da linguagem, local de compreensão de diferenças de ponto de vista, necessidades e desejos, e construção de respostas conjuntas para questões de interesse comum (Santos, 2011, p.116)

Dando continuidade à importância do vínculo na dinâmica de cuidados e estabelecendo uma correlação com sua proposta de uma metapsicologia do cuidado, Figueiredo pondera a dinâmica separação-ligação que permeia a inserção do sujeito no contexto sociocultural sob a perspectiva de um *fazer sentido*, conceito fundamental na construção teórica do autor.

Para Figueiredo (2012, p.115), fazer sentido consiste na capacidade de um indivíduo chegar à experiência do funcionamento psíquico estruturado, suportando a posição depressiva e articulando gradativamente um processo criativo “que parte do mais passional e primitivo da experiência humana no rumo da sua articulação e simbolização” (ibid., p.116). Não visa afastar o não sentido, o irrepresentável, e até o traumático, e sim articulá-los como possibilidade de enriquecimento psíquico. Na medida em que são reunidos estes aspectos, as operações de ligação e desligamento psíquicos, separação e recorte podem viabilizar saídas criativas e não repetitivas para as situações que se apresentam inicialmente como *sem-sentido*. O autor afirma que fazer sentido na dimensão do cuidado significa basicamente “fazer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos que ao longo de uma vida evocam e provocam o retorno às experiências da loucura e turbulência emocional” (Ibid., p.134). Isto é, ajudar o indivíduo a constituir uma experiência de integração das suas vivências, já que a vida humana está longe de ser estável ou perfeita, ou de oferecer quaisquer garantias de segurança.

Com base no estudo antropológico e social mencionado no capítulo anterior, no qual nos referimos à existência milenar da arte dos cuidados paliativos, temos que o processo de construção e desconstrução de vínculos no ato de cuidar perpassa integralmente nos níveis da corporeidade e da intersubjetividade, o que estabelece uma continuidade de condutas éticas pautadas na personalidade construída ao longo do desenvolvimento humano. Nunes (2008) salienta que a conduta ética é originária de comportamentos internos que passam pelo autorreconhecimento do modo de ser pessoal em consonância com o agir, configurando o campo da intenção, fator deflagrador de atitudes e comportamentos na dinâmica do cuidado. Tal colocação permite uma reflexão sobre o limite humano, quando o cenário de adoecimento cujo prognóstico implica na inviabilidade de cura pode conduzir o sujeito ao estado de desintegração psíquica na medida em que a imprevisibilidade insere a separação com o campo do conhecimento técnico e estabelece uma ligação com o processo de morrer.

As modalidades de cuidado, conforme afirma Figueiredo (2012) são denominadas intersubjetividades transubjetiva, interpessoal e traumática e sugerem corresponder as figuras da alteridade assimiladas ao longo do

desenvolvimento psíquico. Cada uma delas abrange funções pertinentes ao modo de ação, sendo que a prevalência pela falta ou excesso das funções cuidadoras implica uma disfunção na construção do significado, como será visto mais adiante. A primeira figura de alteridade é a intersubjetividade transubjetiva, na qual as relações entre sujeito e objeto se configuram na experiência com funções de acolhimento e contenção. Portanto, as funções de *holding* e *continência* além de sedimentarem a base fundamental para construção e desconstrução do vínculo na relação primordial mãe-bebê, representam a existência de um espaço protegido para elaboração das experiências existenciais oriundas do ambiente intersubjetivo e intrapsíquico.

Traçando uma analogia com a prática da abordagem paliativa, esta modalidade de cuidado se evidencia no momento em que se configura um prognóstico indesejável sob o ponto de vista curativo. De modo geral, o encaminhamento aos cuidados paliativos ocorre em circunstâncias em que o avanço da enfermidade sobressai em relação às possibilidades de tratamento, conduzindo o paciente a um estado de profundo sofrimento. De acordo com Dantas (2009), existe uma relação de interdependência entre sofrimento e dor, sendo que o diferencial consiste na posição que o sujeito ocupa sendo respectivamente, ativa e passiva. No estado de sofrimento, o sujeito é acionado através das situações de adversidades da vida que o colocam em um movimento de busca de um fazer sentido. O autor afirma que,

o sofrimento nos faz considerar que, quando o sujeito está no limite de suas possibilidades subjetivas de suportar uma determinada situação, a este estado denominamos “sofrimento” e que é imperiosa a busca de um alívio, seja de ordem social, médica, psicológica, religiosa, farmacológica, lícita ou não, dentre outras, bem como este sofrimento precisa ser decifrado, assegurando-lhe a produção de um sentido, um motivo, uma causa, uma razão (Dantas, 2009, p.30).

Desta forma, o contato inicial do paciente com o suporte de cuidados é demarcado por uma condição que o retira de sua noção de identidade social na condição de saudável e institui a construção de uma nova identidade pautada na inversão de expectativa, ou seja, portador de uma doença incurável. Tal circunstância exige por parte da equipe multiprofissional atitudes de acolhimento e contenção para este processo de reconstrução psíquica e um possível estabelecimento do vínculo.

Na segunda figura da alteridade, está a intersubjetividade interpessoal que se delinea, segundo Figueiredo (2012), através da presença de dois sujeitos que estabelecem a função de reconhecimento que se processa em dois níveis: o testemunhar e o refletir. Para o autor, a legitimação do testemunho só é viável na medida em que ocorre o reconhecimento do objeto de cuidados na sua singularidade, levando a um autêntico espelhamento da própria imagem do sujeito. Esta modalidade de cuidado se caracteriza pela capacidade de atenção e observação em relação à construção das dimensões do *self*, sinalizando a diferenciação entre eu-outro. Mostra-se discreta, pois é um “cuidar silencioso” (Ibid., p.138), e que se dá na medida da necessidade daquele que é cuidado. Na abordagem paliativa, em se tratando de uma interface entre paciente fora de possibilidade de cura e equipe multiprofissional, e levando em consideração a existência de um vínculo terapêutico entre os sujeitos, torna-se pertinente ter em vista o exercício dos princípios da ética e da bioética no cuidar, questão a ser discutida num capítulo específico.

Oliveira (2010) realizou um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, com 22 membros da equipe de saúde de cuidados paliativos de um hospital público de São Paulo. Seu objetivo foi analisar o conceito de autonomia entre os membros da equipe, bem como identificar as atitudes destes profissionais mediante sua manifestação, e seu resultado aponta para a heterogeneidade das percepções acerca deste conceito. Dentre os inúmeros aspectos considerados relevantes para o exercício da autonomia do paciente fora de possibilidade de cura, distribuídos em dois grupos específicos, chama nossa atenção a incapacidade de espelhamento por parte dos profissionais do grupo I na medida em que não consideram a interface entre relações sociais e o *modus vivendi* como elementos constitutivos para construção de uma autonomia do paciente.

Outro aspecto curioso consistiu na falta de desenvolvimento nas organizações de saúde políticas e públicas do País no que diz respeito à instituição de um modelo de assistência paliativa efetivo, em prol da continuidade do modelo curativo até então vigente. Neste caso o fator institucional e estruturante como o terceiro elemento da relação dual, isto é, paciente – equipe multiprofissional, sugere refletirmos sobre a outra figura de alteridade, que vem a ser a intersubjetividade traumática. Esta se define pela função de interpelar, seduzir e reclamar, partindo do pressuposto de que o outro é um ser diferenciado do eu. O

interpelar e reclamar tem a ver, segundo Figueiredo (2012), com a capacidade do cuidador questionar e exigir respostas daquele que é cuidado. Com isso, instala-se um equilíbrio dinâmico entre interpelar e acolher, no sentido de propiciar o surgimento da capacidade de *fazer sentido* citada acima.

O aspecto traumático (Figueiredo, 2012) estaria relacionado com o fato do outro também ser o diferente, também vulnerável, que provoca enigmas e que por isso desperta a necessidade, da parte daquele que é cuidado, ser chamado a responder, despertando portanto sua pulsão de vida; ser então o intermediador entre mundos interno e externo, colocando o sujeito em contato com a realidade que o cerca instigando sua própria identificação através dessa exigência de resposta. Estes aspectos são parte do que Figueiredo denomina de “presença implicada”, com as funções de acolher, reconhecer e questionar o sujeito. Mas que essa presença não seja exagerada, o que leva ao aprisionamento, à imobilidade ou à incapacitação do sujeito que está sendo cuidado. Como brinca o autor, “até o doce de coco, que é bom, a gente enjoa” (Ibid., p.140). O cuidado que sufoca é tão danoso quanto o abandono; gera dependência, imobilidade e até incapacidade.

Cabe aqui ressaltar a influência da normatização e das práticas em situações de tomada de decisão no processo paciente e equipe multiprofissional. Muito embora pela regulamentação do Código de Ética Médica cabe ao profissional médico dar a notícia ao paciente sobre as suas perspectivas diagnósticas e/ou prognósticas, tal atitude repercute na dinâmica interacional dos membros da equipe em se tratando da proposta de cuidados integrados.

De acordo com Menezes (2011), os modelos interacionais e de decisão existentes na relação médico-paciente são denominados de paternalista, informativo e compartilhado, sendo respectivamente o ato de comunicar, informar e dialogar sobre o quadro clínico do paciente. Para os cuidados paliativos, a decisão compartilhada implica no direito do paciente de exercer sua autonomia, podendo esta atitude gerar conflitos de natureza inter e intrasubjetivas na equipe e, conseqüentemente, na instituição. Situações acerca do traumático e sua sintomatologia sugerem uma certa atenção, na medida em que tomadas de decisão são submetidas às demandas de normatização institucional, assunto a ser discutido mais adiante.

Portanto, todas as funções cuidadoras são de suma relevância na constituição psíquica e narcísica do sujeito, bem como caracterizam o agente de

cuidados como presença implicada no que diz respeito ao seu envolvimento e comprometimento em relação ao seu modo de atuação. Conforme afirma Figueiredo (2012, p.140), para que se viabilize “uma capacidade de fazer sentido no indivíduo”, necessária se faz a existência de um equilíbrio dinâmico entre as figuras de alteridade com suas modalidades de cuidado exercendo suas funções. Em contrapartida, situações de exacerbação da presença implicada conduzem a mecanismos de defesa que incitam ao estado de paralisação psíquica, conduzindo também a situações de trauma. Neste caso, para a manutenção da homeostase psíquica no que diz respeito às funções cuidadoras, imprescindível que o agente cuidador desenvolva sua capacidade de moderação em relação ao ato de cuidar, exercendo sua capacidade em ausentar-se.

A segunda característica proposta por Figueiredo é denominada de “presença reservada”. Esta consiste no agente de cuidados ter a habilidade de perceber o outro como um ser diferenciado, dotado de recursos psíquicos e ritmo próprios, configurando um cenário de distanciamento seguro. A moderação por parte do agente cuidador é fundamental para que ele possa “manter-se em reserva”, deixar que o objeto de cuidado simplesmente seja, e desenvolva sua capacidade de cuidar de si, fazer escolhas, e até cuidar de quem dele cuida.

Esse ponto é extremamente relevante, pois consiste na habilidade do agente de cuidados designar um espaço protegido para que o outro possa desenvolver sua própria potencialidade, e conseqüentemente reservar um espaço protegido para si mesmo. Em ambas as situações o exercício da reciprocidade de cuidados abrange o autocuidado, cuidar do outro e o se deixar ser cuidado pelo outro.

Traçando um paralelo com os conceitos winnicottianos, as funções cuidadoras bem como as formas de presença do cuidador remetem ao retorno da experiência primordial do cuidado delineado pelo *holding*, sugerindo um dinamismo contínuo para manutenção da integridade psicológica, principalmente em situações de vulnerabilidade vivenciadas pelo adulto. Campos explica que

todo adulto carrega dentro de si a experiência primordial de ter sido sustentado, manejado e “apresentado ao mundo” na sua trajetória da dependência de cuidados oferecidos pelo ambiente e rumo à sua independência e possibilidade de lidar, de modo autônomo, com o ambiente à sua volta. Mas permanece com a possibilidade de transitar do estado de independência para o de dependência, conforme as circunstâncias que enfrente (2011, p.70).

Nos cuidados paliativos a identificação do exercício das funções cuidadoras bem como suas situações de implicação e reserva transparecem através da dinâmica interacional entre paciente-família-equipe multiprofissional, na medida em que se estabelece uma interdependência entre relacionamento interpessoal e rotina de cuidados. Desta forma, aspectos institucionais também comportam este cenário, sobretudo quando o assunto vem a ser a prevalência de possíveis fatores traumáticos na rotina do profissional de saúde que atua em cuidados paliativos.

Na prática clínica, seu campo de atuação engloba desde medidas de conforto ao paciente fora de possibilidade de cura até o momento da morte, sendo que este contexto instaura um novo paradigma acerca do ato de cuidar: responsabilidade compartilhada. A intensa rotina de cuidados na área de saúde, de modo geral, instiga uma aproximação constante com a dor, sofrimento e limitações, podendo conduzir o cuidador profissional a um profundo desgaste de naturezas física, psíquica e emocional, levando-o a produção de estresse endógeno e exógeno. Campos considera que qualquer agente provocado pelo estresse que propicie ameaça à integridade física ou psíquica de um indivíduo, conduz o organismo ao adoecimento. Esclarece que,

o estresse expressa a reação do indivíduo em situações de crise ou conflito que o deixem vulnerável. E, embora expresse uma forma de defesa ou enfrentamento, quando prolongado ou intenso ele acaba propiciando o desequilíbrio, ou seja, a eclosão de doenças (Campos, 2011, p.82).

Em razão da frequente dificuldade na discriminação adequada entre a origem de tais distúrbios, bem como uma preponderância em estabelecer um diagnóstico focado mais no aspecto físico do que no psicológico, sendo que ambos estão integrados no seu processo causal, o reflexo desta tendência tem se tornado presente na rotina do cuidador profissional, e em algumas circunstâncias as sinalizações dos sintomas traumáticos passam despercebidas. Este tipo de desatenção se faz muito presente em ambientes em que se lida sistematicamente com eventos considerados estressores; muitas das vezes, estes fatores são considerados inerentes ao exercício da profissão e repercutem sensivelmente na atitude do profissional no que diz respeito ao ato de cuidar. Sendo assim, é importante considerar o papel do trauma na dinâmica do cuidar, questão a ser abordada a seguir.

Capítulo 3

As Dinâmicas do Cuidar e o Trauma

O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida.

Cecily Saunders

Etimologicamente, trauma vem a significar uma lesão ocasionada por um agente externo. A partir dos estudos realizados por Freud, foi possível a sistematização de disfunções e transtornos relacionados à ansiedade, sendo a neurose traumática um de seus conceitos, atualmente reconhecida no manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-R) como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Muito embora a base deste referencial teórico tenha se fundamentado em experiências provenientes de neurose de guerra, a complexidade deste transtorno vem cada vez mais exigindo constantes reatualizações nosológicas acerca desta patologia, pois conforme salienta Peres (2005), estudos sugerem que em se tratando de desenvolvimento de estresse pós-traumático pode existir uma correlação entre exposição precedente a um evento e intensidade de resposta quando relacionados ao trauma.

O foco deste capítulo será analisar a prevalência de possíveis fatores traumáticos na rotina do profissional de saúde que atua em cuidados paliativos, já que seu campo de atuação engloba desde medidas de conforto ao paciente fora de possibilidade de cura até o momento da morte. A importância e o reconhecimento do trabalho paliativo, parece se instaurar tendo em vista que o ato de cuidar se transforma, criando uma nova perspectiva que vem a consistir no uso da responsabilidade compartilhada. Esta atenua, através das relações interpessoais estabelecidas entre equipes, os familiares e o próprio paciente, o peso da decisão final, reservado apenas à conduta médica até bem pouco tempo atrás.

Sob esta perspectiva, necessário se faz a atenção ao cuidador profissional sobre questões transferenciais e contratransferenciais resultantes desta interação que integra aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais em um cenário no qual a dualidade vincular e desvincular está presente em tempo integral na teia relacional; esse aspecto abre espaço para revisitar possíveis representações afetivas construídas em situações traumatizantes conforme afirma Dreyfus (2005)

ao explicar os constantes processos de organização e desorganização desencadeados no aparato psíquico.

No que diz respeito à formação e rompimento de vínculos afetivos, Bowlby (2006) explica que desde o início do desenvolvimento humano eles exercem um papel crucial para a formação de uma base segura. A qualidade desta configuração afetiva é o fator determinante que irá repercutir posteriormente em diversas situações ao longo da vida, através de padrões de comportamento de ligação instaurados com base nesta relação primordial. Conforme afirma o autor, “os padrões de comportamento de ligação manifestados por um indivíduo dependem, em parte, de sua idade atual, sexo e circunstâncias, e em parte, das experiências que teve com figuras de ligação nos primeiros anos de sua vida”, o que permite inferir que tanto aquele que é cuidado quanto aquele que exerce o papel de cuidador, pode vir a reproduzir tais modelos de ligação em seu repertório interacional (Bowlby, 2006, p.171).

Portanto, perceber as atitudes defensivas do paciente para com o cuidador profissional, quando compreendidas sob a perspectiva do comportamento de ligação afetiva, pode vir a representar os aspectos transferenciais de modelos herdados ao longo da dinâmica familiar no que diz respeito à formação do instinto de sobrevivência, bem como desencadear sentimentos contratransferenciais que condizem com os modos pelos quais o próprio cuidador profissional é capaz de vincular-se àquela condição que lhe é apresentada.

Um dos pressupostos básicos na dinâmica de cuidados consiste na capacidade de integração dos aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais. Porém, de modo geral, esta atenção se direciona mais ao paciente e aos seus familiares do que ao cuidador profissional propriamente dito. No Brasil, poucas pesquisas são realizadas acerca das formas de confrontação do profissional em situações de estresse. Um artigo de Kapczinski e Margis (2003) enfatizam a importância do reconhecimento dos sintomas referentes ao quadro destes transtornos, conforme constam no DSM-IV e no CID.10, devido à probabilidade de cronificação da patologia, conduzindo o indivíduo a níveis mais críticos de sofrimento e limitação.

Em estudo quantitativo realizado por Moragón et al. (2005), cuja amostra envolveu 126 profissionais de saúde alocados nos setores de cuidados paliativos, cuidados intensivos e serviços de urgência de um hospital em Madrid, foi

realizada uma análise descritiva do grau de burnout por serviços levando-se em consideração sua concepção multifatorial. De acordo com os autores, o objetivo deste estudo foi o de determinar a prevalência da síndrome de burnout bem como seus componentes designados de cansaço emocional, despersonalização e falta de realização pessoal; elementos constituintes da denominada síndrome de neutralização. Seus resultados chamam atenção pela proporcionalidade dos índices existentes na unidade de cuidados paliativos entre despersonalização e falta de realização pessoal, em virtude do baixo escore apresentado em relação aos demais serviços.

Um dos pontos alegados como justificativa para tal ocorrência consiste na proximidade afetiva dispendida por estes profissionais aos pacientes fora de possibilidade de cura, permitindo a pensar sobre a existência de uma atitude ética com relação à dinâmica de cuidados, mesmo na ocorrência de uma perda de energia proveniente de situações-limite, como por exemplo, a iminência da morte. Em contrapartida, uma pesquisa realizada por Sinclair (2010) apresenta como resultados aspectos significativos no que diz respeito a influência de experiências primárias com morte, sendo este um fator motivador para o exercício da prática profissional em cuidados paliativos entre os participantes da amostra, bem como infere que a integração desta experiência subjetiva no *continuum* de vida pode vir a contribuir para uma prática de cuidados paliativos de forma eficaz.

O início do percurso conceitual de trauma foi delineado com as primeiras definições freudianas acerca dos conceitos de traumatismo e traumático, com base em inúmeros estudos visando à elaboração teórica da psicanálise. Conforme afirma Uchitel, em 1893 “o trauma começa a ter seu peso como motivo capaz de desencadear manifestações patológicas” e vai sendo atualizado ao longo da obra freudiana (Uchitel, 2011, p.27).

No ano de 1897 começa a ser esboçado um novo constructo teórico freudiano fundamentado na existência do conflito em relação ao trauma, inserindo o conceito de neurose traumática; a combinação de fantasias inconscientes, sexualidade recalçada e conflitos será a explicação de sua origem bem como sua expressão do sintoma. De acordo com Bokanowski (2005), ao longo deste processo de estruturação da teoria, três momentos distintos são de crucial importância para o estabelecimento da definição de trauma vigente na atualidade.

Até 1920, o conceito psicológico de traumatismo era utilizado para designar o impacto psíquico de um acontecimento que marca dolorosamente o sujeito, sendo este considerado um processo psíquico secundário que articula a ação de sedução sexual exercida por um objeto externo e que será determinante para a organização neurótica. Neste período, a concepção de traumatismo e conflito psíquico que abrange a teoria sexual infantil, as fantasias inconscientes e as ansiedades primitivas, será pano de fundo para construção da realidade psíquica interna. A partir de 1920, ocorre uma modificação na terminologia em virtude de uma mudança acerca do conceito psicológico de traumatismo; este será vinculado ao ponto de vista econômico do aparelho psíquico, estabelecendo uma relação entre neurose traumática e compulsão à repetição. Esta fase se caracteriza basicamente pela ligação entre traumatismo e perda do objeto, o que estabelece desta forma uma marca traumática, passível de intervir nas representações psíquicas.

Em 1939, a teoria freudiana evoca a concepção de traumatismo e sua relação com o narcisismo, levando em consideração os mecanismos de defesa manifestos através da clivagem do ego, negação e identificação projetiva. Nesta etapa, Bokanowski (2005) revela que o traumatismo poderá apresentar um efeito positivo e organizador, conhecido como processo de repetição e reelaboração ou negativo e desorganizador, ou seja, impeditivo de movimento de transformação processual, configurando o trauma.

O desenvolvimento conceitual de trauma na obra freudiana se respalda inicialmente nos fatores etiológicos correlacionados a causas acidentais, desde a criação da neurose traumática com base no estudo da histeria até sua reestruturação e segundo afirma Gueller (2005), com o advento da Primeira Guerra Mundial emerge a concepção de trauma “como uma condição estrutural do sujeito”. A divergência entre ambas as manifestações traumáticas influencia o constructo teórico de seu precursor, tendo em vista que a sintomatologia do trauma ainda não consegue encontrar subsídios que o configurem (Gueller, 2005, p.5).

De acordo com Rudge (2003), a conotação sexual imbricada na herança da neurose traumática provém da prevalência de fantasias sexuais provenientes de relatos subjetivos; influenciando consideravelmente a metapsicologia da Psicanálise, em detrimento de situações catastróficas promovedoras de situações

de angústia e desamparo, vivenciadas coletivamente e constituidoras do denominado trauma coletivo. Em Ferenczi (1918), através de seu relatório apresentado ao V Congresso Internacional de Psicanálise de Budapeste, surge a concepção de neurose de guerra como um sistema de autodefesa psíquica, viabilizando à Psicanálise desvendar possíveis mecanismos psíquicos engendrados na sua sintomatologia. Face a predominância do ponto de vista organicista até então vigente, a descoberta do psiquismo para explicar a neurose traumática inaugura novas concepções de trauma fundamentadas no princípio de causalidade e temporalidade inconsciente, diferenciando as realidades material e psíquica.

Desta forma, situações traumáticas acionam memórias traumáticas provenientes de experiências primordiais, não sendo o trauma “caracterizado exclusivamente pelo acontecimento”, e sim, “o impacto de um acontecimento sobre o psiquismo singular” constituído de toda uma história pregressa na construção de seu significado e de suas fantasias (Rudge 2009, p.43). A constituição do sintoma sugere ser um mero sinalizador de conteúdos psíquicos traumáticos inconscientes que reincidem mediante experiências traumáticas recentes, conduzindo à compulsão de repetição para Freud. Gueller (2005, p.14) em seu estudo que analisa a questão do trauma como uma necessidade acidental para estruturação psíquica do sujeito, enfatiza a relação entre causalidade linear e temporalidade inconsciente sugerindo uma constante ressignificação dos conteúdos mnêmicos.

A partir da segunda tópica freudiana, as situações traumáticas surgem do desamparo, da perda e separações, reconfigurando os conceitos já existentes. O princípio de prazer, a compulsão à repetição e a pulsão de morte contextualizam a concepção do narcisismo, possibilitando um enlace entre neurose traumática e sexualidade. De acordo com Rudge (2009, p.51),

A tentativa de encontrar e reencontrar o prazer e de evitar o desprazer é uma tendência fundamental do psiquismo, mas às vezes, o que o domina é a compulsão à repetição, que empurra para a repetida atualização das mesmas vivências dolorosas. A compulsão à repetição é então tomada como algo mais básico no psiquismo do que o princípio de prazer, e como algo que responde justamente às situações traumáticas, dolorosas, causadoras de grande sofrimento.

Freud designa energia vital de libido, devido à sua convicção de que a pulsão sexual está na base da vida psíquica e é fonte primária do movimento da

psique. Fundamentada na perspectiva histórica da psicanálise, o conceito de libido até então existente concebia a energia vital sob o ponto de vista mecânico, ou seja, um efeito estaria sempre ligado a uma causa. Na abordagem psicanalítica, essa troca de energia é oriunda do mecanismo de repressão, no qual o sujeito exclui inconscientemente da consciência um conteúdo psíquico que, em vários graus e por diferentes razões, é desagradável para a própria consciência. Esse mecanismo de defesa pode acontecer tanto no âmbito interno, ou seja, os movimentos da energia consciente para inconsciente e vice-versa, quanto no âmbito externo, retratados pelas influências dos valores morais e estéticos coletivos, que indiretamente atingem o indivíduo em sua construção psíquica.

Portanto, dependendo da atitude do ego, surgem duas situações bastante específicas na psique. Primeiramente, a produção de um *sintoma*, pois a energia reprimida surge através de manifestações somáticas, reativando desta forma os conteúdos adormecidos no inconsciente. A outra situação implica na produção de *sonhos* ou *fantasias*, que nada mais são que manifestações de conteúdos reprimidos que perderam sua energia consciente, representados através da imagem simbólica.

Guillaumin (1980) afirma que estas oscilações decorrentes das realidades psíquica e material foram alvo de estudos de Freud, em decorrência de tal mecanismo de condensação ser um indicador de um empobrecimento da simbolização do indivíduo, o que conduziria a uma cristalização de crenças arcaicas que quando acionadas são enfrentadas de forma projetiva, revelando constructos inconscientes derivados do traumatismo. Com base nesta fundamentação teórica surge o seguinte questionamento: considerando as formas de confrontação existentes nas perspectivas fisiológica e psicológica, transtorno de estresse pós-traumático e síndrome de burnout poderiam ser considerados indicadores de estratégias de superação do trauma?

Na atualidade, em razão da prevalência dos aspectos biológicos do trauma, delineados no transtorno de estresse pós-traumático, tal patologia é considerada um processo secundário desorganizador, devido ao fato de suas manifestações psíquicas serem resultantes de uma tensão resultante de excitações pulsionais internas e externas, geradoras de angústia. Portanto, neste caso, a noção de traumatismo se configura pelo revivenciar de situações ameaçadoras ao ego. No caso do cuidador profissional na medida em que exerce seu papel paliativista em

situações de iminência de morte, a noção de traumatismo parece estar relacionada às constantes demandas físicas e psíquicas para ofertar ao paciente, modalidades de cuidados que viabilizem a construção do sentido para ambos, conforme já mencionado no capítulo anterior.

O padrão de sintomas e comorbidades contidos na elaboração de critérios contidos no DSM – IV e no CID.10 no que diz respeito à definição da própria patologia e sua diversidade sintomatológica remetem ao conceito de compulsão à repetição denominado por Cardoso, quando compreendidos como registros internalizados entre conteúdos e memórias emocionais engendrados pela experiência do trauma que se reproduzem através de comportamentos autodestrutivos ou de exposições a situações abusivas (Cardoso, 2011, p.315).

De acordo com a pesquisa de Kapczinski e Margis (2003), desde o reconhecimento das consequências emocionais do trauma psicológico realizado no final do século XIX, foi possível estabelecer inúmeras definições acerca do transtorno de estresse pós-traumático, sendo as mais recentes descritas, respectivamente pela DSM-IV e pela CID.10 como transtorno do estresse pós-traumático. Cabe observar que existem diferenças entre as classificações.

Muito embora as inúmeras investigações científicas acerca do trauma, aliadas ao momento sociocultural vigente no século XIX e à grande necessidade de fundamentar uma ciência que integre as perspectivas do biológico e do psicológico, imprescindível considerar que, na atualidade, a base epistemológica da teoria psicanalítica se fundamenta no conceito de libido com significação sexual, sendo esta ideia a chave principal do mecanismo da psique humana. Desta forma as definições contempladas induzem a um posicionamento crítico sobre a viabilidade destes pressupostos dissociados de outros aspectos do trauma que não sejam decorrentes apenas da experiência sexual nas diversas fases do desenvolvimento humano.

A pesquisadora Sinclair (2010) ao categorizar a experiência do impacto da morte e do morrer em dimensões temporais diferenciadas (passado, presente e futuro), e levar em consideração a diversidade das estratégias comportamentais utilizadas pelo profissional de cuidados paliativos, deduz que os aspectos estressores e traumáticos vivenciados em experiências existenciais de final de vida estão diretamente relacionados com a qualidade dos registros internalizados ocasionados pela primeira experiência com a morte e podem interferir

sensivelmente na escolha da profissão. Com base neste artigo, pensar a experiência do trauma primário como fator determinante para estruturação egóica do indivíduo na medida em que ele vivencia suas experiências e as sedimenta de forma a permitir sua construção temporal ao longo de seu exercício vocacional remete, inevitavelmente, aos mecanismos de projeção da teoria freudiana.

Em contrapartida, num estudo realizado por Peres (Santos, 2009), o TEPT pode decorrer de eventos traumáticos ou de períodos prolongados de angústia, na condição de sobrevivente desta mesma experiência sem estar diretamente relacionado com o evento em si. Segundo o autor, o entrelaçamento de aspectos objetivos e subjetivos que compõem os critérios do transtorno mencionados no DSM-IV e no CID.10, são fatores que configuram o trauma, podendo este apresentar um caráter crônico ou não, manifestando-se somaticamente ou através de um sofrimento psíquico.

Tal posicionamento permite pensar a síndrome de burnout como um mecanismo de repressão aos conteúdos relacionados com trauma primário de experiências com morte real ou fantasmática, existentes nas relações estabelecidas pelo cuidador profissional, correlacionando suas manifestações com algumas das descrições formuladas para o diagnóstico adequado de TEPT.

alguns casos em que um evento objetivo não ocorre e os sintomas pós-trauma se manifestam, podem fazer interface com o quadro que chamamos de burnout (combustão completa), que ocorre após um período de esforço excessivo com intervalos insuficientes para a recuperação. O burnout pode decorrer de estresse profissional contínuo e/ou exaustão emocional, levando à avaliação negativa de si-mesmo, à depressão e à insensibilidade com relação a quase tudo e todos (Santos, 2009, p.392).

Em particularidades do transtorno de estresse pós-traumático, este mesmo autor salienta que as categorias diagnósticas do TEPT se diferenciam das demais em virtude da inclusão do trauma psicológico como etiologia do transtorno, bem como do campo de observação de seus sujeitos que enfatiza “os acontecimentos excepcionais de confronto com a morte”. Fundamentada neste cenário, houve a inserção de outros episódios traumáticos condutores de TEPT, bem como a constatação de que desencadeadores de síndrome pós-traumática apresentam categorias diagnósticas semelhantes. Conforme registra o autor,

uma série de condições estressoras pode favorecer o acúmulo de resíduos capazes de afetar o equilíbrio psíquico de indivíduos que passam a manifestar sintomas pós-traumáticos descritos no TEPT, sem que um evento traumático, de fato, tenha ocorrido” (Santos, 2009, p.392).

Tal constatação reforça o pensamento de Guillaumin (1980) quando afirma que as cenas realísticas podem acionar registros de memórias traumáticas induzindo o sujeito a reagir desproporcionalmente à situação real, por intermédio de mecanismos projetivos.

Esta afirmação permite uma reflexão sobre a intensa rotina de trabalho do cuidador profissional na abordagem paliativista. De modo geral, a dinâmica do cuidar exige, concomitantemente, uma disponibilidade física e emocional para lidar com questões que envolvem uma diversidade de aspectos biopsicossociais de todos os seus envolvidos, ou seja, paciente-familiar-instituição, em eventos de natureza subjetiva e objetiva, despendendo intensa carga emocional. Em pesquisa de campo realizada por Carvalho e Malagris (2007), cujo objetivo consistiu em detectar a incidência de *stress* entre profissionais de saúde, os autores chamam a atenção para a suposição de que a “prática da assistência, que leva o profissional ao contato direto com o sofrimento, o torna mais vulnerável ao estresse” (Carvalho, 2007, p.219).

Martins Pereira et al. (2011), numa revisão sistemática composta de 15 artigos publicados no período de 2007-2009, metodologicamente distribuídos em abordagem quantitativa, qualitativa e revisão sistemática, cuja temática abordou sobre a incidência de níveis de burnout em enfermeiros e médicos que atuam em cuidados paliativos, os autores chamam atenção para a questão da síndrome de neutralização, a existência de uma correlação entre o peso das decisões e exaustão com ocorrência de burnout, o sofrimento do profissional de saúde na medida em que se expõe ao processo de morrer e a morte e a importância do autocuidado para poder cuidar do outro. Por definição, a síndrome de neutralização é composta de uma multidimensionalidade de fatores que engloba a exaustão emocional, a despersonalização e a ausência de realização pessoal e profissional, e comumente é compreendida como um recurso de proteção do profissional de saúde na medida em que ele lida com perdas antecipatórias progressivas em detrimento de um idealismo de cuidados.

Em relação ao peso das decisões e o sofrimento do profissional, o estudo afirma a presença de vulnerabilidade dos profissionais de saúde tendo em vista que decisões éticas acerca da morte e do morrer suscitam em seu modo de atuação, estratégias de natureza física e psíquica para lidar com inúmeras variáveis resultantes deste estudo, identificadas pelos autores como fatores de

risco e fatores de proteção. Classificam como fatores de risco a falta de autoconfiança em habilidades de comunicação, a pressão do tempo, a dificuldade em dar más notícias, o lidar com a dor, o sofrimento, a morte e o morrer, o tempo de serviço profissional, recursos econômicos do paciente.

Já os fatores de proteção identificados são as estratégias de proteção individuais e/ou equipe, tempo de dedicação ao paciente e familiares, boa comunicação, estratégias de enfrentamento para lidar com o processo de morrer e a morte, a existência de um espaço de escuta viabilizando o processo de elaboração da equipe em relação a morte dos pacientes, capacidade de transformar a experiência da perda em enriquecimento pessoal, cuidar com uma perspectiva de um fazer sentido para aquele que está morrendo e desenvolver senso de satisfação e gratificação pessoal e profissional com a experiência de cuidados.

Especificamente neste contexto, no qual aspectos de natureza emocional e cognitiva são acionados em tempo real, eventos objetivos serão compreendidos como situações concretas que impliquem na finitude ou na experiência real de morte, possibilitando ao cuidador movimentos de resposta luta/fuga. Conforme afirma Pitta (1990), tais movimentos são provenientes de uma combinação de fatores individuais e coletivos que englobam aspectos de natureza institucional, profissional, social e psicológica para lidar com situações cotidianas de doença e morte. Esses aspectos levam ao desenvolvimento de mecanismos de defesa estruturados socialmente e que podem ser adotados pelos membros da equipe, que abrangem aspectos relacionados ao evitar contato mais profundo com o paciente, o uso da despersonalização e negação através da racionalização e nivelamento entre pacientes, a negação da morte através da inviabilidade de uma comunicação transparente, a eliminação de decisões e a redução do peso das responsabilidades.

Estas medidas, segundo o autor, facilitam à equipe a tentativa de preservar possíveis conflitos de cunho emocional, impedir o estabelecimento de vínculos, manter a tentativa de não estar em contato com os próprios sentimentos da equipe, perseverar no modelo institucionalizado de rotinas e padronizações de conduta e propiciar alívio “da angústia gerada pela responsabilidade envolvida”, respectivamente. Nesta circunstância específica, a influência coletiva sugere uma sobreposição aos eventos subjetivos; relacionados aos aspectos fantasmáticos ou simbólicos, podendo esta tendência representar, de forma inconsciente, uma

resposta de congelamento diante da experiência traumática de morte (id. *ibid.*, p.117).

Em ambas as respostas incorporadas na atitude do cuidador profissional e sob a ótica da psicanálise, evidenciam-se dois mecanismos psíquicos configurados como causa do trauma primário, sendo um positivo e organizador e outro negativo e desorganizador, respectivamente denominados mecanismos de recalçamento e clivagem da psique, conforme descrito por Bokanowski (2005). Portanto, respostas de luta/fuga e congelamento podem ser compreendidas como tentativas psíquicas de conceder a este trauma primordial da morte um lugar, através da manifestação de sintomas ou da elaboração onírica.

Muito embora o artigo de Sinclair (2010) não estabeleça correlação psicológica com descrições patológicas estipuladas para sintomas pós-trauma e TEPT, a autora chama a atenção para o impacto e as consequências dos eventos objetivos da primeira experiência com morte nos profissionais de cuidados paliativos, quando estes estão integrados ou não à sua subjetividade, o que pode alterar significativamente o exercício do papel assistencial, muitas vezes conduzindo o indivíduo à escolha da sua vocação. Esta constatação permite compreender o aspecto do trauma primário como um conflito psíquico que engendra mecanismos compensatórios de natureza subjetiva e objetiva, sugerindo a existência de um dinamismo psíquico em busca da superação.

Tais formas de confrontação remetem às constantes contradições que permeiam o papel assistencial no que diz respeito à sensibilização à dinâmica do viver e do morrer quando examinadas sob a ótica do exercício exigido pelo cuidado na abordagem paliativa e o comportamento desejável do cuidador sob a perspectiva da instituição à qual está vinculado. Menezes esclarece que

o profissional de cuidados paliativos deve ser o principal difusor da aceitação do morrer e da construção de uma boa morte. Contudo, para que ele possa realizar esta tarefa, é necessário que seja treinado com fins de valorização da vida por meio de um contato com sua sensibilidade. Paradoxalmente, o mesmo profissional deve também sofrer um processo de dessensibilização: os significados da morte e do morrer devem ser alterados do pesar e do ocultamento para uma aceitação. Assim, dois processos são construídos simultaneamente: uma sensibilização tendo em vista a identificação profissional com o doente e seu sofrimento e uma dessensibilização diante da morte, condição necessária à continuidade de seu trabalho (Menezes, 2004, p.74).

A simultaneidade deste processo conduz à reflexão sobre as constantes adaptações psíquicas entremeadas na atitude e na rotina do profissional,

favorecendo, evidentemente a manifestação de sintomas pós-trauma, e dependendo desta evolução à cronicidade dos mesmos levando ao TEPT. Muito embora a necessidade da existência de um evento objetivo, conforme argumentado por Peres (Santos, 2009), pareça não ser um fator preponderante para o diagnóstico do TEPT, sintomas similares ao transtorno poderão ser manifestados a partir de um “período de esforço excessivo com intervalos insuficientes para recuperação”; condição inerente à elaboração subjetiva, que mal direcionada conduzirá à sintomatologia da síndrome do burnout podendo-se estabelecer uma relação muito tênue entre ambos os diagnósticos.

Segundo pesquisa sobre estresse realizada por Lipp (cf. Carvalho, 2007), existe uma correlação entre degradação da saúde física, mental e qualidade de vida de pessoas submetidas a um estado de estresse crônico, podendo vir a agravar sua manifestação caso não seja detectado em tempo hábil. Seus dados conclusivos aludem à síndrome de burnout quando afirma que em fases avançadas de stress, a pessoa já apresenta prejuízo na linha de pensamento e sua meta principal é apenas sobreviver e se livrar de tudo aquilo que cause sofrimento. Diante desse quadro de stress e se as fontes de stress da pessoa forem relacionadas ao ambiente ocupacional, pode-se cogitar o desenvolvimento da síndrome de burnout, na medida em que a sintomatologia característica deste quadro começa a aparecer em decorrência do desgaste causado pelo stress crônico. Assim, o profissional estressado encontra-se debilitado, devido a investimentos de energia contra estressores, o que pode levá-lo a apresentar déficits em seu trabalho e, principalmente, em sua relação com o outro, sendo este fator essencial para o diagnóstico do burnout (Carvalho, 2007, p.211).

Peres (Santos, 2009) esclarece que em estudos recentes, situações estressoras com a iminência de morte poderão desencadear dois sistemas biocomportamentais envolvidos no TEPT, denominados hiperestimulação da reatividade simpática com expressiva atividade do sistema adrenérgico e dissociação com reatividade parassimpática, normalmente envolvida em respostas de luta/fuga e congelamento, respectivamente. Muito embora não seja objetivo deste estudo aprofundar os conceitos médicos propriamente ditos, é importante salientar que

altos níveis de sintomas dissociativos podem estar relacionados com supressão de respostas autonômicas, diferindo dos sintomas subsequentes ao trauma de indivíduos que apresentam

predominantemente ansiedade, respostas intrusivas e hiperestimulação (Santos, 2009, p.394).

De acordo com Peres (Santos, 2009), em estudos realizados com neuroimagem funcional foram encontrados mecanismos neurais de comunicação recíproca distinta para os dois tipos de respostas, o que permite constatar que as dificuldades referentes ao “sintetizar, categorizar e integrar da memória traumática” em uma narrativa perpassa pelo viés dos processos de percepção e memória e estão diretamente relacionados aos comportamentos adaptativos (id. *ibid.*, p.394).

Provavelmente tal constatação permite compreender porque determinados cuidadores profissionais reagem de forma suportável diante de condições estressoras, bem como evidencia que a interface existente entre síndrome de burnout e TEPT pode estar basicamente relacionada com os mecanismos do aparato psíquico para lidar com as ocorrências traumáticas primárias de forma desorganizadora. Mas em contrapartida, este mesmo autor revela que “quando um indivíduo se depara com um evento estressor, vivencia seu impacto, mas não vem a desenvolver sintomas crônicos e volta à qualidade satisfatória de vida, isso significa que ele possui resiliência”, permitindo avaliar a experiência traumática da morte sob a perspectiva de transformação em ambos os níveis, físico e psíquico (id. *ibid.*, p.394).

Em artigo original (Peres et al., 2005) que realiza um estudo sobre como promover resiliência em vítimas de trauma psicológico, seus autores salientam a necessidade de compreender “a fisiopatologia do trauma, pesquisando por que determinados indivíduos desenvolvem TEPT após exposição traumática e outros aparentam resiliência aos mesmos eventos estressores”. Resiliência, segundo Walsh (2005), “pode ser definida como a capacidade de se renascer da adversidade fortalecido e com mais recursos. É um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise e ao desafio”. Sob a perspectiva do trauma, as qualidades da resiliência são passíveis de desafiar os padrões convencionais acerca da impossibilidade de sobrevivência frente a situações extremamente angustiantes. Com base neste posicionamento, pensar a prática profissional dos cuidados paliativos como um recurso autorrenovador ligado aos princípios de adaptação à vida, remete à possibilidade de compreender esta

habilidade adaptativa como um recurso de resiliência perante o trauma da morte (Walsh, 2005, p.04).

Em estudo qualitativo etnográfico, que apresenta como justificativas “trabalhar na paisagem da morte e do morrer” envolvendo profissionais de cuidados paliativos e *hospice* e investigando o impacto desta experiência na trajetória pessoal e profissional, a pesquisadora Sinclair (2010) distribuiu os dados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas e observação direta de seus participantes em três categorias; passado, presente e futuro e 11 temas derivados. Para a configuração do presente estudo, cuja ênfase consiste no conceito psicológico de trauma, serão consideradas especificamente algumas temáticas em virtude de possíveis correlações com o que já foi abordado até aqui.

A categoria “passado” denominada *the proeminence of death in the early years* aponta como o indivíduo lida com suas primeiras experiências de contato com a morte, bem como sua capacidade de integrar ou não as mesmas ao longo de sua vida pessoal e profissional. Isto permite uma correspondência com Castell (2001), quanto ao paradoxo existente entre a situação atual e recordações traumáticas que incitam mecanismos projetivos ocasionados pelo impacto do trauma, esclarecendo que a memória traumática é composta por estados subjetivos e objetivos diferenciados ou combinados, que dizem respeito à recordação do trauma aliada ao empobrecimento de simbolização. Esta ausência de resposta, impressa no aparato psíquico, configura um estado traumático associado a uma sensação de angústia primária que irá acompanhar o indivíduo, propiciando o estabelecimento de elementos estressores internos, bem como o modo pelo qual o indivíduo se relaciona com eles. Carvalho e Malagris corroboram tal posicionamento quando afirmam que:

vale lembrar que o stress é um processo dinâmico e, por isso, tanto pode ser agravado quanto revertido, dependendo da forma de enfrentamento utilizada pela pessoa. Para que a reversão do quadro de stress aconteça, faz-se necessário o emprego de intervenções que envolvam técnicas específicas para seu controle, a fim de ajudar o indivíduo à manejá-lo de modo mais eficiente. Caso isto não ocorra, é provável que haja aumento na gravidade do quadro, deixando o organismo debilitado e propenso a doenças. (Carvalho e Malagris, 2007, p.220)

A categoria “presente”, *the power of death over life*, cujas respostas se fundamentam na importância dos efeitos da exposição à morte e ao morrer, podendo estes contribuir como lições de vida ou fontes de angústia na própria

elaboração psíquica do indivíduo, remetem às formas de confrontação às quais o sujeito poderá recorrer mediante a experiência em si. O aspecto positivo, ou seja, retirar da experiência lições para própria vida permite uma constante busca de equilíbrio através das realidades material e psíquica, por intermédio de um dinamismo energético que viabiliza uma minimização dos conteúdos fantasmáticos existentes no aparato psíquico.

O aspecto negativo, que neste caso se refere às fontes de angústia, parece estar mais relacionado com as manifestações patológicas do trauma, configurado pelos quadros de síndrome de burnout e TEPT, dependendo da intensidade energética retida no aparelho psíquico e somatizada. Peres (Santos, 2009) salienta que “durante o trauma, identificar e atribuir significados ao que está acontecendo pode ser um preditivo de boas respostas após evento traumático”, porém, quando a situação estressora remete à ausência de significado, o conflito psíquico se estabelece dificultando o exercício da resiliência (Santos, 2009, p.399).

Com base em ambos os aspectos; positivo e negativo, o trauma psicológico pode se manifestar energeticamente sob o ponto de vista sexual como forma de estabelecimento de superação, sendo que seu diferencial consiste fundamentalmente na relação psíquica estabelecida com o agente estressor, bem como a capacidade perceptiva do indivíduo em reconhecer este estímulo traumático. Em outro artigo, Peres esclarece que “o fator crucial ao desenvolvimento da resiliência está em como os indivíduos percebem sua capacidade de lidar com os eventos estressores e controlar seus resultados”, sendo “a percepção de si mesmo e os diálogos internos após a ocorrência do evento traumático, preditores de resultados psicológicos satisfatórios ou não” (Peres et al., 2005, p. 133).

E finalmente, a categoria “futuro” *the continuity of life and death* em que fica evidenciado que a experiência com a morte, construída pela rotina de cuidados paliativos, viabiliza o confronto com a própria mortalidade através do vínculo empático estabelecido com o paciente. É fundamental considerar a importância da inserção do peso traumático da experiência vivenciada pelo sujeito, tanto com o objeto externo quanto interno, como algo passível de ser reorganizado psiquicamente e catalisador de novas dinâmicas energéticas, possibilitando desta forma o próprio processo de reconhecimento e transformação, através de novas estratégias de conduta. Peres salienta que “as redecisões

cognitivas baseadas no repertório resiliente do indivíduo podem promover a construção de novos diálogos internos, sentimentos e comportamentos mais saudáveis” (Peres et al., 2005, p.134).

De modo geral, indivíduos que se enquadram na patologia do TEPT e da síndrome de burnout, apresentam dificuldade em externalizar seus traumas, recorrendo ao comportamento de evasão e supressão de pensamentos na esperança de estar isento de revivenciar as situações dolorosas. Em contrapartida, o exercício do paliativismo quando realizado de forma eficaz, não impede que lembranças e emoções ocasionadas pelo evento estressor se manifestem em toda sua força, conduzindo inevitavelmente à busca de um recurso interno ou externo para dar início ao trabalho de transformação do trauma que opera em seu psiquismo, conforme mencionado nas categorias passado e futuro da pesquisadora Sinclair (2010).

A escolha da vocação no cuidado paliativo como um recurso interno de reestruturação e superação do trauma diante da morte, além de ser terapêutico em si, permite o exercício do princípio de constância; ou seja, o aparelho psíquico tende a equilibrar a excitação e a descarga da energia em níveis estáveis, de forma positiva e renovadora. O contraponto desta questão se evidencia quando, individualmente ou coletivamente, não existe um espaço de base segura para elaboração dos vínculos traumáticos de realidade psíquica e adequação à realidade material através de uma resignificação. Esta é uma situação bastante comum no cenário institucional e sinalizador de pano de fundo para o início de um processo de análise ou do tratamento psicoterápico. Segundo Peres,

nossa experiência clínica revela que a compreensão do indivíduo traumatizado sobre a relação entre o conteúdo emocional e a dinâmica psicológica que mantém o sofrimento favorece uma psicoterapia eficiente (Peres et al., 2005, p.134)

Conceder um lugar de escuta para estes profissionais seja na modalidade psicoterapêutica individual ou grupal, parece ser de fundamental importância para a construção de um trabalho assistencial que coadune aspectos de natureza pessoal, interpessoal, profissional e social de forma equilibrada e transparente frente a traumas e registros traumáticos de si e daquele que ele se dispõe a cuidar.

Martins Pereira et al. (2011) ressaltam que, de modo geral, o profissional que lida com o sofrimento humano, cujas relações interpessoais se caracterizam pela intensidade das relações é mais suscetível ao desenvolvimento do burnout em

razão da indisponibilidade de um espaço seguro para o compartilhamento de seus sentimentos em face de circunstâncias que exijam decisões éticas, conforme será visto mais adiante. Nesta interface na qual permeiam diferentes subjetividades em prol de um mesmo objetivo, emerge a equipe multiprofissional composta de diversos profissionais de saúde com sua especificidade, com a responsabilidade de exercer sua função do cuidar em consonância com as necessidades internas e externas inerentes a sua profissão. Desta forma, pensar fatores estressores neste contexto, implica repensar a multidimensionalidade física e psíquica que o universo do adoecimento incita, reativando memórias traumáticas estabelecidas na experiência primordial do cuidado, e paralelamente, é atentar para as dinâmicas relacionais estabelecidas pelo agente cuidador ao lidar com situações-limite que espelham o reflexo da própria imagem.

Capítulo 4

Caminhos Éticos e Bioéticos no Cuidar

A sociedade moderna sente falta de parâmetros e critérios objetivos para definir os significados práticos do “bom”, da “boa vida”, do “bem-estar”, e assim estabelecer os limites e exigências éticas, e este é o desafio presente.

Paulo Antonio de Carvalho

Em face dos pressupostos ideológicos preconizados na abordagem dos cuidados paliativos que englobam qualidade de vida, integralidade de cuidados com uma perspectiva biopsicossocial e espiritual e modelo de gestão humanizada, torna-se importante considerar os aspectos éticos e bioéticos nos modos de atuação da equipe de saúde envolvidos no cuidar durante o processo de morrer e morte.

Inúmeros são os estudos que apontam para a carência de preparo profissional para lidar com uma questão tão pungente no decorrer do desenvolvimento civilizatório, que vem a ser o tabu da morte. Junqueira (2006, p.34) esclarece que o tabu resulta de uma tênue relação entre proibições morais e convenções sociais, sendo considerado o mecanismo regulador da formação de consciência moral e conduta ética dos indivíduos. Sob o enfoque da abordagem psicanalítica freudiana, é importante considerar o contexto que a temática da morte incita no que diz respeito à consciência moral e sentimentos éticos individuais e coletivos.

Abordar o assunto morte na condição de conceito teórico requer uma postura mais fácil diante do pouco nível de exigência que o próprio tema instiga quando observado sob o ponto de vista dinâmico, ou seja, a morte faz parte da vida e da natureza humana sendo, portanto, inevitável. Porém, quando se analisa o contexto representacional da morte e suas repercussões, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, percebe-se a vulnerabilidade da humanidade diante desta questão, atribuindo ao tabu a existência de seu verdadeiro temor.

Dentre as várias acepções (Ferreira 2006, p. 762), a palavra tabu é designada como “restrição costumeira ou tradicional a certos comportamentos que, se praticados recebem forte reprovação moral e social”. Tal definição, além de assegurar o mecanismo psicológico da repressão, reafirma o lugar da pulsão de

morte, em que pulsões de destruição e agressividade são considerados paradoxais em relação à manutenção da normatização social que assegure a sobrevivência da espécie humana. Tal elemento ameaçador instiga o sentimento de ambivalência que em se tratando de desejos conscientes e inconscientes, repercutem no comportamento moral e sentimento ético seja no contexto do individual ou do coletivo.

O processo de construção da consciência moral e dos valores éticos, sob o ponto de vista psicanalítico, provém da estruturação dos níveis psicológicos no decorrer do desenvolvimento humano. Cabe salientar que em se tratando do campo da ética, o raciocínio não se deterá nos conceitos freudianos propriamente ditos, mas sim, na contribuição dos mesmos para a elaboração da consciência moral e dos comportamentos éticos em sua gênese.

Junqueira pondera a importância do tabu como elemento de constituinte para a formulação de leis, cuja finalidade consiste em coibir a expressão do desejo sexual da espécie humana. Caracterizado pelo ato de interditar, configura um padrão de conduta diante de situações ameaçadoras para o indivíduo ou seu grupo, constituindo como um mecanismo de defesa aprovado socialmente em detrimento de sentimentos ambivalentes que frustrados, podem conduzir à angústia. Afirma que,

uma vez que os desejos sexuais dividem e trazem discórdia entre os homens, são necessárias regras (tabus) para estabelecer uma ordem. Nesse sentido, pode-se afirmar que as leis (formas mais desenvolvidas de tabus) existem para proibir aquilo que um ser humano tende a fazer naturalmente e que os homens civilizados perceberam ser prejudicial aos interesses da sociedade, assim como para certos interesses individuais, como por exemplo, para a sobrevivência. A consciência moral, que faz com que os homens obedeçam as leis, é definida por Freud como percepção interna da rejeição de que um determinado desejo tenha influência sobre nós. (Junqueira 2006, p.35)

Com base no conceito de angústia utilizado pela autora (2006, p.26), que vem a significar “medo perante uma ameaça real ou imaginária de um objeto específico ou inespecífico”, e levando em consideração uma estreita relação entre os sentimentos de culpa e ansiedade, importante refletir sobre o comportamento moral e sentimentos éticos do profissional de saúde em um cenário que prioriza a abordagem de cuidados com complementaridade técnica e humana, em circunstâncias nas quais o processo de morrer e a morte estão presentes em tempo integral e que no contexto sociocultural, ainda é considerado como um lugar estigmatizado.

Outro aspecto que chama atenção consiste no alto índice de absentéismo dos profissionais de saúde em decorrência de exposição a situações estressoras, podendo conduzir o mesmo à síndrome de burnout, conforme mencionado no capítulo 03, cujas patologias implicam na manifestação de sintomas, sinalizadores de desorganizações psíquicas face ao sentimento de frustração e impotência. Neste contexto, em que a influência do coletivo impera através do grupo social e institucional, questões pertinentes a valor, moral e ética perpassam pela ciência quanto aos princípios e deveres no campo da saúde.

Os conceitos de moral e de ética são distintos, o que pode propiciar uma perda de referência entre limites e exigências éticas, sobretudo na área da saúde. De acordo com Fortes (1998), moral e ética apresentam a finalidade de regular a conduta humana no sentido de viabilizar uma coexistência entre relações sociais e individuais, levando em consideração a pluralidade das normas e a autonomia individual, situação corriqueira quando o assunto vem a ser a tomada de decisão em situações fora de possibilidade de cura. No campo da experiência prática, tais referenciais sugerem conflito interpessoal quando a decisão do paciente diverge daquilo que a equipe considera ser o mais adequado sob o ponto de vista técnico.

Outro aspecto ponderado pelo Fortes (1998, p.29) e circunscrito ao campo da ética e da deontologia, definida como um “conjunto de normas que indicam como devem se comportar indivíduos na qualidade de membros de determinado corpo socioprofissional”, consiste no lugar das interdições que são enfatizadas na normatização do exercício da profissão. Trata-se de uma forma de assegurar os padrões históricos e psicológicos construídos acerca de temas como morte e doença. O ponto a ser destacado diz respeito, atualmente, aos dilemas morais e éticos em relação à opção pela forma de morrer, o que configura um campo de conflito que incita sentimentos de ambivalência que repercutem tanto no plano das ações quanto dos aspectos emocionais.

De acordo com Oliveira e Carvalho (2008), os conceitos de valor, de moral e de ética são construídos a partir de uma relação de interdependência, levando em consideração aspectos das leis da natureza e da cultura. Com base em experiências adquiridas ao longo do desenvolvimento humano, decorrentes das interações com a realidade, questões pertinentes a legitimidade e validade estão diretamente relacionadas com critérios de seleção de natureza subjetiva de um determinado grupo. Estes valores quando agrupados, determinam um método de

funcionamento de um sistema social ou grupal denominado moral, em que códigos de funcionamento são estipulados para orientar os modos de conduta que compõem a coletividade, propiciando a elaboração ética. Os autores afirmam que,

é a elaboração ética de um homem que determina a consciência de seus atos, a vivência dos conflitos a tomar decisões, a coerência ou não da sua atitude e, sobretudo, a forma como assume a responsabilidade sobre eles. Por isso, a ética não está dada. Precisa ser construída a cada dia, de acordo com o aprendizado humano, por meio de experiências, tomada de decisões e discussão sobre as consequências dessas decisões. E, como todo aprendizado humano, é pelo conflito e pela consciência do conflito (que envolve o agir humano numa sociedade) que o pensamento ético de uma pessoa vai se desenvolvendo (Oliveira e Carvalho, 2008, p.577).

No cenário de cuidados paliativos refletir sobre abordagem ética no estabelecimento das relações entre equipe de saúde-paciente, num contexto que legitima o processo de morrer e a morte como fatores inerentes ao processo evolutivo da vida, indubitavelmente conduz a um questionamento dos modelos de moralidade do ato médico até então vigentes, que repercutem sensivelmente na determinação de valor perante a tomada de decisão de um grupo. Conforme visto no capítulo 2, o campo de cuidados requer uma mudança paradigmática acerca dos modelos do ato de moralidade médica quando o assunto vem a ser a interface entre ciência e humanismo.

Ballester et al. (2010), baseada em levantamento histórico afirma que a incidência da moral paternalista preconizada pelo modelo biomédico decorre do desenvolvimento técnico-científico que influenciou a construção do pensamento da medicina, dentre eles, o reducionismo cartesiano de Descartes, a visão mecanicista de Newton, a observação dos corpos mortos no campo da anatomia clínica, a inserção da microbiologia de Pasteur e Koch, o relatório de Flexner de 1910 e o período do Pós-Guerra que com a descoberta dos antibióticos, redireciona o campo da ciência médica para uma forma de atuação calcada no modelo da objetividade clínica.

Em se tratando da ética aplicada, ou seja, a resolução prática concebida pelo modelo biomédico, alguns pontos chamam atenção na medida em que se constata um distanciamento entre ambos os atores, ou seja, médico e paciente, inviabilizando o espaço de uma reflexão dialógica e, conseqüentemente de elaboração ética acerca dos aprendizados constituídos a partir das experiências vivenciais. Os autores esclarecem que o exercício do poder médico e a permanência de sua autoridade em seu discurso de saber sugerem uma estreita relação entre os valores constituídos em uma determinada época para busca do

conhecimento, bem como sua influência moral para consolidação de normas e condutas sociais para o estabelecimento de um novo *ethos* na ciência médica.

Esse modelo baseia o papel do médico exclusivamente na eliminação de doenças e lhe confere grande autoridade e poder, que se manifestam na relação estabelecida entre ele e paciente. O encontro que ocorre durante a consulta médica é centrado no médico ou na doença, e a perspectiva do paciente é considerada pouco relevante (Ballester et al., 2010, p.599).

Retomando o pensamento de Boff acerca do modo de ser-no-mundo, conforme visto no capítulo 1, torna-se possível inferir que sob a perspectiva de comportamento humano a construção do modelo biomédico enfatiza o modo de ser-no-mundo pelo trabalho, cujos modos de ação priorizam o distanciamento da realidade e o exercício de poder e domínio sobre a natureza como formas de legitimação de um conhecimento e criação de normas de condutas para exercício na coletividade. Desta forma, o conceito de saúde adota uma forma de moral estática pautada em ações conservadoras focadas na etiologia da doença, instituindo à ciência médica o poder da cura e, conseqüentemente, instaurando esta mentalidade como um hábito, segundo afirmam Segre e Ferraz (1997).

Nos anos 1950/1960, conforme salienta Oliveira e Carvalho (2008), face ao crescente dinamismo evolutivo técnico-científico no campo da medicina, juntamente com seus sistemas de valores com base no modelo biomédico até então vigente, questões pertinentes a conflitos de interesses entre normas e práticas de saúde na relação médico-paciente, sinalizavam insuficiência para a definição ética em relação as condutas a serem adotadas. Em função dessas mudanças, e de questionamentos que surgem das propostas de Perestrello e a Medicina da Pessoa, da recente Psicologia Médica, começa a se constituir de maneira mais consistente a preocupação com o ponto de vista da subjetividade do paciente e a importância da relação médico-paciente no tratamento dos adoecimentos.

Emergem novos tipos de doenças e novas abordagens técnicas que envolvem a crescente inserção da subjetividade como elemento balizador de tomada de decisão e, concomitantemente uma revisão do modo de ser-no-mundo pelo trabalho baseado no senso de competência técnica. A filosofia humanista passa a ser reconhecida no exercício da ética prática, no sentido de ser uma ética aplicada às controvérsias morais inerentes às práticas na área de saúde, que obrigam à resolução de conflitos morais concretos. Este aspecto propicia um novo

campo de indagações e reflexões acerca do conhecimento científico, e de sua relação com os seres humanos, levando em consideração um modelo centrado na pessoa, o que resgata, portanto, em última instância, os valores humanistas. No início dos anos 1970, surge a bioética, que teria sido introduzida pelo oncologista Van Rensselaer Potter (Potter, 1970, apud Ramos 2009, p. 18) como “um estudo teórico-prático, interdisciplinar, cujo objetivo é responder aos desafios morais que a aplicação da tecnologia traz ao desenvolvimento da vida, à saúde e ao meio ambiente”, considerando a morte como um processo inerente à vida.

O conceito de bioética surgiu a partir da preocupação com questões referentes a experimentação com seres humanos, tecnologia na prática médica e uso social da Medicina, segundo afirma Ramos (2009). Dentre as consequências provenientes destas mudanças consta a relação dicotômica entre o bem e o mal, passível de ocorrer em um resultado de uma pesquisa, vindo a influenciar na vida individual e coletiva. Os avanços promovidos pelos espantosos desenvolvimentos tecnológicos concederam ao ser humano o poder de intervir, modificar e, portanto, manipular a vida humana, de forma a expor o indivíduo a dilemas éticos na relação profissional de saúde – paciente implicando na percepção diagnóstica centrado no corpo físico, no distanciamento emocional e, conseqüentemente, na quebra de confiança; aspecto fundamental em se tratando de cuidado paliativo. Desta forma, a inserção deste conceito na prática médica permite pensar numa outra forma de moral, cujo movimento é dinâmico, que leva em consideração uma ética de ruptura e criação de novos valores permitindo vislumbrar um novo conceito de saúde, conforme pondera Segre e Ferraz (1997, p.539).

Pela Internet Encyclopedia of Philosophy (2013), existem três aspectos na bioética: a ética médica, a ética animal e a ética ambiental. Em nosso trabalho, nos deteremos apenas em alguns pontos da ética médica. Segundo esta enciclopédia, a bioética depende intrinsecamente dos desenvolvimentos das ciências da vida e dos seus respectivos desenvolvimentos tecnológicos, com os desdobramentos éticos envolvidos. Quanto a isso, existem várias questões que estão atualmente em aberto, sendo alvo de grandes debates. Por exemplo, questões ligadas ao início e ao término da vida (aborto, eutanásia, limitação terapêutica dos tratamentos), relação médico-paciente, pesquisas utilizando seres humanos, questões relacionadas às técnicas de reprodução assistida, indo até temas mais abrangentes como sistemas de saúde e a saúde pública em geral.

Ainda tendo em vista a concepção de Boff (2008), é possível inferir que a inserção da bioética nos preceitos da ciência médica conduz à necessidade de um novo comportamento humano em prol da complementaridade nos modos de ser. Tal paradigma busca o equilíbrio entre questões sociais e individuais levando em consideração aspectos referentes à humanização e bem-estar nas relações interpessoais e de cuidados, sendo estes elementos os pontos cruciais da filosofia dos cuidados paliativos.

Pontes et al. (2007) realizaram um estudo qualitativo-descritivo através de levantamento bibliográfico com base em artigos nacionais publicados a partir do ano 2000, cujo objetivo foi conhecer e refletir sobre publicações na literatura científica acerca da questão da morte e o morrer em suas nuances bioéticas. Dentre seus resultados constam a existência da dificuldade na comunicação médico-paciente, o temor dos sentimentos, o isolamento das emoções e a dinâmica da onipotência e da idealização, como alguns dos fatores que ainda permanecem na relação assistencial à saúde.

O estudo de Pontes et al. (2007) requer nossa atenção na medida em que se detecta através das formas de atuação profissional a presença do sentimento de desamparo no eixo relacional paciente-equipe de saúde. Por outro lado, tal estado emocional corrobora o pensamento freudiano de que “o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais”, conforme salienta Junqueira (2006), sugerindo uma reprodução de registros inconscientes produzidos por intermédio de experiências primordiais do cuidado, seja no estabelecimento do vínculo ou na elaboração do trauma, conforme mencionado nos capítulos 2 e 3, resultantes da tensão entre realização e impedimento da satisfação da pulsão.

Diante de um cenário no qual a inviabilidade de uma cura se faz prevalecer através de um prognóstico que evidencia o estado progressivo de uma doença que conduz o indivíduo à morte, a partir do estabelecimento do vínculo, o sentimento de angústia é acionado tendo em vista que registros psíquicos contidos em cada sujeito envolvido na arte do cuidar são reatualizados, consciente ou inconscientemente, através da experiência concreta da dor e do sofrimento humano. Num eixo relacional que envolve paciente, equipe multiprofissional e metas institucionais, e considerando os aspectos subjetivos e objetivos imbricados neste contexto, a dialética cura e cuidado parece incitar uma constante dinâmica

psíquica adaptativa como forma de impedir o conflito, gerado pela tensão existente entre satisfação e recusa das necessidades individuais em prol da coletividade.

Junqueira (2006) afirma que o ser humano é constituído de um desejo de felicidade plena, sendo este a realização constante de suas necessidades pulsionais. Compreende o sofrimento como ameaça de seu instinto de conservação, gerando o sentimento de angústia. Dentre os fatores desencadeadores de sofrimento, considera o poder da natureza, a fragilidade do corpo humano e as relações com outros homens como fenômenos dolorosos. Estabelecendo uma correlação com a abordagem de cuidados paliativos, e pensando respectivamente a morte, a doença e as relações entre paciente-equipe de saúde, torna-se possível deduzir a existência da angústia em ambos os atores como elemento desencadeador de tensão psíquica deflagrado em um modelo biomédico que prima pela busca incessante da cura da doença, mesmo nas situações em que isto não é mais possível. Segre e Ferraz traçam um paralelo desta condição de insegurança quando afirma que,

a civilização passou a existir quando os homens fizeram um pacto entre si, pelo qual trocaram uma parcela de sua liberdade pulsional por um pouco de segurança. Desta forma, a própria organização social e a condição mesma da existência do homem em grupos baseiam-se na renúncia que, ainda que assegure ao indivíduo certos benefícios, gera um constante sentimento de mal-estar. Desta condição não se pode fugir, donde resulta que indivíduo e civilização sempre haverá uma zona de tensão (Segre e Ferraz, 1997, p.539).

Pontes et al. (2007) ressaltam que os fatores angustiantes não se restringem ao mundo interno do sujeito. Questões referentes ao contexto sociocultural podem ser consideradas um fator inibitório da libido, desencadeando níveis de sofrimento que se projetam em atitudes e modos de conduta. Os autores mencionam que,

frente aos problemas cotidianos vividos no contexto hospitalar, faz-se necessária uma reflexão embasada nesses princípios norteadores da ação, de modo que não se perca os referenciais ontológicos e antropológicos do ser humano, sob pena de transformá-los em princípios estéreis e confusos. Sabe-se que esta não é uma tarefa fácil, que exige, não apenas recursos técnicos, disponibilizados pela formação acadêmica, mas, sobretudo, recursos humanos, intrínsecos ao próprio indivíduo (profissional de saúde), em sua relação com o outro em situação de profunda angústia (paciente). Angústia esta que, invariavelmente, também é vivenciada pelo profissional e que quando não elaborada acaba por contribuir para despersonalização do atendimento ao paciente e sua família, gerando distanciamento, estresse e mais sofrimento para ambos na dupla relacional (Pontes et al., 2007, p.70).

Na perspectiva psicanalítica, a reação de angústia pode se manifestar de três formas distintas: (1) como angústia automática; (2) como angústia ante a um

perigo real; e (3) sinal de angústia. De acordo com Laplanche (1998), muito embora estas reações incitem a sensação ameaçadora consciente ou inconsciente, o que diferencia seus conceitos vem a ser, respectivamente, a exposição a uma situação traumática de natureza interna ou externa, exposição a um perigo exterior e reprodução parcial da reação vivenciada em situações primitivas em contexto traumático, desencadeando atitudes defensivas.

Partindo do pressuposto de que subjetividade é inerente ao ser humano e que sua formação está diretamente relacionada com a construção psíquica que se produz por meio do processo de desenvolvimento através da formação de vínculos primordiais e, levando-se em conta o processo de adaptação e ajuste às regras sociais ao qual o indivíduo necessita passar, algumas questões merecem destaque.

Princípios éticos e bioéticos asseguram complementariedade de condutas na relação paciente-equipe multiprofissional em se tratando de prognóstico fora de possibilidade de cura? Será que a designação cuidado implica em um denominador comum para ambos os atores?

Em se tratando de uma sociedade que se fundamenta no modelo biomédico, como forma de preservar o lugar da autoridade cuja função consiste em proteger o indivíduo de sucumbir à sensação de ameaça que a doença e a possibilidade da morte geram, estariam os profissionais de saúde conscientes de suas escolhas e atitudes?

Mediante a possibilidade de o paciente optar pela sua autonomia individual, interferindo em decisões éticas e bioéticas conferidas até então ao poder médico, estariam os profissionais de saúde dispostos a renunciar a um lugar que ao longo dos séculos se transformou em uma espécie de zona de conforto institucional?

Segundo Dall'Agnol (2005), diversos são os temas para a aplicação dos princípios da bioética, podendo ser compreendidos de acordo com o ciclo da existência, ou seja, início, meio e fim da vida. No que tange à concepção de viver, questões relacionadas à qualidade de vida vêm à tona quando o autor pondera que não basta viver, é preciso viver bem, enfatizando o princípio da autonomia, desde que o indivíduo tenha capacidade de escolher e decidir.

Este inevitável processo de transição suscita por sua vez, a necessidade do preparo profissional no que diz respeito ao conhecimento intelectual e emocional quanto ao convívio com pacientes sem possibilidade de cura, em que princípios éticos e crenças pessoais no que diz respeito ao valor da vida, podem divergir

sensivelmente aos olhos de quem assiste e daquele que é assistido. Neste caso, os princípios bioéticos da beneficência e não maleficência parecem se destacar através do agir em benefício do paciente e não causar dano, respectivamente. Para Dall’Agnol, o conceito de dano na ética médica é norteado por regras definidas como não matar, não causar dor ou sofrimento, não incapacitar os outros, não ofendê-los, não privá-los dos bens necessários à vida, o que leva a pensar na necessidade e intensificação dos cuidados no fim da vida com a intenção de dignificar o processo de morrer. Em relação ao princípio da justiça, considera este tema demasiadamente complexo, face a incidência de questões sociais e políticas que interferem na construção do presente conceito. Porém, ressalta a distinção entre justiça formal e material, compreendendo a primeira como um aspecto da justiça que prioriza a distribuição de recursos de forma igualitária e a segunda, como uma justiça que reconhece o direito de cada indivíduo.

Ramos (2009) aponta que existem inúmeras propostas éticas em bioética, face a pluralidade de valores morais existentes em nossa sociedade atual. Dentre os modelos existentes cita o princípalismo, o personalista, a ética descritiva e modelo sociobiológico, o modelo subjetivista ou liberal-radical, o pragmático-utilitarista, o moral secular ou contratualismo e o modelo fenomenológico. Em cuidados paliativos, a bioética adquire um caráter humanista, levando em consideração o contexto da integralidade de cuidados, a contextualização da circunstância na qual o paciente está inserido, bem como a busca de definições estratégicas *a priori* visando adequar o tratamento às necessidades do momento clínico. Amplia-se a possibilidade de cuidados na medida em que a dinâmica relacional com a equipe multiprofissional adquire um caráter baseado na relação de confiança e empatia. É com base no estabelecimento destes vínculos constituídos na área de assistência à saúde que se descortinam diversos comportamentos morais e sentimentos éticos, atualmente discutidos sob os modelos da bioética princípalista e personalista.

De acordo com Ramos (2009, p.29), o modelo princípalista foi delineado por Beauchamp e Childress no início dos anos 70 e consiste nos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, mencionados anteriormente. Por definição, o princípio da autonomia consiste na capacidade de o paciente realizar sua tomada de decisão em relação à forma de condução de seu tratamento, tendo respeitada sua escolha juntamente com a equipe multiprofissional. Em

situações nas quais o paciente não apresenta condições de exercer sua escolha, consiste na decisão de seu familiar ou responsável pelo seu tratamento. No princípio de beneficência, seu conceito se fundamenta na obrigação de não causar dano, levando em consideração a questão dos benefícios e riscos para o paciente, mediante a condução de seu tratamento. No princípio da não maleficência, questões relativas à preservação do paciente ao manejo de condutas que impliquem em danos ou em medidas terapêuticas inúteis são consideradas nesta definição conceitual. Aqui, no campo da prática, é possível refletir sobre a existência de uma linha conceitual muito tênue entre obstinação terapêutica, nos princípios de beneficência e não maleficência, propiciando uma distorção no processo decisório em se tratando de prognóstico fora de possibilidade de cura, de modo geral. Já no princípio da justiça, define-se o direito de todo cidadão receber o apoio assistencial, tendo assegurado o exercício de todos os outros princípios, sem distinção de cor, raça, credo e condição social. Trata-se do estabelecimento de “um padrão de conduta fundamental”, de caráter flexível e interdependente, que pode vir a contribuir para o “processo de decisão clínico”.

Scharamm, Palacios e Rego (2008), em artigo que discute a aplicação do principlismo à pesquisa científica envolvendo seres humanos na sociedade contemporânea, em virtude da diversidade dos modelos de avaliação ética, também afirmam que o modelo principlista foi delineado por Beauchamp e Childress no início dos anos 70 e consiste nos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Muito embora o estudo enfatize o campo da pesquisa científica, e em sua conclusão final questione a validade deste modelo no campo da saúde pública, seus conceitos tornam-se relevantes para o presente trabalho em virtude de propiciarem uma reflexão acerca da incidência destes princípios na abordagem dos cuidados paliativos. Desta forma, a intenção não reside no aprofundamento conceitual em si, mas em estabelecer parâmetros de avaliação a respeito do modelo bioético mais ajustado ao campo do cuidado.

Em seu apanhado histórico acerca das mudanças de paradigma ocorridas no campo da bioética que inicia com o surgimento da pesquisa clínica no final do século XX, os autores mencionam que os princípios da beneficência e não maleficência estabelecem obrigações profissionais relacionadas a tradicional ética médica e que se refere a questões morais da relação entre a pessoa do médico e de seu paciente. Esta vem a ser a ética deontológica. Em relação ao princípio da

autonomia, além de ser algo novo, é o princípio moral que se fundamenta nos direitos sociais estabelecidos culturalmente pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) na intenção de assegurar ao paciente seu direito de ser tratado como outra pessoa, dotado de capacidade de decisão a respeito de seu tratamento, cabendo ao profissional médico respeitar a mesma, salvo em casos de colocar a vida em risco. Por último, o princípio de justiça; ou também designado princípio de equidade, conforme salientam os autores (Scharamm et al., 2008), é o que mais se distancia da ética médica tradicional, pois se fundamenta em questões de acessibilidade e distribuição dos recursos, garantindo à população o serviço de saúde de forma equitativa.

Já o modelo personalista proposto por Elio Sgreccia, enfatiza a concepção da pessoa como totalidade que abarca questões existenciais e de essência constituídas pela unidade corpo e espírito. Este modelo apresenta uma fundamentação antropológica, levando em consideração aspectos de singularidade que determinam a atitude com consciência no processo de escolha de um indivíduo. Dentre seus princípios, questões relacionadas à defesa da vida física, o princípio de liberdade e responsabilidade, o princípio da totalidade ou princípio terapêutico e o princípio de sociabilidade e de subsidiariedade, salientam a experiência moral de todos os indivíduos envolvidos no processo do cuidar, bem como estabelecem um caráter de reciprocidade e integralidade em sua hierarquia. O princípio da vida física compreende corpo e espírito de forma unificada e intrínseca à pessoa. Sob esta perspectiva, contemplam tudo que valoriza e defende a vida, a preservação e integridade de elementos que propiciam seu desenvolvimento potencial, não se limitando apenas a dimensão material.

Um dos pontos críticos em relação à inserção da abordagem paliativa, no campo da prática, consiste fundamentalmente na ideia cartesiana acerca da dualidade corpo e espírito. Nos cuidados com pacientes fora de possibilidade de cura, ainda prevalece a mentalidade de que a função do cuidar consiste em paliar nos momentos em que já não há mais possibilidade de cura, podendo o paciente incidir nos caminhos do desejo de morrer, e os médicos na obstinação terapêutica ou na supressão do tratamento, denominadas eutanásia, distanásia e ortotanásia, respectivamente. Pensar o princípio defesa da vida física como uma perspectiva integrada induz forçosamente a uma mudança de paradigma, que inevitavelmente irá repercutir quanto à forma de utilização da abordagem paliativa existente em

nosso País. Recentemente foi divulgado um estudo inédito realizado pela unidade de pesquisa da revista *The Economist* (Collucci e Schwartzman, 2010), no qual se atribuem ao Brasil indicadores qualitativos e quantitativos que indicam seu mau desempenho na questão da qualidade da morte. Esse estudo engloba questões relacionadas à formação do profissional, o uso adequado da medicação em situações de assistência paliativista, bem como, um forte determinismo acerca do poder medicalizado, no qual se atribui à figura do profissional de saúde a representação do curador.

De modo geral, cuidados paliativos são identificados na medida em que o tratamento curativo se torna ineficaz, sugerindo uma valorização da dimensão física em detrimento das demais. Tal modelo, proveniente da fase inicial do cuidado paliativo, demonstra uma franca oposição entre tratamento curativo e paliativo o que predispõe a equipe de saúde a um conflito psíquico pautado na mentalidade de competência e incompetência profissional, principalmente em situações de terminalidade. Em se tratando de relação entre equipe multiprofissional e paciente fora de possibilidade de cura, o princípio defesa da vida física sugere uma ampliação no modo de percepção do profissional em relação ao processo de morrer e a morte, na medida em que minimiza o foco do objeto; caracterizado pela doença, predominantemente delineado pelo modo de ser-no-mundo pelo trabalho e desloca a atenção para o sujeito através do cuidar, modo de ser-no-mundo pelo cuidado.

O processo de construção deste *fazer sentido* passa, indiscutivelmente, pela necessidade de inserir na prática profissional uma mentalidade que integre cura e cuidado já no início da abordagem diagnóstica, o que permitiria aos sujeitos envolvidos o processo de elaboração psíquica fundamentais, sem necessariamente incorrer no sentimento de angústia que muitas vezes marca o comportamento moral e os sentimentos éticos do profissional, sobretudo em situações de impotência como por exemplo, a iminência da morte, conforme citado anteriormente. Ramos afirma que

o valor da vida, portanto, vai além da possibilidade de cura física, ou de eficiência, de utilidade: diante de nossa incapacidade de curar, no caso dos profissionais de Saúde, temos ainda a possibilidade de cuidar de uma pessoa; temos, inclusive, a necessidade de aprender a conviver e respeitar a experiência da morte, do sofrimento, da deficiência, o que parece um paradoxo, mas faz parte da existência da pessoa humana (Ramos, 2009, p.61).

Um outro aspecto fundamental no modelo bioético personalista vem a ser o incentivo ao exercício de reflexão pautado numa escolha pessoal e consciente. Denominado princípio de liberdade e de responsabilidade, dentre suas variadas contribuições para área da saúde, é imprescindível considerar o processo de decisão de forma compartilhada entre os profissionais da saúde como algo inerente à condição humana. Muito embora tal comportamento pareça constituir o quadro de atribuições da equipe multiprofissional, no campo da prática se constata a predominância da decisão médica como parâmetro norteador, inviabilizando muitas das vezes o espaço do exercício da dimensão social e o reconhecimento das limitações subjetivas existentes dentro da equipe, comumente camuflados em sintomas de ordem psicossomática, conduzindo o profissional a situações de estresse ou experiências da ordem do trauma.

Questões como peso da responsabilidade e sensação de abandono e solidão diante de situações limítrofes, integram este cenário sob a perspectiva da liberdade e responsabilidade em relação à conduta moral de todos os envolvidos, sejam eles paciente, familiar ou profissional de saúde. Conforme explica Carvalho (2008 p.103) os fatores estressores de natureza interna e externa, prevaletentes na tarefa do cuidador profissional, se definem, respectivamente, pela característica pessoal do profissional e pelas respostas decorrentes da assistência no contexto do adoecer, envolvendo o relacionamento interpessoal. Estas situações, por sua vez, são geradoras de profundos desgastes emocionais em virtude de acionarem aspectos subjetivos e singulares existentes na formação pessoal e profissional de cada integrante da equipe, reacendendo sentimentos de vulnerabilidade e impotência, além de instigar aspectos referentes à conduta profissional mediante a disponibilização tecnológica ofertada pela instituição hospitalar.

No princípio da totalidade, ou princípio terapêutico a ênfase consiste na reflexão ética do profissional de saúde no que diz respeito a sua forma de ação e intervenção sobre o corpo da pessoa atentando para os aspectos da integralidade do cuidado. Ramos (2009) ao abordar este princípio estabelece considerações sobre a conduta de um profissional no encaminhamento ou atendimento de pacientes com quem tenha convívio de natureza familiar ou social, sinalizando a importância das atitudes conscientes e/ou inconscientes que são acionadas neste encontro. Estas promovem significativas alterações de comportamento do profissional em relação às formas de condução e manejo na detecção do quadro

diagnóstico ou prognóstico. Estabelecendo uma associação entre a colocação do autor e a realidade prática na abordagem inicial de um paciente portador de doença crônica-degenerativa ou em fase final de cuidados paliativos, ou seja, o processo de terminalidade, aqui estão relacionados os cinco referenciais éticos cruciais para o exercício da medicina paliativa. De acordo com Pessini (Pimenta et al., 2006, apud Pessini, 2002, p.46), são designados (1) a veracidade; (2) a proporcionalidade terapêutica; (3) o referencial duplo efeito; (4) prevenção e; (5) o não abandono, sendo definidos a seguir.

Em Pimenta et al. (2006), o *referencial da verdade* é conceituado como a capacidade de comunicar ao paciente e seus familiares a real condição clínica viabilizando aos envolvidos o exercício do princípio da autonomia e beneficência. No campo da prática dos cuidados paliativos esta modalidade de ação denomina-se comunicação das más notícias, sendo que muitas vezes cabe ao profissional médico informar prognósticos que inviabilizem a condição de cura. Em face da presença do tabu da morte, aliada ao contexto da interdição social a respeito do assunto, a conspiração do silêncio pode se fazer presente como um recurso de negação da realidade acerca da finitude que se aproxima.

Muitas vezes paciente, familiares e profissionais da saúde recorrem aos caminhos da omissão da verdade como forma de autoproteção em relação aos sentimentos de angústia suscitados pela delicadeza do momento. Ocorre que em medicina paliativa a veracidade da informação é a base da construção de uma relação de confiança entre paciente, familiares e equipe multiprofissional. Conforme ponderam os autores, “para que a comunicação da verdade seja moralmente boa, deve-se prestar atenção a o que, como, quanto, quem e a quem deve informar” (Pimenta et al., 2006, p.53).

O princípio da *proporcionalidade terapêutica* estabelece o exercício moral no estabelecimento de medidas terapêuticas que primem pela relação de proporção entre meios utilizados e resultados previsíveis. Conforme afirmam as autoras (Pimenta et al., 2006), neste caso, circunstâncias que avaliem medidas úteis ou inúteis, riscos e benefícios das ações em prol do paciente a ser cuidado e custos de natureza multidimensional, são levados em conta. O papel do médico também se destaca na medida em que se considera sua missão de preservar a vida e aliviar o sofrimento. Em se tratando da abordagem de cuidados paliativos, sabe-se que o alívio do sofrimento num contexto de totalidade induz a mudanças de

prioridades permanentemente, muitas vezes privilegiando a competência humana em detrimento da técnica. Em relação ao princípio ético duplo efeito, conceitualmente este leva em conta a busca da proporcionalidade nos efeitos diretos e indiretos da intervenção médica a ser realizada mediante o ato paliativo a ser ministrado no paciente.

A *prevenção* em medicina paliativa consiste na habilidade da equipe multiprofissional juntamente com a responsabilidade médica em detectar possíveis complicações clínicas, visando minimizar o sofrimento do paciente e, paralelamente, dos familiares. A adoção de informações prévias permite aos envolvidos um espaço de elaboração para tomadas de decisão mais conscientes e sem riscos de situações irreversíveis em casos de complicações clínicas.

O *referencial não abandono* se assemelha aos preceitos do Código de Ética Médica já citados no presente estudo. Os autores (Pimenta et al., 2006) salientam que muito embora exista um respaldo legal, outras formas de abandono são encontradas no campo relacional paciente fora de possibilidades terapêuticas e equipe de saúde. De modo geral, nestes casos, as situações de sofrimento e iminência da morte conduzem os profissionais ao estado de impotência. Este, por sua vez, gera sentimentos de angústia na equipe mediante a atuação de uma abordagem de cuidados naquele paciente que se despede da vida, constatando as limitações da sua competência técnica. Numa perspectiva psicológica, na dimensão do consciente fica configurada a ineficácia da cura concedendo ao plano do inconsciente o reeditar do sentimento de desamparo, algo inerente ao processo de estabelecimento de vínculo. De acordo com Pimenta et al. (2006, p. 56), “deve-se lembrar que mesmo quando não se pode curar, sempre é possível acompanhar e ser solidário. A presença solidária é fundamental nesse momento crítico.” Comumente, questões pertinentes aos dilemas éticos acerca da eutanásia, distanásia e ortotanásia se fazem presentes na medida em que se interpõe um paradoxo entre conhecimentos intelectual e emocional. Estes pontos serão abordados posteriormente.

Considerando que este modelo bioético prima pela forma de reciprocidade estabelecida pelo relacionamento interpessoal, bem como pela conscientização de si e do outro diante das situações existenciais, o *princípio de sociabilidade e de subsidiariedade* apresenta uma finalidade voltada para orientar escolhas e ações, segundo pondera Ramos (2009, p.66), e estabelecer, respectivamente, uma

coexistência entre a responsabilidade individual e coletiva uma vez que somos seres sociais. Afirma que

o modo como nos relacionamos com os outros revela o sentido que damos para a vida, em última análise, para nossa própria vida. Aquilo que o outro me pede não é no sentido de fazer isto ou aquilo, mas de aceitar, entender e decidir cada coisa a partir de estar-em-relação com ele. Posso aceitar ou recusar. O outro não é um meio-para-mim, mas um fim-em-si. Fonte de valor, a ser reconhecido e promovido, e não usado. A sua existência torna-se alvo de atenção, de cuidado. Ocupo-me do outro, desejo afirmar o sentido de sua vida, desejo que exista, reconheço seu valor (Ramos, 2009, p.65).

Partindo do pressuposto de que responsabilidade coletiva na área de saúde envolve aspectos de gestão institucional e governamental, é imprescindível considerar que na atualidade inúmeras são as modificações na área da Medicina no que diz respeito aos avanços tecnológicos, bem como uma crescente acessibilidade para execução do tratamento. Entretanto, o incremento do arsenal tecnológico, sob o ponto de vista da competência humana, tendência a um padrão de comportamento pautado na dicotomia “tudo ou nada”, reitera o modelo oposicionista curar-cuidar instituído, no campo da prática, na fase inicial da abordagem de cuidados paliativos. Sob este enfoque, torna-se importante considerar as questões dos dilemas éticos encontrados no campo dos princípios da bioética.

Em cuidados paliativos (Santos, 2011, p.43), eutanásia é definida como a morte resultante de uma medicação aplicada por um médico com explícito objetivo de antecipá-la a pedido do paciente. Félix et al. (2013, p.2734), esclarece que atualmente é compreendida como uma prática para abreviar a vida, a fim de aliviar ou evitar o sofrimento para os pacientes. Em ambas as definições, resulta na abreviação da vida do indivíduo na intenção de poupar maiores sofrimentos. Resta saber de quem, ou seja, do paciente ou da equipe multiprofissional, na medida em que o sentimento de angústia prevalece em ambos os sujeitos que acompanham a progressão da doença.

De modo bastante sucinto, haja vista que a finalidade deste estudo não consiste em aprofundar os dilemas éticos e sim, ressaltar as contribuições dos mesmos na abordagem dos cuidados paliativos, o Código de Ética Médica datado de 1988 regulamenta a ilegalidade da prática da eutanásia e do suicídio assistido no Brasil. De acordo com artigo de revisão (Félix et al., 2013) a diversidade conceitual entre os profissionais de saúde acerca desta temática ainda se faz presente, muito embora, todos discordem da prática em si. De acordo com os

autores (id. *ibid.*), a relação entre cuidados paliativos e eutanásia torna-se impropriedade devido ao fato de creditar a visão multidimensional do cuidado aliado ao manejo de sintomas e controle da dor, o antídoto necessário para preservar o paciente em sua integridade até o momento de sua finitude. Outro aspecto que chama atenção consiste na prevalência da lei; neste caso o crime é de ordem penal, em detrimento da reflexão baseada em escolhas éticas, quesito fundamental em se tratando de campo bioético. É relevante também considerar a incidência de aspectos consciente e inconsciente referentes às proibições morais e convenções sociais discutidos no início do presente capítulo.

Em relação à distanásia, em cuidados paliativos a mesma é definida como um prolongamento artificial da vida, causando somente sofrimento, sem ocasionar nenhum benefício ao paciente. No campo da prática, usualmente é denominada de obstinação terapêutica. Retomando a questão dos avanços tecnológicos no campo da Medicina e estabelecendo uma relação com este dilema ético, uma das preocupações recorrentes no campo assistencial consiste no exagero da utilização destes recursos com objetivo de manter uma vida de forma desumanizada.

Félix et al. (2013) salienta que sob o ponto de vista da literatura médica, não existe um consenso em relação aos critérios a serem utilizados para manutenção ou retirada de suporte terapêutico a um paciente em fase terminal. Como já mencionado, na rotina de cuidados prevalece por parte da equipe de saúde uma ideologia de que para que se qualifique um paciente com prognóstico fora de possibilidade de cura, necessário se faz esgotar todos os recursos da competência técnica. Muitas vezes, o encaminhamento para o tratamento paliativo inviabiliza um trabalho focado na competência humana, sugerindo uma concepção protecionista de modelos arcaicos pautados no poder medicalizado.

Tal posicionamento permite inferir a existência de um comportamento consciente em relação às tomadas de decisão em prol do adiamento da morte como um processo natural. Sabe-se que, inconscientemente, a distanásia é praticada na rotina assistencial como sinônimo de competência técnica, porém, em contrapartida sugere sinalizar um despreparo da equipe de saúde no que diz respeito a sua natureza emocional para lidar com situações que implicam no processo de morrer e morte, bem como perpetuar uma modalidade de cuidar completamente distorcida em relação ao real objetivo da abordagem do cuidado paliativo. Segundo os autores, “o não enfrentamento da questão da distanásia faz

com que convivamos com situações, no mínimo, contraditórias, em que se investe pesadamente em situações de pacientes terminais cujas perspectivas reais de recuperação são nulas” (Félix et al., 2013, p.2743).

Um dos pontos cruciais do artigo citado consiste na implementação da ortotanásia, por parte da equipe de saúde, como forma de assegurar ao paciente e familiares a opção pela morte digna. O Conselho Federal de Medicina (2006) editou a Resolução CFM 1.805/2006 cuja finalidade consiste em: (1) permitir aos médicos a limitarem ou suspenderem procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal e (2) o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar, legitimando esta modalidade de cuidado como prática a ser instituída em situações de finitude humana.

Por definição, ortotanásia consiste na aceitação da morte como desfecho natural da vida respeitando as decisões do paciente acerca de seu momento final, juntamente com seus familiares. Para os cuidados paliativos, sua finalidade consiste no alívio do sofrimento, evitando a utilização de procedimentos que prolonguem a vida do paciente desnecessariamente, promovendo uma passagem de forma digna e respeitosa. Félix et al. (2013), fizeram uma revisão da literatura nacional acerca da eutanásia, distanásia e ortotanásia, constituída de 25 artigos datados no período de 2008 a 2012. Seu objetivo consistiu em analisar a preocupação atual diante dos dilemas éticos no que concerne ao cuidar do ser humano na fase final da vida, dentre seus inúmeros resultados fica destacado um crescente posicionamento por parte da equipe de saúde em relação a aplicabilidade da ortotanásia em situações de morte digna. Sob a perspectiva da boa morte, cujas concepções se diferenciam quanto às necessidades tanto do paciente quanto do cuidador, os cuidados paliativos priorizam a visão da ortotanásia no que diz respeito à garantia dos preceitos éticos e bioéticos no encontro do viver e morrer. Pessini (2006, apud Annas, 1995, p.63) afirma que com base no conceito de ortotanásia, esta forma de morrer “permite ao doente que já entrou na fase final e àqueles que o cercam enfrentar a morte com certa

tranquilidade porque, nessa perspectiva, a morte não é uma doença a ser curada, mas, sim, algo que faz parte da vida.”

Outro aspecto que merece atenção diz respeito à conscientização do profissional de saúde em relação aos próprios limites e às insuficiências da intervenção. Este reconhecimento só é viável na medida em que o profissional se permite ao processo de autoconhecimento, questão muito pouco difundida em se tratando da área de saúde. O trabalho com o outro, pautado no respeito, confiança, empatia, estabelecimento de vínculos, qualidade de vida e dignidade, só é viável mediante a consciência de si. Abordar um ser humano em estado de doença implica, sob o ponto de vista psíquico, acionar um aspecto adoecido introjetado na constituição do psiquismo do profissional que cuida, merecendo atenção e autocuidado.

Atualmente, em nossa sociedade existe uma polêmica acerca da existência de um documento que legitime o desejo do paciente em relação a sua morte, bem como respalde o profissional de saúde na medida em que recebe um paciente com prognóstico fora de possibilidade de cura. Designados de testamento vital e consentimento informado, trata-se de um protocolo elaborado e validado para a liberação da prática da ortotanásia, segundo ponderam Félix et al. (2013). Muito embora em alguns países a prática destes protocolos se faça presente, garantindo a manutenção do desejo do paciente ou seu responsável legal acerca do desfecho da vida com dignidade, aqui no Brasil ainda prevalece uma forte discussão sobre sua normatização, conduzindo a equipes a situações de desestabilização quando o assunto vem a ser a tomada de decisão em relação a forma do morrer.

Para finalizar, numa pesquisa qualitativa pautada na metodologia de análise de conteúdo (Sanchez, 2013), cujo objetivo consistiu em refletir e discutir sobre as práticas de limitação ou retirada de suporte vital em situações de terminalidade, seus resultados apontam para uma tendência da classe médica à prática da ortotanásia, associando a mesma como medida de conforto, não realização de procedimentos invasivos, minimização do sofrimento e humanização da morte.

Em relação aos critérios de conduta acerca do suporte vital, chamam atenção os determinantes para tomada de decisão médica. Estes consistiram em motivos subjetivos, influência de posicionamentos de foro íntimo, o estabelecimento de vínculo com o familiar; compreendendo este como uma extensão do paciente e boa comunicação, possibilitando desta forma uma “chance de fazer escolhas mais

ponderadas e conscientes, calcadas na realidade dos fatos, o que valoriza a importância do diálogo e da comunicação desde o início do tratamento” (Sanchez y Sanchez e Seidl, 2013, p.31). Sendo assim, torna-se imprescindível reconhecer que uma vez que a abordagem de cuidados paliativos for integrada ao tratamento curativo, independente do prognóstico fora de possibilidade de cura, atualmente designado em situações de processo evolutivo de doença crônica-degenerativa ou em fase de terminalidade, os conceitos de valor, moral e ética provavelmente serão delineados sob uma perspectiva mais humanizada, exigindo do profissional de saúde um despertar de sua consciência em relação à complexa dinâmica de cuidar e ser cuidado. No próximo capítulo, serão abordados os aspectos multidimensionais do cuidador profissional em situações de prognóstico fora de possibilidade de cura.

Capítulo 5

Onde Curar é Cuidar: As Multidimensões do Cuidador Profissional

Lopes (2010, p. 100) em reportagem publicada em revista de grande circulação nacional, aponta para as questões pertinentes aos dilemas éticos e bioéticos, sobretudo em situações em que o significado da cura implica simbolicamente no ato de cuidar. Dentre os depoimentos de algumas equipes multiprofissionais mais humanizadas em concomitância com familiares que convivem com o quadro da dor e do sofrimento juntamente com o doente e fundamentalmente do próprio doente, chamam atenção a multi-dimensionalidade na qual o cuidador profissional está imerso, englobando os aspectos socioculturais, emocionais e institucionais para lidar com a complexidade de um cuidado que conduz para a finitude da vida.

Ao longo da reportagem, constata-se que diante da possibilidade de tomar consciência da sua verdadeira condição física e emocional, o paciente fora de possibilidade de cura vivencia sua relação com a morte de forma direta, efetuando certa mudança em sua escala de valores. Já possui a capacidade de perceber que morrer sozinho e desamparado não minimiza seus temores e nem reconforta suas angústias, contrariando toda uma estrutura social até então vigente. Concomitantemente, a manifestação desta nova atitude evidenciada pelo paciente fora de possibilidade de cura repercute sensivelmente no modo de ser do cuidador profissional, levando em consideração todos os aspectos da concepção de integralidade, preconizada pela filosofia dos cuidados paliativos, que o constitui.

Estas modificações de comportamento diante da morte, manifestadas tanto no campo individual quanto no social possibilitam refletir sobre quais os fatores que vêm determinando esta nova atitude no âmbito hospitalar, além de ofertar assistência dos cuidados paliativos; um espaço promissor no que diz respeito à integralidade dos cuidados, que vai desde a aplicabilidade de medidas de conforto até o momento da passagem. Ressalte-se que a concepção de “integral” abrange questões de natureza física, emocional, social e espiritual, tanto do paciente

quanto daqueles que o assistem, bem como a instituição à qual seus atores estão vinculados.

Com o aparecimento de novas concepções acerca do cuidado introduzidas no século XX por Cicely Sanders e Elizabeth Kübler-Ross sendo, respectivamente, o conceito de dor total e a atenção no processo de morrer e na morte, suas pioneiras ampliam o campo de atuação profissional na medida em que consideram a experiência subjetiva como elementos constitutivos do planejamento de cuidados.

Em ambas as abordagens teóricas, prioriza-se o modo de ser humanizado em consonância com a competência técnica, creditando ao trabalho de equipe a possibilidade de troca genuína entre pacientes e profissionais de saúde e, conseqüentemente, crescimento pessoal e profissional. Esta mudança de paradigma propicia uma revolução no que diz respeito as formas de interação, face ao reconhecimento e importância da dinâmica cuidar e ser cuidado para ambos os atores, aliado ao contexto institucional.

Até bem pouco tempo, o modelo de relação interpessoal vigente no ambiente hospitalar era pautado na valorização diagnóstica, priorizando-se apenas aspectos de natureza física. Tal comportamento, além de assegurar um distanciamento seguro entre paciente e profissional de saúde, incentivou um distanciamento com os aspectos subjetivos bem como um excesso de racionalização vinculado à priorização de metas.

Ocorre que com as mudanças sociais decorrentes da concepção dos cuidados paliativos em relação à opção de uma morte digna, instaurada no final do século XX, juntamente com a conscientização dos pacientes e familiares acerca desta possibilidade, os grupos assistenciais até então existentes sugerem sinalizar colapsos em sua forma relacional, na medida em que se sentem paralisados na condição de receber cuidados.

Os profissionais relataram não encontrarem apoio institucional para expressarem seus sentimentos de angústias, fragilidade, vulnerabilidade e medo diante do óbito. Podemos concluir que estes profissionais sentiram desamparo e solidão diante de tais circunstâncias. Alguns se sentem acolhidos pela equipe; outros se sentem julgados, dificultando a espontaneidade para expressar sentimentos; mas cabe lembrar que a falta de validação acontece intrapsiquicamente, dentro e fora do hospital (Casellato, 2005, p.142).

A problemática existente entre falta de apoio institucional diante das experiências cotidianas que acionam aspectos de natureza emocional, chama

atenção pela ausência de cuidado da alta administração quanto às necessidades da equipe no que diz respeito à melhoria de desempenho da própria equipe e mudanças comportamentais a nível institucional. A intenção aqui é discutir as concepções de cuidado sob a perspectiva do cuidador profissional, ou seja, a equipe de saúde.

Carvalho et al. (2008, p.532) afirmam que “equipe é um grupo de trabalho altamente efetivo, coeso, constituído por indivíduos que atuam juntos, comprometidos em alcançar um objetivo comum”, demandando trabalho sistematizado e presença de elementos que o constituam como tal, como por exemplo, “liderança compartilhada, habilidades de trabalho em grupo, clima de coesão e nível de contribuição dos membros do grupo”. Tal afirmação parece sugerir a existência de um distanciamento emocional no que diz respeito à intersubjetividade de seus integrantes, priorizando apenas os aspectos de natureza formal acerca do trabalho em grupo, característica muito peculiar nas esferas acadêmicas e institucionais. De acordo com Coelho Jr., Salem e Klautau (2012), psicologicamente, intersubjetividade é definida pela relação mútua entre sujeitos, cada qual contribuindo com sua experiência subjetiva, propiciando a construção de um campo comum designado pelo autor experiência intersubjetiva.

Segundo Katzenbach, existe uma sutil diferença nestas definições no que diz respeito aos fundamentos de cada um, quando explica que,

equipes são mais flexíveis do que grupamentos organizacionais maiores, porque podem ser mais rapidamente montadas, ativadas, redirecionadas e dissolvidas, geralmente de maneira que realce em vez de romper as estruturas e processos mais permanentes. As equipes são mais produtivas do que os grupos que não possuem objetivos claros de performance, porque seus participantes estão comprometidos com a obtenção de resultados tangíveis (Katzenbach, 1994, p.9).

Para um gestor institucional, usualmente a atenção ao cuidador profissional está delimitada à oferta de um aparato tecnológico e educacional em que assegure resultados que alcancem metas estipuladas e controles de qualidade, muitas vezes eximindo o lugar da ação e expressão espontâneas, conforme pondera Deslandes (2004) num dos eixos discursivos do Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH) realizados a partir de 2000, designado como humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador.

Tal deficiência fica evidenciada em documento oficial, no qual uma das propostas a serem trabalhadas era a articulação dos avanços tecnológicos com o

bom relacionamento entre usuários de sistema de saúde, profissionais de saúde e a própria instituição, em razão da existência de ações desumanizadoras na rede de cuidados. Importante salientar que a busca da conscientização e reintrodução da dimensão subjetiva no contexto da assistência e atenção em saúde, abrangendo todos os envolvidos no processo de cuidados inclusive os aspectos socioculturais e institucionais, vem a ser um dos pressupostos da humanização na assistência hospitalar.

Transformar o conhecimento em experiência vivencial implica na permissão de um espaço interacional no qual se reúnam interesses institucionais e grupais, rompendo com a mentalidade paternalista focada na decisão médica como única alternativa, no que diz respeito à assistência e cuidados. Deslandes (2004) mostra que a leitura paternalista vem a ser fruto de uma cultura de atendimento instituída em decorrência de barreiras comunicacionais, em que a instituição de uma linguagem diferente e interdita, por si só, propiciava um distanciamento natural na relação profissional de saúde-paciente.

Esta atitude, ainda vigente na atualidade, sugere reforçar a ideia da unidisciplinaridade, contrapondo-se aos pressupostos da visão interdisciplinar e assegura ao profissional julgar e decidir antecipadamente aquilo que considera ser o melhor; muitas vezes incorrendo na ineficácia da resposta, devido a sua incapacidade de se colocar no lugar do outro. De acordo com Taquemori e Sera (Oliveira e Carvalho, 2008, p.56) “na interdisciplinaridade há reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre as áreas envolvidas, permitindo troca entre as áreas de conhecimento”. Desta forma, o planejamento interdisciplinar, considera a complexidade de fatores que integram o universo físico e psíquico do paciente, sua família e o contexto sociocultural que o cerca, o que requer uma atuação multiprofissional.

O ingresso da equipe multiprofissional evidencia a mudança de paradigma na medida em que a visão tradicional do modelo institucional cede lugar ao modelo sistêmico, cuja epistemologia incorpora os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, na dimensão do cuidar. A importância dos mesmos consiste na busca da integração do conhecimento científico e da humanização junto à intervenção da medicina paliativa. Taquemori e Sera (Oliveira e Carvalho, 2008, apud Campos, 1992) esclarece que

as palavras “trabalho em equipe”, “trabalho multidisciplinar”, “equipe multiprofissional”, “equipe de trabalho” e “equipe interdisciplinar” são consideradas sinônimas na área da saúde mental. Em cuidados paliativos essas expressões também estão relacionadas com o trabalho de equipe (Taquemori e Sera, 2008, p.56).

Segundo Incontri, por definição (Santos, 2011, p. 143), desenvolvimento de equipe contempla “incrementar a efetividade de um grupo trabalhar colaborativamente para alcançar resultados”, e pressupõe “mudanças significativas pessoais e interpessoais dentro dos conhecimentos, sentimentos, atitudes, valores, motivação, postura comportamento”, apresentando como desafio desenvolver um processo de integração que englobe variadas unidades de trabalho, com suas diversas representações funcionais numa proposta de respeito e potencialização de cada empreendimento humano para a produtividade almejada pela instituição. Trata-se, portanto, de um trabalho de resgate do processo de interação que ainda prima pela abordagem racional, ampliando novos espaços de compartilhamento que coadunem nível tarefa e socioemocional de forma equilibrada, sendo estes respectivamente, “atividades visíveis e observáveis, acordadas tanto nos grupos formais de trabalho quanto nos grupos informais e as sensações e sentimentos variados, já existentes ou gerados pela convivência e atividade no grupo”, conforme salienta Moscovici (1994, p.05).

Aspectos dimensionais de natureza intrapessoal e interpessoal demarcam os processos grupais através da relação eu/eu e eu/outro, sendo que muitos problemas de participação no grupo se originam de dificuldades provenientes destas etapas de desenvolvimento, quando mal estruturadas. Detectar estas limitações e trabalhá-las dentro de um grupo possibilita ao indivíduo buscar novas formas de confrontação, pois “o grupo, quando bem conduzido, pode ajudar os participantes a enfrentarem suas dificuldades pessoais”, conforme pondera Moscovici (op. cit., pg.05). Pensar sobre a qualidade das relações intersubjetivas no contexto da instituição hospitalar remete inevitavelmente à importância das equipes interdisciplinares no que diz respeito à busca de humanização da assistência em saúde, sobretudo nos cuidados paliativos. Esta correlação entre os termos transparece na medida em que a integralidade de cuidados passa a ser inserida no campo da prática, principalmente em situações de final de vida, conforme pondera Rios (Santos, 2011) quando afirma que,

no sentido da atenção da saúde, o termo humanização é usado para qualificar o atendimento que prima pelo bom uso dos meios tecnológicos para o cuidado ao paciente do ponto de vista técnico e humanístico (recursos biomédicos e recursos ético-relacionais). Linha

conceitual e procedimental que corresponde ao proposto em cuidados paliativos, estes totalmente alinhados ao que se pensa e faz com vistas à humanização no cuidado à vida, à saúde e a morte digna. Os cuidados paliativos, como modelo de atenção que escapa ao reducionismo biológico, operariam os valores da humanização das práticas de saúde, particularmente nos aspectos considerados essenciais para o cuidado integral da pessoa em momento significativo da história” (Santos, 2011, p.114).

Como já mencionado ao longo deste estudo, na dinâmica do cuidar e ser cuidado emergem questões de cunho sociopsicológico relacionadas ao convívio com o processo do adoecer, padrões funcionais ou disfuncionais existentes na interação familiar, luto antecipatório, conspiração do silêncio, oscilação permanente das formas de enfrentamento, diversidade emocional quanto à aceitação de um diagnóstico desfavorável, sentimento de impotência, incertezas, mudanças, perdas, a iminência da morte, conduzindo seus cuidadores profissionais a fatores estressores que mobilizam intensa carga emocional, podendo conduzi-lo à níveis de estresse variados.

Um dos aspectos preponderantes para a desestabilização emocional deste cuidador juntamente com o fator de estresse, gerando tensões permanentes na relação de cuidados, consiste na problemática da comunicação verbal. Esta por sua vez, emerge na interação com pacientes, familiares e com a própria equipe, em virtude das exigências de natureza externas e internas.

Perdicaris e Paes da Silva (Carvalho et al., 2008) ressaltam a necessidade da comunicação autêntica na relação entre profissionais e pacientes, principalmente em circunstâncias de paciente fora de possibilidade de cura, cuja evolução do processo do adoecer instaura o confronto com a morte, e conseqüentemente, leva a se recorrer aos aparatos tecnológicos em detrimento do contato humano propriamente dito. Pode-se assim inferir a forte tendência dos profissionais em evitar o estabelecimento de um vínculo emocional com o paciente. De acordo com o pensamento dos autores, “isso confere a ela [a comunicação] um caráter de medicalização, muitas vezes insana e desnecessária, em que palavras de conforto são substituídas por zúidos e pressa” (Carvalho et al., 2008, p. 407).

No ambiente hospitalar da rede pública, por exemplo, comumente são verificados níveis de desmotivação dos profissionais de saúde através do desinvestimento emocional do profissional quanto aos objetivos e metas estipulados pela instituição, em decorrência das constantes desvalorizações e ausências de reconhecimento, refletidas na falta de recursos materiais e pessoais.

O profissional tende a não se reconhecer como pessoa que atua e que contribui para a realização dos pressupostos organizacionais sob a perspectiva de uma equipe de atuação, e sim, como um elemento individualizado, setorizado, contratado para garantir e realizar apenas o ofício de cuidados em saúde estabelecidos pelo seu grupo de trabalho.

Outros parâmetros que detectam a falta de motivação de um grupo de trabalho num ambiente institucional rondam em torno da alta rotatividade de pessoal, absenteísmo, baixos resultados operacionais, custos elevados, além dos altos índices de acidentes no trabalho. Traçando um paralelo com as manifestações desencadeadas pela síndrome de burnout, mencionadas no capítulo 4, é possível deduzir que tanto o cuidador profissional quanto a instituição carecem da identificação de necessidades prementes para propiciar uma abordagem de equipe mais efetiva.

O processo de cuidar exige por parte da equipe multiprofissional uma percepção consciente destas inúmeras formas em estar se colocando junto ao paciente, ou seja, através do olhar, da proximidade corporal; respeitando-se evidentemente os espaços interpessoais estabelecidos pela interação, do toque e do tom da voz, bem como oferecer, em momentos críticos do adoecer, o reconhecimento de estar sendo visto, em ambas as perspectivas.

Sendo assim, no exercício dos cuidados paliativos, a equipe de saúde se depara com a dualidade vida-morte desencadeando seus movimentos de defesa ou enfrentamento. A conscientização da finitude humana constitui o verdadeiro desafio destes profissionais na arte de cuidar e ser cuidado, em decorrência da capacidade transformadora suscitada pelo contato com a dor e com o sofrimento vicário, aliando “competência técnica-científica com humanismo, expresso no ato de cuidar com profissionalismo, ternura, sensibilidade e ética”, conforme afirmam Assis Figueiredo e Bifulco (Carvalho et al., 2008, p.374).

Kóvacs (2003) afirma que “a morte é parte fundamental da existência humana, por isso pode ser planejada, com direito à autodeterminação”, sendo esta uma questão polêmica no contexto do adoecer, sob o ponto de vista sociocultural. Tal situação gera mudanças subjetivas consideráveis no exercício da capacitação profissional internalizada em cada integrante da equipe de saúde, sobretudo no que diz respeito à aceitação da morte. Segundo a autora,

a morte nos desafia como profissionais de saúde, pois fomos treinados para salvar vidas. Pacientes gravemente enfermos, sob cuidados principalmente relacionados com qualidade de vida e não com a cura, acabam tornando inúteis muitas das aprendizagens técnicas para manutenção da vida, ainda muito enfatizadas na formação dos profissionais dessa área (Kóvacs 2003, apud Carvalho et al., 2008, p. 392).

Menezes corrobora tal pensamento quando afirma que “para que a meta da boa morte seja alcançada, a equipe médica deve reconhecer seus limites e saber que uma morte pacífica pode ser um dos objetivos de seu trabalho” (2004, p. 52).

Desta forma, refletir sobre o limite real ou imaginário vivenciado ao se estar em contato direto com a morte, por intermédio do relacionamento equipe de saúde e paciente, parece constituir uma questão importante a ser compreendida. Esta questão aponta para a necessidade de atenção ao cuidador no que diz respeito ao exercício ético de sua profissão, bem como a qualidade da relação com o paciente no que se refere aos limites da possibilidade terapêutica. Como já dissemos, este cenário, vivenciado de forma repetitiva, poderá conduzir o profissional a situações de estresse laboral denominado síndrome de burnout.

Os dados conclusivos expostos por Trigo et al. (2007) parecem contribuir sensivelmente para a questão apresentada. Com base no pensamento destes autores, conceitualmente, a síndrome de burnout é um processo iniciado com excessivos e prolongados níveis de estresse no trabalho. Para o diagnóstico, leva-se em consideração a concepção sociopsicológica, cujas características individuais estão associadas as do ambiente e as do trabalho propiciando o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome, dentre eles, exaustão emocional, distanciamento afetivo e baixa realização profissional. Estes por sua vez, surgem com intensidade quando o profissional de saúde lida com situações-limite, deflagrando alguns distúrbios. Seus autores concluem que

a prevalência do burnout nos vários países ainda é incerta, mas dados apontam acometimento significativo que justifica mais estudos a respeito dessa patologia com fatores de risco multifatoriais (indivíduo, trabalho, organização). Pode-se apresentar comorbidade com algumas doenças psiquiátricas ou até desencadeá-las, como burnout seguido por transtorno depressivo. Entretanto não se encontraram estudos que avaliassem, por entrevistas estruturadas, as taxas de comorbidade entre essas duas condições e possíveis relações causais. As consequências do burnout têm efeitos negativos para a organização, para o indivíduo e sua profissão (Trigo et al., 2007, p.223).

Estas situações, por sua vez, são geradoras de profundos desgastes emocionais em virtude de acionar aspectos subjetivos e singulares existentes na formação pessoal e profissional de cada integrante da equipe, reacendendo sentimentos de vulnerabilidade e impotência, além de instigar aspectos referentes

à conduta profissional mediante a disponibilização tecnológica ofertada pela instituição hospitalar. Aliado a estes resultados, sob a perspectiva do luto na área da saúde, em Casellato (2005, pg.142) consta a falta de apoio por parte das instituições hospitalares no que diz respeito ao estabelecimento e à preservação de um espaço de escuta, em que trocas comunicativas entre os profissionais de saúde pudessem existir, em consonância com as necessidades pessoais, profissionais e institucionais.

Moscovici (1994) afirma que

um grupo se transforma em equipe quando passa a prestar atenção à sua própria forma de operar e procurar resolver os problemas que afetam seu funcionamento. Esse processo de autoexame e avaliação são contínuos, em ciclos recorrentes de percepção dos fatos, diagnóstico, planejamento de ação, prática, resolução de problemas e avaliação (Moscovici, 1994, pg.5)

Esta afirmação sugere a necessidade de conscientização e sensibilização de seus integrantes quanto à vinculação de variáveis internas e externas que influenciam o comportamento humano existente na instituição. Para que tal metamorfose aconteça, é imprescindível avaliar os elementos constituintes de um grupo de trabalho, levando em consideração seus modos de atuação quanto a situações de conflito, estratégias de atuação, funcionamento, graus de autonomia, resistências, crenças, além de questões comportamentais. Este é um campo complexo e multidimensional quando analisado sob a perspectiva de relações humanas, além de abranger todos os níveis hierárquicos que contribuem para o funcionamento do trabalho.

Criar um espaço de valorização da escuta verbal e não verbal instituída pela linguagem de cuidados, abordando assuntos ainda considerados tabu; como por exemplo, processo de morrer, luto antecipatório e morte inevitavelmente revelam uma necessidade de desenvolvimento de equipe, através de um programa educacional dirigido a grupos de pessoas interdependentes que precisam unir esforços tanto nos procedimentos de trabalho quanto na resolução de problemas. Moscovici (1994) explica que desenvolvimento de equipe vem a ser “uma intervenção psicossocial no sistema humano da organização”, levando-se em consideração aspectos que abrangem necessidades, objetivos, características do grupo e da organização, dentro da perspectiva espaço-tempo-contexto.

Promover uma conscientização e sensibilização no nível de equipe, atentando para a rede de sistemas operacionais e administrativos que contemplam

o alcance de uma missão assistencial, assegurando um espaço de escuta seguro e protegido com a intenção e propósitos bem delineados pelo grupo, pode propiciar resultados calcados em mudanças de atitudes compartilhadas que, invariavelmente, irão repercutir nos propósitos e metas preestabelecidos. Talvez, desta forma, seja possível resgatar no campo da prática aquilo que, sob a perspectiva da ancestralidade, é inerente à nossa condição de humanos em se tratando da concepção do cuidado que cura.

Considerações finais

Com base nos norteadores iniciais delineados na introdução e ao longo do desenvolvimento deste estudo, vários pontos foram considerados para discussão nesta pesquisa. Questões como conceitos de cura e cuidado, levando em consideração a representação do cuidado no psiquismo ao longo da evolução humana até a atualidade, as contribuições da dualidade cuidado – morte para estruturação do conceito de cuidado paliativo e sua inserção na prática da equipe de saúde, a experiência primordial do cuidado e os aspectos psíquicos da equipe de saúde na construção do vínculo tanto com o paciente quanto entre os membros da equipe, a repercussão do modelo de decisão compartilhada na equipe de saúde, o impacto da ocorrência do TEPT e da síndrome de burnout no psiquismo singular, questões bioéticas sob a perspectiva de modos de atuação e modelos interacionais e de decisão vigentes e as várias dimensões do cuidador profissional que contemplam uma equipe de saúde.

Dentre os resultados obtidos foi constatada a prevalência de uma mentalidade de dissociação entre cura e cuidado devido a alta incidência do modelo intervencionista na prática médica, aliado a dificuldade do profissional de saúde em lidar com questões de sofrimento do paciente. Outro aspecto que chama atenção é a relação entre contato com sofrimento e vulnerabilidade ao stress ao qual o profissional de saúde se predispõe, sugerindo que a ausência da elaboração subjetiva suscitada pela experiência traumática da dor e da perda pode favorecer a incidência de síndrome de burnout e de TEPT.

Outro ponto a ser destacado consiste nos efeitos de uma integração subjetiva em situações de experiências primárias com morte, podendo ser este um fator motivador para a escolha da prática de cuidados paliativos, sendo constatado inclusive que, profissionais de cuidados paliativos apresentam baixa incidência de burnout em decorrência da proximidade afetiva que estabelecem na relação paciente – equipe de saúde.

No que diz respeito às questões éticas e bioéticas constata-se a permanência de uma constante busca de um consenso, sugerindo uma diversidade de mentalidades acerca dos modos de cuidados a serem delineados. Muito embora, a

prática médica se respalde no modelo principialista para adoção de medidas decisórias para um planejamento de atuação em relação ao quadro clínico do paciente, de modo geral os artigos pesquisados mostram uma incongruência entre a teoria e a prática atual, relacionados ao modo como cada indivíduo se posiciona, principalmente em situações limítrofes. Talvez, face as constantes indagações sobre o que vem a ser ética e bioética em tempos atuais, uma revisão sobre um modelo ético que acompanhe as evoluções técnico-científicas e sociais vigentes na atualidade seja uma questão a ser estudada. Vale ressaltar que em se tratando de cuidados paliativos, o modelo personalista parece se adequar mais aos pressupostos teóricos contemplados neste tipo de abordagem.

Em relação à equipe de saúde, os resultados salientam a ausência de espaço de escuta para o cuidador profissional, seja sob a perspectiva individual quanto institucional. A incidência desta lacuna comunicativa, além de ser remanescente de um modelo de comunicação paternalista, favorece o não reconhecimento de um espírito de equipe que contemple as multidimensões do exercício do cuidado.

Cuidado paliativo trata-se de uma proposta de abordagem diferenciada no que diz respeito ao modo de cuidar delineada por Cecily Saunders na década de 1960, legitimada no Brasil em 2009 pelo Conselho Federal de Medicina por meio da Medicina Paliativa, e vem sendo implementado gradativamente no sistema de saúde, suscitando no meio científico opiniões controversas quando o assunto é relacionado ao paciente que não responde mais ao tratamento curativo.

Questões pertinentes ao controle da dor, ao manejo de sintomas e aos cuidados no fim da vida ainda prevalecem como pontos cruciais para o encaminhamento do paciente para o cuidado paliativo. Outro aspecto bastante comum consiste na mentalidade difundida de que tratamento paliativo só pode ser pensado em situações nas quais todas as modalidades terapêuticas foram utilizadas, sem sucesso. De modo geral, há prevalência de pesquisas científicas que correlacionam o exercício dos cuidados paliativos em situações de finitude humana.

Muito embora a filosofia dos cuidados paliativos contemple a possibilidade de uma concomitância entre cura e cuidado sob o ponto de vista de progressão da doença, o fato é que na prática clínica, as situações de doenças crônico-degenerativas muitas vezes viabilizam um limiar muito tênue entre agravamento de sintomas e processo de morrer. Este cenário, por sua vez, pode gerar

sentimentos de angústia que transitam entre competências técnica e emocional, que podem interferir nos processos decisórios da equipe, inviabilizando a possibilidade do paciente usufruir das potencialidades de um tratamento integrado.

No campo da prática clínica, designações como “fora de possibilidade de cura”, “fora de possibilidade terapêutica de cura”, “paciente terminal”, dentre outras expressões, reforçam a mentalidade médica tradicional de que “não há mais nada a se fazer”, sugerindo uma possível descontinuidade na atenção e do cuidado por parte dos profissionais de saúde. De modo geral, pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas ou em fase terminal são encaminhados em condições de extrema fragilidade física ocasionada pela progressão da doença. Muitas vezes, as inúmeras tentativas de tratamento fútil restringem sensivelmente a possibilidade de uma atuação mais efetiva por parte da equipe de saúde no que diz respeito à oferta de cuidados. Tal circunstância indica que ainda prevalece uma mentalidade focada na cura e na intervenção como únicas modalidades de assistência, o que inviabiliza pensar na cura e no cuidado sob o ponto de vista da complementariedade para a condução de um tratamento.

Desta forma, evidencia-se a existência de uma lacuna que muitas vezes impossibilita a continuidade da atenção à saúde através do cuidado. Com base na Organização Mundial da Saúde, a redefinição do conceito de cuidado paliativo, além de ampliar seu campo de atuação corrobora a importância do papel da equipe multiprofissional na estruturação e manutenção de cuidados, principalmente em situações de progressão de doença prolongada sem possibilidade de cura. Quando o cuidado paliativo é concebido como forma de tratamento no sentido de uma extensão da abordagem terapêutica, a aceitação do processo de finitude se configura como um novo panorama a ser desvendado de forma integrada envolvendo paciente, familiares e equipe de saúde.

Cuidadores profissionais despendem no exercício de sua profissão competências técnica e emocional para lidar com o suporte assistencial ao paciente. Em situações nas quais o modelo de cura não se faz presente, seu modo de atuação em relação ao cuidado modifica-se sensivelmente. Assim, questões como identificação prognóstica de tratamento paliativo, formas de encaminhamento, modos de acolhimento deste paciente, manejo de situações

difíceis e enfrentamento da finitude, são alguns desafios que compõem o cenário do profissional de saúde que atua neste tipo de abordagem.

De modo geral, as pesquisas sobre o tema cuidados paliativos concentram o foco de atenção no paciente ou em seus cuidadores primários; podendo estes serem familiares ou responsáveis. É importante ressaltar que diante das condições precárias em que o paciente muitas vezes é encaminhado, a equipe de saúde mobiliza-se física e psiquicamente em decorrência do cenário apresentado, podendo incidir em sintomas na própria equipe. Os resultados de algumas pesquisas sobre cuidados paliativos enfocando a atuação do trabalho em equipe evidenciam esta problemática quando apontam para os problemas no eixo de comunicação entre os membros, a prevalência do modelo intervencionista, elevados níveis de estresse laboral, absenteísmo dos profissionais de saúde e conflitos de naturezas ética e bioética, em se tratando de prognóstico fora de possibilidade de cura.

Outra questão sinalizadora da dificuldade com a qual o profissional tem de lidar no que diz respeito ao paciente fora de possibilidade de cura, muitas vezes se evidencia em seu discurso subjetivo. Na prática clínica, tais pacientes recebem inúmeras designações que variam desde paciente fora de possibilidade terapêutica até paciente terminal. Esta última, geralmente repercute na equipe de saúde de forma negativa em razão de sua forte associação com a questão da morte propriamente dita. Muito embora os cuidados paliativos contemplem a finitude como parte inerente ao processo de vida, para alguns profissionais enfrentar esta perspectiva como uma situação natural e intrínseca ao processo da vida, requer um trabalho de preparação e educação continuada.

Sob a perspectiva de equipe de saúde, sobretudo no que diz respeito à formação profissional, ainda vigora nas grades curriculares de suas respectivas categorias profissionais o modelo de atuação centrado na doença, deixando de lado a questão da personalidade. Este padrão de comportamento sugere a ideia de que o adoecer não ocorre no profissional de saúde, destituindo-o da responsabilidade do cuidar de si. Ocorre que a capacidade de também cuidar de si sugere a importância do senso de autopercepção acerca dos modelos de cuidados introjetados ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Aspectos relacionados as formas de estabelecer vínculos e desvincular-se, remetem às relações primordiais do cuidado jazidas no inconsciente.

Para finalizar, nos últimos anos presume-se que com a elevação da expectativa média de vida, o índice populacional de idosos crescerá proporcionalmente, com aumento na incidência de doenças crônicas-degenerativas. Tal acontecimento irá exigir do sistema de saúde preparação e capacitação de profissionais para lidarem com situações limítrofes. Cabe ressaltar que nem sempre estas situações implicam necessariamente em finitude humana, mas sim, numa rede de suporte assistencial que coadune tempo de sobrevivência com qualidade e dignidade, envolvendo a todos aqueles que propiciam este cuidar. Talvez, este movimento seja o próximo passo para a compreensão de que é possível aliar cura e cuidado como partes inerentes a nossa condição de seres humanos.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, J. L. T. Da moral paternalista ao modelo de respeito à autonomia do paciente: os desafios para o ensino da ética médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 24, n. 1, 2000, p. 27-30.

ARAÚJO, M.M.T. de; SILVA, M. J. P. da. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 3, p. 626-32, 2012.

ARIÈS, P. **Sobre a história da morte no ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Editora Ediouro, 2003.

BALLESTER, D.; ZUCCOLOTTO, S. M. C.; GANNAM, S. S. A.; ESCOBAR, A. M. U. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 598-606, 2010.

BASSETTE, F. Medicina paliativa traz alívio a pacientes. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 28 de abril de 2013. Disponível em: http://www.estadao.com.br/noticia_imp.php?req=impresso,medicina-paliativa-traz-alivio-a-pacientes Acesso em: 29 abr. 2013.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 15ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BOKANOWSKI, T. Variations sur le Concept de traumatisme: traumatisme, traumatique, trauma. **Revue Française de Psychanalyse**, v. 69, p. 891-905, 005. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2005-3-page-891.htm> Acesso em: 13 maio 2012

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2006.

- BRANDÃO, J. **Dicionário mítico etimológico**. vol. I e II. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador**: uma proposta para os profissionais de saúde. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- CANTORNA, C. G. et al. **Niveles de estrés em el personal de enfermeira de unidades de cuidados paliativos**. Espanha. GEROKOMOS 2012; 23(2):59-62.
- CARDOSO, M. R. Das neuroses atuais às neuroses traumáticas: continuidade e ruptura. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 1, p.70-82, março, 2011.
- CARVALHO, L.; MALAGRIS, L. E. N. Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ**, Ano 7, n. 3, p. 210-222, 2º semestre, 2007.
- CARVALHO, V. et al. **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.
- CASELLATO, G. (org.). **Dor silenciosa ou dor silenciada?** Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade. Campinas, SP: Editora Livro Pleno, 2005.
- CASTELL, P-H. **Comment peut-on avoir mal à la mémoire?** Clinique et thérapeutique du souvenir traumatique. Disponível em <<http://pierreheinri.castel.free.fr>> Acesso em: 22 mar. 2001.
- COELHO JR., N. C.; SALEM, P.; KLAUTAU, P. (Orgs.). **Dimensões da intersubjetividade**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012.
- COLLUCCI, C.; SCHWARTSMAN, H. Brasil é o terceiro pior lugar para morrer. São Paulo. **Jornal Folha de S. Paulo Saúde**, 15 de julho, 2010.
- DALL'AGNOL, D. **Bioética**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.
- DANTAS, M. A. **Sofrimento psíquico**: modalidades contemporâneas de representação e expressão. Curitiba: Juruá, 2009.
- DE MARCO, M. A. et al. **Psicologia Médica: abordagem integral do processo saúde-doença**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciências da Saúde Coletiva** [online], vol.9, n.1, p. 7-14, 2004.

DREYFUS, S. Le traumatisme psychique: Organisation et désorganisation. **Monographies de Psychanalyse de La Revue Française de Psychanalyse**, p.11-26, 2005.

ELIAS, N. **A Solidão dos moribundos seguido de “envelhecer e morrer”**. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2001.

FELIX, Z. C. et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciência da Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, setembro, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 dez. 2013.

FERENCZI, S. Psicanálise das neuroses de guerra. In: **Psicanálise III – Obras Completas**, 1918. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FERREIRA, A. B. de H. **Mini-Aurélio: O Dicionário de Língua Portuguesa**. Curitiba: Ed. Positivo, 2006.

_____. **Mini-Aurélio: O Dicionário de Língua Portuguesa**. Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FIGUEIREDO, L. C. **As diversas faces do cuidar: novos ensaios da psicanálise contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2012.

FLORIANI, C. A. **Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte**. Rio de Janeiro: Publit, 2011.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 17, supl. 1, julho 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000500010&lng=en&nrm=iso Acesso em: 12 out. 2013.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de casos**. São Paulo: EPU, 1998.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir, o nascimento das prisões**. Petrópolis: Vozes, 2012.

GONZÁLEZ, J. S.; RUIZ, M. C. S. História cultural de los cuidados paliativos em las sociedades primitivas: revisión integrativa. **Revista Escola de Enfermagem** v. 46, n. 4, p. 1015-22, 2012.

- GUELLER, A. S. **A necessidade do acidente**: Lacan e a questão do trauma. In: França, M. Olympia et al. (orgs.), **Trauma psíquico**. Uma leitura Psicanalítica e filosófica da cultura moderna. São Paulo: SBPSP, 2005, p. 177-199.
- GUILLAUMIN, J. Le traumatisme et l'expérience des limites dans l'analyse. **Études Psychanalytiques sur le temps** p.124-147, 1980.
- INCONTRI, D.; SANTOS, F. S. **A arte de morrer** – visões plurais. São Paulo: Ed. Comenius, 2007.
- JUNQUEIRA, C. **Ética e consciência moral na psicanálise**. São Paulo: Via Lettera/Fapesp, 2006.
- KAPCZINSKI, F.; MARGIS, R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, Supl. I, p. 3-7, 2003.
- KATZENBACH, J. R., SMITH, Douglas K. **A força e o poder das equipes**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo/Fapesp, 2003.
- LAPLANCHE, J. **Vocabulário de Psicanálise/Laplanche e Pontalis**. Direção Daniel Lagache. Tradução Pedro Tamen. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- LOPES, A. D. A Ética na Vida e na Morte. **Veja**, São Paulo, ano 43, n. 2162, 28 abr. 2010.
- MARTINS PEREIRA, S.; FONSECA, A. M.; CARVALHO, A. S. Burnout in palliative care: A systematic review. **Nurs Ethics**, v. 18, maio, p. 317-326, 2011.
- MENEZES, A. R. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2004.
- _____. Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde/doença. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1429-1449, 2011.
- MORAGÓN, A. C., DURÁN, G. M.; GONZÁLEZ, N. O.; ASENJO, A.C. Burnout em profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgências de um gran hospital. **Cartas Científicas Med Clin (Barc)**, v. 124, n. 14, p. 554-6, 2005.
- MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano**. Rio de Janeiro. José Olympio, 1994.
- NUNES, L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 41-50, 2008.
- OGDEN, T. **Os sujeitos da psicanálise**. Porto Alegre: Casa do Psicólogo, 1995.

____. **Esta arte da psicanálise**: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2010.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 212-7, 2010.

OLIVEIRA, R. A.; CARVALHO, R.T. **Bioética: refletindo sobre os cuidados**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

PALMEIRA, H. M.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANCHES PERES, R. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. **Aletheia** [On-line] 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115025560014>> Acesso em: 12 out. 2013.

PERES, J. F. P.; MERCANTE, J. P. P.; NASELLO, A. G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. **Revista Psiquiatria**, v. 27, n. 2, maio/ago, p. 131-38, 2005.

PIMENTA, C. A. de M.; MOTA, D. D. C. de F.; CRUZ, D. de A. L. M. da. (Orgs.). **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri, SP: Manole, 2006.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como OFÍCIO**. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

PONTES, A. C.; ESPÍNDULA, J. A.; MARTINS DO VALLE, E.R.; SANTOS, M. Bioética e profissionais de saúde: algumas reflexões. **Bioethikos**, v. 1, n. 1, p. 68-75, 2007.

RAMOS, D. L. P. (Org.). **Bioética: pessoa e vida**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

RIVIÈRE-PICHON, E. **Teoria do Vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

RUDGE, A. M. **Trauma**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

____. Trauma e Temporalidade. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, ano VI, n. 4, p. 102-16, dezembro, 2003.

SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos**: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

____. **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

- SANCHEZ Y SANCHES, K. M.; SEIDL, E. M. F. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. **Interface**, v. 17, n. 44, março, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 dez. 2013.
- SCHARAMM, F. R.; PALACIOS, M.; REGO, S. O modelo bioético principialista para a análise da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciências da Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 361-70, 2008.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.
- SILVA, E. P. da; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2013.
- SILES GONZALEZ, J.; SOLANO RUIZ, M. del C. História cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, agosto, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342012000400033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2013.
- SILVA, E. P. da; SUDIGURSKY, D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 21, n. 3, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2012.
- SINCLAIR, S. Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. **CMAJ**, v. 183, n. 2, p. 180-7. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/183/2/180.full.pdf+html>, 2010>.
- TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 5, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2012.
- UCHITEL, M. **Neurose traumática**: uma revisão crítica do conceito de trauma. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R. et al. Organizações de saúde, comunidades linguísticas e o emblemático modelo dos cuidados paliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1529-1538, 2007.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. Tradução Magda França Lopes. Revisão científica Claudia Bruscin. São Paulo: Roca, 2005.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983.

WRIGHT, M.; WOOD J.; LYNCH T.; CLARK D. Mapping levels of palliative care development: a global view. **Journal of Pain and Symptom Manage**, v. 35, n. 5, p. 469-485, 2008.

_____. Mapping levels of palliative care development: a global update. **Journal of Pain and Symptom Manage**, v. 45, n. 6, p. 1094-1106, 2013.