

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

RENATA PEREIRA RODRIGUES

Morte e Luto: vivências de profissionais da saúde de uma Unidade de
Transplante de Células Tronco-Hematopoéticas de um Hospital
Oncológico

RIBEIRÃO PRETO

2011

RENATA PEREIRA RODRIGUES

**Morte e Luto: vivências de profissionais da saúde de uma Unidade de
Transplante de Células Tronco-Hematopoéticas de um Hospital
Oncológico**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Promoção de saúde mental

Orientadora: Profa. Dra. Renata Curi Labate

RIBEIRÃO PRETO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Rodrigues, Renata Pereira

Morte e Luto: vivências de profissionais da saúde de uma Unidade de Transplante de Células Tronco-Hematopoéticas de um Hospital Oncológico. Ribeirão Preto, 2011.

87 p.: il.: 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Linha de Pesquisa: Promoção de saúde mental.

Orientadora: Labate, Renata Curi.

1. Transplante de células-tronco hematopoéticas. 2. profissionais de saúde. 3. morte. 4. luto

Rodrigues, Renata Pereira

Morte e Luto: vivências de profissionais da saúde de uma Unidade de Transplante de Células Tronco-Hematopoéticas de um Hospital Oncológico

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Dedico este trabalho a meus pais:
André Luiz e Maria Lúcia, exemplos de amor e vida.*

Agradecimentos

A Deus por sempre guiar e iluminar meus passos.

A minha querida orientadora Renata, por me aceitar como sua aluna e por percorrer comigo este caminho compreendendo meus diferentes momentos durante esta trajetória. Ser sua orientanda é um verdadeiro privilégio!

A meus pais, meus grandes amores, que sempre me apoiaram abrindo mão de seus sonhos em prol dos meus.

A Alexandre, companheiro de amor e sonhos, por estar sempre a meu lado apoiando e incentivando minhas decisões. Obrigada pela paciência e por compreender meus momentos de ausência e impaciência durante este percurso.

A minhas “irmãs”, Mônica, Izabela e Patrícia, e cunhados, João, Maurício e Bruno pelo carinho e por me darem as “maiores alegrias de minha vida”.

Às maiores alegrias da minha vida: Aninha, Carol, Lulis, Mari, João Henrique e Cici por encherem meus curtos finais de semana em família, de amor, vida e descontrações.

A Gabi e Sérgio, pela presença constante em minha vida.

Às melhores enfermeiras que conheci: Mariana e Karen, pela amizade, pelos momentos de descontração e pelas hospedagens em Ribeirão Preto.

A Elaine, minha irmã barretense, pela amizade verdadeira e por me acolher de forma carinhosa, cuidando de mim e me ajudando em todos os momentos.

A Manuela, minha psicóloga particular, pela amizade e por nossas inúmeras conversas nos intermináveis finais de semana de estudos.

A Anna Helena e Mariana que acolheram minhas angústias, mostrando-me mais forte do que eu imaginava ser.

Às terapeutas ocupacionais, Ana Paula Mastropietro e Luciene Vaccaro, por me ensinarem o que é ser terapeuta ocupacional e por acreditarem em mim.

À psicóloga, Érika Arantes, pelo carinho e por ter plantado em mim a semente deste trabalho.

Às terapeutas ocupacionais, Maria Lúcia e Priscila, pelo incentivo e apoio nos momentos em que precisei me ausentar da instituição.

À equipe do Transplante de Medula Óssea do Hospital de Câncer de Barretos, pela amizade e por ser a melhor equipe do mundo.

Ao Dr. Paton, exemplo de competência, liderança e amor pelo que faz.

Aos profissionais participantes desta pesquisa, pela colaboração e pela confiança em expor seus sentimentos e emoções.

A Théo, meu pequeno grande companheiro.

E a todos que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste trabalho.

“Aqueles que vão morrer nos ensinam a viver.”

Marie Hennezel

RESUMO

RODRIGUES, R.P. **Morte e Luto: vivências de profissionais da saúde de uma Unidade de Transplante de Células- Tronco Hematopoéticas de um Hospital Oncológico.** 2011. 87f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

O transplante de células- tronco hematopoéticas (TCTH) é uma modalidade terapêutica capaz de reconstituir os sistemas hematopoético e imunológico em uma variedade de doenças malignas e não malignas. O TCTH é um procedimento agressivo, que pode tanto recuperar a vida do paciente quanto conduzi-lo a óbito. Além das vivências e angústias dos pacientes, considera-se o estresse dos profissionais. A equipe de saúde trava uma luta incessante por esses pacientes. Não conseguir evitar ou adiar a morte, ou mesmo aliviar o sofrimento, pode trazer ao profissional do TCTH a vivência de seus limites, de sua impotência e de sua finitude. Esta pesquisa qualitativa objetivou conhecer o significado da morte dos pacientes para os profissionais da Unidade de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas de um Hospital Oncológico. Trata-se de um estudo clínico-qualitativo realizado sobre amostra intencional (fechada por saturação e variedade de tipos) de oito profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, cirurgiã dentista) de uma unidade de TCTH de um hospital especializado em tratamento oncológico. Foram realizadas entrevistas semidirigidas com questões abertas. O material transcrito foi submetido à análise qualitativa de conteúdo e organizado em três temas: vinculação com os pacientes, luta pelo tratamento e sentimentos envolvidos nessa relação. Os profissionais demonstraram que se vinculam aos pacientes durante o tratamento do transplante, apresentando a vivência do luto após sua perda. Descreveram que sofrem quando há agravamento do quadro clínico dos pacientes, quando verificam processos lentos de morte e quando o sofrimento dos pacientes se torna muito intenso. Para esses profissionais, a morte dos pacientes gera sentimentos de pesar, injustiça, alívio, cobrança quanto aos limites da assistência, choque, medo e impotência. A proximidade dos profissionais de saúde junto aos pacientes do TCTH é prolongada e pode acarretar implicações emocionais na equipe. Evidencia-se a necessidade de se abordar a temática da morte e do luto nas unidades de TCTH de forma a acolher os sentimentos e as angústias dos profissionais, promover a divulgação e a consolidação das abordagens de intervenção nesse contexto.

Palavras-Chave: Transplante de células-tronco hematopoéticas, equipe de assistência ao paciente, morte, pesar.

ABSTRACT

RODRIGUES, R.P. **Death and Mourning: experiences of health professionals from a Hematopoietic Stem Cell Transplant unit in a Cancer Hospital.** 2011. 87 f. Thesis (MA) - School of Nursing of Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The hematopoietic stem-cell transplantation (HSCT) is a therapeutic modality capable of reconstituting the hematopoietic and immune systems in a variety of malignant and non malignant diseases. The HSCT is an aggressive procedure, which can either restore the patient's life or lead him to death. In addition to the experiences and anxieties of patients, it is the feelings of professionals. The health team waged a ceaseless struggle for these patients. Can not avoid or postpone death, or even alleviate suffering, can bring the professional experience of HSCT to the edge, his impotence and his finitude. This qualitative study aimed to know the meaning of death of patients for professionals in the Unit of Hematopoietic Stem Cells Transplant in a Cancer Hospital. This is a clinical-qualitative study carried out on an intentional sample (selected through saturation and variety of types) of eight professionals (doctor, nurse, practical nurse, psychologist, physiotherapist, dietitian, social worker and dentist) of an HSCT unit of a hospital specializing in cancer treatment. Semi structured interviews were conducted with open questions. The transcripts were subjected to qualitative content analysis and organized into three themes: the link with the patients, the fight for treatment and feelings involved in this relationship. The professionals showed that bond to patients during the treatment of transplantation, presenting the experience of mourning after his loss. Reported the suffer when there is worsening of clinical symptoms of patients when they check the slow process of death and suffering of patients becomes intense. For these professionals, the patient's death generates feelings of mourning, injustice, relief, recovery and limits of care, shock, fear and powerlessness. The proximity of health professionals with patients of HSCT is prolonged and may cause emotional implications on the team. This study highlights the need to address the theme of death and mourning in HSCT units in order to accommodate the feelings and anxieties of professionals, promote the dissemination and consolidation of approaches to intervention in that context.

Keywords: hematopoietic stem cell transplantation, patient care team, death, grief.

RESUMEN

RODRIGUES, R.P. **Muerte y duelo: las experiencias de profesionales de la salud de una unidad de trasplante de células madre hematopoyéticas en el Hospital del Cáncer.** 2011. 87f. Tesis (MA) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, de 2011.

El trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) es una modalidad terapéutica capaz de reconstituir el sistema hematopoyético e inmune en una variedad de enfermedades malignas y no malignas. El TCMH es un procedimiento agresivo, que puede restaurar la vida del paciente o llevarlo a la muerte. Además de las experiencias e inquietudes de los pacientes, hay los sentimientos de los profesionales. El equipo de salud lleva a cabo una lucha incesante para estos pacientes. No ser capaz evitar o postergar la muerte, e incluso aliviar el sufrimiento, puede llevar la experiencia de los profesionales del TCMH hasta sus límites, su impotencia y su finitud. Este estudio cualitativo tuvo como objetivo conocer el significado de la muerte de los pacientes para los profesionales de la Unidad de Trasplante de Células Madre Hematopoyéticas en un Hospital del Cáncer. Se trata de un estudio clínico-cualitativo realizado sobre una muestra intencional (seleccionado a través de la saturación y la variedad de tipos) de ocho profesionales (médico, enfermera jefe, enfermera, psicólogo, fisioterapeuta, dietista, trabajadora social, cirujana dentista) de una unidad de TCMH de un hospital especializado en el tratamiento del cáncer. Fueron realizadas entrevistas semi estructuradas con preguntas abiertas. Las transcripciones fueron sometidas a análisis de contenido cualitativo y organizadas en tres temas: la relación con el paciente, la lucha para el tratamiento y los sentimientos involucrados en esta relación. Los profesionales señalaron que se enlajan a los pacientes durante el tratamiento de transplante, presentando la experiencia de dolor después de la pérdida de ellos. Informaron que sufren cuando se comprueba el lento proceso de la muerte y cuando el sufrimiento de los pacientes se hace intenso. Para estos profesionales, la muerte de los pacientes genera sentimientos de dolor, injusticia, alivio, el requerimiento en relación a los límites de la atención, choque, miedo e impotencia. La proximidad de los profesionales de la salud con los pacientes de TCMH se prolonga y puede causar consecuencias emocionales en el equipo. Este estudio pone de relieve la necesidad de abordar el tema de la muerte y el duelo en las unidades de TCMH para dar cabida a los sentimientos e inquietudes de los profesionales, promover la difusión y consolidación de los enfoques de intervención en ese contexto.

Palabras clave: Trasplante de células madre hematopoyéticas, grupo de atención al paciente, muerte, pesar.

SUMÁRIO

1 <i>PREÂMBULO</i>	13
2 <i>Introdução</i>	16
2.1.1 Teoria do Apego.....	17
2.1.2 O processo do luto segundo a teoria do apego.....	22
2.1.3 Transplante de células-tronco hematopoéticas, equipe e morte	24
3 <i>Objetivos</i>	32
3.1 Objetivo geral.....	33
3.2 Objetivos específicos	33
4 <i>Caminho Metodológico</i>	34
4.1 O Método Clínico-Qualitativo	35
4.2 Técnicas para coleta de dados	39
4.3 Contexto do estudo.....	40
4.4 Amostra	40
4.5 Construindo os encontros	42
4.6 Tratamento dos dados obtidos	46
5 <i>Resultados e Discussão</i>	49
5.1 “Você acaba criando um vínculo...”	50
5.2 “Da luta ao luto”	58
5.3 “... não existe um sentimento único, existem vários sentimentos...”	61
<i>Considerações Finais</i>	69
<i>Referências</i>	72
<i>Apêndices</i>	79
<i>Anexo</i>	86

1 PREÂMBULO¹

¹ Esta dissertação foi revisada seguindo as normas do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

Trabalhar com o tema da morte é um desafio que se torna ainda maior quando discutida sua inserção na vida cotidiana dos profissionais de saúde. Ao iniciar meus estágios hospitalares durante a graduação em terapia ocupacional, lembro-me de que me amedrontava a possibilidade de acompanhar um paciente que viesse a morrer. Tinha medo de não estar preparada para enfrentar tal situação.

Durante o estágio curricular, vivenciei, pela primeira vez, a morte de um paciente que eu acompanhava. Era um menino de sete anos que, no período de internação para realizar um procedimento cirúrgico- cardíaco, permanecia grande parte do tempo na brinquedoteca comigo. Após a delicada cirurgia, recebi a informação da mãe de que ele estava bem e a caminho do Centro de Terapia Intensiva (CTI). Muito aliviada com o retorno positivo da cirurgia e contente por comemorar o aniversário de sete anos do filho naquele dia, a mãe me pediu para ir até o CTI enfeitar o leito da criança com balões, atividade rotineira do serviço de terapia ocupacional no dia do aniversário dos pacientes pediátricos. Quando entrei no CTI, deparei-me com a cena de três médicos e duas enfermeiras ao redor e em cima da criança realizando o procedimento de ressucitação cardio-pulmonar. Por um momento, permaneci estática e sem saber como ir até aquela mãe que estava do lado de fora da unidade aguardando a autorização para rever o filho. Acompanhei a médica que saiu da unidade para comunicar à mãe o que estava acontecendo com a criança e fui imediatamente abraçada pela mãe que implorava que eu rezasse junto com ela. A morte da criança ocorreu após 20 minutos e foi comunicada à mãe de uma maneira impressionante. Os profissionais não conseguiram mencionar a palavra morte, sequer algum de seus sinônimos. Falavam: “a criança teve hemorragias e não aguentou”. A menção da morte surgiu da mãe ao questionar: “então ele morreu?”.

Naquele dia, permaneci ao lado da mãe até que estivesse amparada por seus familiares. Acompanhei-a para ver o filho e realizar os procedimentos burocráticos do momento. Essa vivência chamou minha atenção e foi a partir desse dia que comecei a refletir sobre o tema da morte e suas relações com os profissionais da saúde no ambiente hospitalar.

Devido a meu interesse pela assistência a pacientes hospitalizados e graves e pelo tema da morte, optei por realizar um aprimoramento voltado para a prática hospitalar. Quando ingressei no Programa de Aprimoramento Profissional em “Terapia Ocupacional Hospitalar”, do Hospital das Clínicas da Faculdade de

Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), pude vivenciar um pouco mais essa assistência, principalmente por também trabalhar na Unidade de Transplante de Medula Óssea (UTMO) atualmente também denominada Unidade de Transplante de Células- Tronco Hematopoéticas (UTCTH) . Com o término do Aprimoramento e minha contratação temporária nesse serviço, convivi, ainda mais de perto, com a assistência hospitalar para pacientes graves. Vivenciar o cotidiano desses pacientes e dos profissionais assistentes tornou-se um aprendizado diário. Nessa prática, muitas vezes, tenho presenciado o sofrimento dos pacientes e de seus familiares ao enfrentarem a rotina de alguma doença que não responde ao tratamento curativo.

Após essa experiência, pude conviver novamente com o Transplante de Medula Óssea (TMO) atualmente também denominado Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) em um hospital oncológico no interior de São Paulo onde fui contratada posteriormente. Com o passar dos meses na UTCTH e após aprender sobre seu funcionamento, comecei a questionar sobre os sentimentos da equipe. Agora, fazia parte de meu cotidiano o acompanhamento de cada etapa do tratamento, e do sofrimento do paciente, vivenciando suas vitórias e seus fracassos.

Um de meus primeiros questionamentos foi sobre os sentimentos da equipe diante da mudança do paradigma terapêutico (curar/cuidar). Como os profissionais enfrentam essa mudança? Entretanto, meu maior questionamento surgiu quando vivenciei a primeira morte de um paciente na UTCTH. Em alguns momentos, cheguei a pensar que a morte causava pouco impacto nos profissionais. Será que sua dinâmica e seu funcionamento pouco se alteravam após esses episódios? Será que cada membro da equipe conseguia elaborar a perda de um paciente?

Acredito que iniciar um estudo especializado sobre as vivências dos profissionais de saúde relacionadas ao tema da morte e do luto será de grande importância para refletir sobre os diversos sentimentos envolvidos e para reconhecer as limitações e as individualidades de cada pessoa.

2 Introdução

2.1 Revisão de Literatura

2.1.1 Teoria do Apego

Perder um paciente em decorrência da morte é uma experiência esperada. Todos nós, profissionais de saúde, sabemos que a enfrentaremos em algum momento. Mazzorra (2009) afirma que, embora testemunhar a morte seja parte da vida, assim como caminhamos na direção de nossa própria morte, deparar-nos com ela é sempre um amargo lembrete de nossa própria finitude e impotência, é ver a dura realidade da separação e aprender a viver sem aquela pessoa. Portanto, trata-se de uma experiência que pode afetar o profissional de saúde em vários âmbitos de sua vida (afetivo, físico, comportamental, social e espiritual) e precisa ser elaborada, por meio do processo de luto.

Em 1917, quando Freud publicou *Luto e melancolia*, a partir de suas observações clínicas durante a Primeira Guerra Mundial, comparou pesar e melancolia e considerou que o luto, como causa de depressão, tende a se manifestar em relações ambivalentes (Franco, 2010).

Parkes (1998) relata que, antes de Freud, o luto já havia sido foco de atenção. Em 1621, Robert Burton publicou *The anatomy os melancholie*, em que entendia que o pesar gerado por uma perda era tanto sintoma como causa principal da melancolia, hoje definida como depressão clínica. Nos séculos XVII e XVIII, o luto era considerado causa de morte e prescreviam-se medicações para quem fosse diagnosticado com luto patológico. No século XIX, Benjamin Rush, médico americano, receitava ópio para enlutados e vemos, com ele, pela primeira vez, a denominação de coração partido para a condição que levava indivíduos enlutados à morte por problemas cardíacos (Franco, 2010).

Outra publicação destacada por Parkes (1998) foi a de Charles Darwin, no ano de 1872, *The expression of emotions in man and animals*, na qual o autor aponta para o fato de que várias espécies animais, sobretudo os mamíferos, choram quando se separam daqueles a quem estavam vinculados, enquanto que, para os seres humanos, há regras para essa experiência. Dessa forma, introduziu-se a questão da relação natureza – cultura, na compreensão da vivência e da expressão do pesar por uma perda.

Em 1940-1950, John Bowlby desenvolveu a teoria do apego. E os conhecimentos advindos da Etologia, definida como o estudo do comportamento animal, foram de grande importância para que se pudesse dar sentido ao comportamento animal presente e expresso no relato de Darwin (Franco, 2010).

John Bowlby, criador e pioneiro da teoria do apego, está entre os que conseguiram fazer o percurso entre diversas áreas do conhecimento. Depois de se graduar com mérito no Trinity College, em Ciências Naturais e Psicologia, Bowlby iniciou os estudos em Medicina e Psicanálise. Sua formação científica fez dele um crítico de muitas das teorias de seus colegas psicanalistas e levou-o a buscar respostas mais além, para entender os problemas que o intrigavam (Parkes, 2009).

Foi no cenário da Segunda Guerra Mundial que novas visões sobre o luto se apresentaram: Freitas (2000) descreve que, durante a Segunda Guerra Mundial, como psiquiatra do Exército, Bowlby, juntamente com Bion, passou a experimentar métodos de investigação. Esses estudos decorreram com o término da Segunda Guerra, quando muitas crianças foram retiradas de zonas de risco e separadas de um ou ambos os pais. Bowlby foi convidado pela Organização Mundial de Saúde a fazer uma revisão das pesquisas empíricas sobre os efeitos da privação materna (Parkes, 2009).

Esse trabalho de Bowlby foi publicado em 1953 com o título *Child care and the growth of love* e apontou o prejuízo que pode ser causado a crianças pequenas pela ausência ou rejeição da mãe, ou substituta, na primeira infância (Parkes, 2009). Para esses estudos, Bowlby descreveu os princípios básicos da teoria a partir dos conceitos da Etologia, da Cibernética e da Psicanálise.

Em 1958, ano produtivo em que Bowlby esteve no Centro de Estudos Avançados na Califórnia, foram desenvolvidas várias ideias que fundamentaram seu estudo mais importante, a trilogia: apego, separação e perda (Parkes, 2009).

Em seu trabalho sobre o apego, Bowlby abordou a natureza do vínculo da criança com a mãe. Ele já reconhecia que o apego primário não se dava sempre com a mãe biológica e denominou a expressão “figura materna” para designar essa pessoa. Considerando que essa ligação teria raízes instintivas descreveu os “modelos operativos internos” a respeito do mundo que cada criança constrói e utiliza para se orientar e planejar (Parkes, 2009).

Desde a infância e a formação das relações de apego, o ser humano cria modelos representacionais do mundo e de si próprio, por meio dos quais suas

vivências são significadas. E as informações recebidas e captadas, por meio dos órgãos dos sentidos, são interpretadas. Bowlby (1973) descreveu os modelos operativos internos como sendo componentes necessários do sistema comportamental de apego que atuam como lentes por meio das quais a pessoa compreende o mundo, observa os eventos, elabora planos e desenvolve expectativas para o futuro. Marrone (2001) completa que, por meio desses modelos, é possível a organização da experiência subjetiva e cognitiva (atenção, memória, pensamento, linguagem, narrativa) e da conduta adaptativa; dessa maneira, a criança aprende a relacionar-se inicialmente com a figura do apego e, depois, com as demais pessoas (Bowlby, 1973).

Para a maioria dos bebês saudáveis, o comportamento do apego se estabelece nos primeiros seis meses de vida. Os modelos operativos internos são estabelecidos com a internalização da repetição da experiência vivida com as figuras do apego, tornam-se parte da personalidade do indivíduo e tendem a operar de modo automático e inconsciente sendo resistentes a mudanças. Ao final do primeiro ano de vida, já está estabelecido um estilo de apego, que tende a permanecer estável ao longo de suas relações (Bowlby, 1969).

Bowlby (1969) afirma ainda que os modelos operativos internos da figura do apego são avaliações da acessibilidade, disponibilidade e confiabilidade dessas figuras. Uma das grandes funções da figura do apego é fornecer uma base de segurança que permita aos indivíduos explorar o ambiente.

A partir do instante em que a criança vê a figura do apego como responsiva e acessível, considera-se como alguém a quem os demais, em especial a figura do apego, responderá em caso de necessidade, mesmo quando ausente. A criança confia que essa figura estará disponível quando necessário e estabelece um estilo de apego seguro com ela, podendo afastar-se com segurança e a tranquilidade de que pode voltar a buscar seu cuidado, se sentir necessidade (Bowlby, 1969, 1973).

Bowlby (1969, 1973, 2006) aponta ainda que, por outro lado, quando a figura do apego é considerada não-responsiva e inacessível, a disponibilidade e a confiabilidade não são esperadas e o estilo de apego que predominará será considerado inseguro, caracterizado pela ambivalência, dificuldade de distanciamento, ansiedade, temor da perda ou negação das necessidades de apego e cuidado.

John Bowlby teve vários seguidores ao longo de seus estudos; entre eles, a psicóloga Mary Ainsworth que aplicou as teorias de Bowlby ao estudo das interações mãe-bebê em nativos de Gana. Essa pesquisadora deduziu que uma maneira de estudar o amor era observar os efeitos da separação (Parkes, 2009). Ainsworth et al (1978), fizeram seus estudos de observação de crianças em situações de separação e reunião com suas figuras do apego, chamados Teste da Situação Estranha, e descreveram três distintos estilos de apego encontrados:

- 1) Estilo de apego seguro: confia que a figura do apego estará disponível quando procurada, é sociável e apresenta alto nível de exploração do ambiente.
- 2) Estilo de apego evitativo: mantém distância e uma atitude de autossuficiência emocional, não procurando a figura do apego em momento de necessidade, reagindo defensivamente, porque crê que, ao procurar seu apoio, será rejeitada.
- 3) Estilo de apego ansioso-ambivalente: mantém grande proximidade da figura do apego e pouca exploração do ambiente por não confiar se seu cuidador estará disponível quando procurado. Diante de seu afastamento, reage com elevada ansiedade de separação (Mazorra, 2009).

De acordo com Parkes (2009), Main (1979) acrescentou um novo estilo de apego inseguro à classificação relatada por Ainsworth et al (1978): o apego desorganizado. Esse grupo de crianças apresenta atividade desorganizada e contraditória. Podem chorar quando separadas, mas evitam a mãe quando ela retorna, ou se aproximam dela e então ficam “congeladas” ou se jogam no chão. Esse tipo de apego está associado a traumas severos sofridos pelos pais antes ou após o nascimento da criança, abuso, negligência da criança, cuidado inconsistente oferecido à criança.

Main e Goldwyn (1984) desenvolveram ainda o instrumento Entrevista de Apego Adulto, considerado o mais confiável para se avaliar, na vida adulta, a influência dos apegos na infância. Classificam os adultos como “autônomo-seguro” (50-60%), inseguro-rejeitador” (25-30%), “inseguro-preocupado” (10-15%), “ou “não-resolvido”. De acordo com Parkes (2009), essa classificação corresponde mais ou menos às categorias “seguro”, “evitador”, “ansioso-ambivalente”, e “desorganizado”.

Bartholomew e Horowitz (1991) ampliaram as dimensões do apego na vida adulta, incluindo mais um tipo de apego e apresentaram o seguinte quadro explicativo:

Quadro 1 - Dimensões de apego na vida adulta (Bartholomew e Horowitz, 1991)

Autoestima	Sociabilidade	
	Alta	Baixa
Alta	Seguro	Rejeitador
Baixa	Preocupado com o relacionamento	Temeroso de intimidade

- 1) Seguro: possui um modelo operativo interno positivo de si e do outro. Apresenta boa autoestima e vê os demais como predominantemente responsivos; procura a proximidade e sente-se confortável em relacionamentos que envolvem intimidade (Mazorra, 2009).
- 2) Preocupado: apresenta modelo negativo de si e positivo do outro. Acredita que, para obter segurança, aceitação e validação dos demais, tem de corresponder a suas expectativas (Mazorra, 2009).
- 3) Evitativo-rejeitador: caracterizado pelo modelo positivo de si e negativo do outro. Apresenta autoestima elevada, irreal, acredita ser valoroso e autossuficiente, buscando uma autoimagem idealizada, de perfeição, negando sua fragilidade e dependência (Mazorra, 2009).
- 4) Evitativo-temeroso: apresenta modelo negativo de si e do outro. Evita intimidade para se afastar da dor da perda e rejeição; muito dependente da aceitação do outro (Mazorra, 2009).

Bowlby (1973) destaca ainda que as pessoas não possuem modelos únicos de si e de suas figuras do apego. Em pessoas com perturbação emocional, o modelo de maior influência costuma ser o que se constrói nos primeiros anos de vida e que pode ser inteira ou relativamente desconhecido para a pessoa. Por sua vez, esse modelo opera um segundo, muitas vezes radicalmente incompatível, que se desenvolveu mais tarde, que é mais sofisticado e que poderá erroneamente ser considerado como dominante. Embora uma pessoa possa ter modelos operativos internos múltiplos, a definição de apego seguro ou inseguro será dada pela qualidade predominante (Marrone, 2001).

Refletindo sobre a importância da fundamentação descrita por Bowlby e seus seguidores, fica evidente a necessidade de uma compreensão do processo de

luto e da teoria do apego de maneira a deixar clara a relação contínua e dinâmica entre esses dois processos: o da formação e o do rompimento dos vínculos.

2.1.2 O processo do luto segundo a teoria do apego

Quando se fala em luto, vários questionamentos surgem para serem respondidos e, nesta revisão, atentarei principalmente às seguintes questões: O que é o processo do luto? Como se dá o processo de elaboração do luto?

Segundo Bowlby (2006), o luto é uma reação ao rompimento de vínculos afetivos. Sua Teoria do Apego integra ideias da Psicanálise e da Etologia e versa sobre a tendência dos seres humanos a estabelecer fortes vínculos afetivos com outros e a reações e perturbações da personalidade, originadas de situações de separação e perda involuntárias.

Antes de descrever os efeitos do rompimento de vínculos, vale falar um pouco sobre a vinculação e seu prevalecimento. Bowlby (2006) relata que, mesmo não sendo universais em aves e mamíferos, vínculos fortes e persistentes são as regras em numerosas espécies. Os tipos de vínculos diferem de uma espécie para outra, sendo os mais comuns aqueles entre os pais e sua prole e entre adultos de sexos opostos.

A vinculação afetiva é o resultado do comportamento social de cada indivíduo de uma espécie, diferindo conforme o outro indivíduo de sua espécie com quem ele esteja tratando; isso implica, é claro, uma aptidão para reconhecer indivíduos. Enquanto cada membro de um par vinculado tende a manter-se na proximidade do outro e a suscitar, no outro, o comportamento de manutenção da proximidade, os indivíduos que não estão assim vinculados não mostram tais tendências; com efeito, quando dois indivíduos não estão vinculados, frequentemente um deles resiste vigorosamente a qualquer abordagem que o outro possa tentar (Bowlby, 2006).

Bowlby (2006), por conveniência, designou como teoria de ligação a propensão dos seres humanos a estabelecer fortes vínculos afetivos com alguns outros, e de explicar as múltiplas formas de consternação emocional e perturbação da personalidade, incluindo ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional a que a separação e perda involuntária dão origem.

Suas observações (Bowlby, 2006) de crianças e adultos enlutados permitiram-lhe delinear uma sequência de reações esperadas em resposta ao rompimento do vínculo afetivo.

Bowlby (2006) descreve que o luto tem como resposta característica as fases de torpor ou aturdimento; saudade e procura da figura perdida; desorganização e desespero e, finalmente, maior ou menor reorganização. Parkes (1998), por seus estudos com a fenomenologia do processo de luto, corrobora essas fases do processo de luto.

A fase de torpor pode durar de algumas horas até muitos dias. Nesse período, o enlutado vive uma sensação de entorpecimento perante a notícia da perda. O mecanismo de defesa de negação é utilizado para evitar o contato com um evento de difícil aceitação (Bowlby, 1973).

Na fase da saudade e procura da figura perdida, em alguns dias, ou uma ou duas semanas depois da perda, ocorre uma mudança, e a pessoa começa, embora apenas episodicamente, a dar-se conta da realidade da perda que sofreu; isso leva a espasmos de intensa aflição e a crises de choro. O reconhecimento da irreversibilidade da perda provoca profunda tristeza e oscila com a esperança diante da crença, consciente ou inconsciente, de que a perda é reversível (Bowlby, 2006).

No período de desorganização e desespero, o enlutado reconhece a imutabilidade da perda e que não poderá recuperar a pessoa perdida, vivenciando desmotivação pela vida, apatia e depressão (Bowlby, 1973).

Com o tempo, tem início a fase de reorganização, quando há diminuição da depressão e da desesperança, maior tolerância às mudanças e o investimento afetivo em novos objetos vai se tornando possível. Há uma reacomodação dos modelos operativos internos da pessoa e do mundo para se adaptarem às mudanças ocorridas (Bowlby, 1973).

Worden (1998) completa propondo o conceito de tarefas do luto baseado nos estudos de Bowlby (1973) e de Freud (1917): a primeira tarefa é aceitar a realidade da perda, o que requer a apreensão do teste de realidade de que a morte ocorreu. A segunda tarefa é lidar com o impacto emocional da perda. A terceira tarefa supõe a adaptação a um ambiente sem o falecido. A quarta tarefa é a de reposicionar o falecido em sua vida e encontrar meios de lembrar-se dele; consiste em encontrar um lugar novo e apropriado para o falecido em sua vida emocional, transformando sua relação com ele e reinvestindo na vida (Mazorra, 2009).

Vale ressaltar que os conceitos de fases e tarefas do luto não são excludentes; pelo contrário, são complementares. Alguns estudiosos do luto (Walter, 1996; Hagman, 2001; Neimeyer, 2001) vêm questionando os conceitos de fases e tarefas do luto apontando que a visão do processo em termos de fases ou tarefas contribui para a regulamentação e a estandardização do processo, não reconhecendo a complexidade e a singularidade de cada experiência de luto. Destacam ainda que, embora as tarefas possam atuar como guia para o aconselhamento e a terapia, nem todos os enlutados passam por essas fases e não necessariamente em uma ordem fixa.

Mazorra (2009) relata que há o risco de que a tentativa de encaixar os enlutados em fases e tarefas que supostamente devem experienciar provoque uma miopia para a diversidade de reações à perda, em diferentes indivíduos, contextos e culturas. Entretanto, tais conceitos continuam sendo úteis para a compreensão do luto, desde que tenhamos em mente que não são conceitos normatizadores do luto e que a vivência da perda é única e depende dos significados que lhe atribuem o enlutado e a sociedade em que está inserido.

2.1.3 Transplante de células-tronco hematopoéticas, equipe e morte

O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é uma modalidade terapêutica capaz de reconstituir os sistemas hematopoético e imunológico em uma variedade de doenças malignas ou não malignas, passíveis de cura por meio de doses elevadas de quimioterapia, associadas ou não à radioterapia (SARIA e GROSSELIM-ACOMB, 2007).

Miranda, Silva e Pasquini (2009) descrevem o TCTH como um procedimento altamente especializado, realizado em centros de excelência, para o tratamento de pacientes com doenças muitas vezes incuráveis. A complexidade do transplante é derivada da gravidade das condições em que os pacientes se encontram, a urgência da identificação de um doador compatível e do processo de seleção de um possível doador.

Segundo Tabak (2000), a imunossupressão induzida pelo regime de condicionamento pré-TCTH é um procedimento agressivo, que pode tanto recuperar a vida do paciente quanto conduzi-lo ao óbito, o que torna o TCTH um método não

plenamente resolutivo. Esse paradoxo ocorre basicamente porque torna o paciente temporariamente vulnerável a complicações que acarretam riscos não apenas a sua integridade física, mas também a sua própria vida.

De acordo com Dulley, Soboya e Barros (2007), há diferentes tipos de TCTH de acordo com o doador:

- Alogênico ou alogênico: quando há uma identidade do sistema de antígenos leucocitários humanos (em geral total, podendo também ser parcial em casos selecionados) entre o receptor e o doador. Diferentemente do que ocorre na maioria dos transplantes de órgãos sólidos, o grau de compatibilidade imunológica entre o doador e o paciente é crucial para o sucesso do procedimento. O doador é, em geral, membro da família - os irmãos são os ideais. São os transplantes aparentados. Pode-se também utilizar não parentes, provenientes de bancos de medula óssea - os transplantes não aparentados.
- Singênico ou singênico: quando o paciente recebe as células progenitoras provenientes de irmão gêmeo idêntico. É um procedimento mais raro.
- Autoplástico ou autogênico ("autólogo"): quando se usam as próprias células progenitoras do paciente, previamente coletadas. Essas células podem ser re-infundidas imediatamente – transplante com "medula fresca" - ou criopreservadas (ou mesmo manipuladas) em condições apropriadas. É o tipo de TCTH mais utilizado nos dias atuais.
- Cordão Umbilical - a fonte de extração, aqui, é o cordão umbilical, tecido rico em células-mãe capazes de regenerar a medula óssea.
- De acordo com Riul (1995), o TCTH é dividido em cinco momentos:
- Preparação pré-transplante: a preparação pré-TCTH envolve, segundo Anders (1999), dois momentos: o pré-admissional, em que o paciente e seus familiares passam pelo acompanhamento médico ambulatorial até a internação para a realização do procedimento; e a admissão em que o paciente deve ser orientado pela equipe multiprofissional do TCTH: psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, médico, nutricionista, assistente social, odontólogo e fisioterapeuta.
- Regime de condicionamento: Após a preparação pré-TCTH, o paciente será internado para a efetuação do transplante. A primeira intervenção, nessa fase, é a implantação do cateter venoso central, um tubo flexível que auxiliará na coleta de sangue e na infusão de hemoderivados e medicamentos. Em seguida se inicia o condicionamento, com altas doses de agentes quimioterápicos. O

objetivo desse condicionamento, de acordo com Foerster (1998), é o de promover uma imunossupressão intensa e/ou eliminação das células malignas. Inúmeros são os efeitos colaterais desses agentes: náuseas, vômitos, diarreias, dores de cabeça, dentre outros.

- Aspiração, processamento e infusão das células-tronco hematopoéticas: no transplante alogênico, as células podem ser retiradas do doador por via periférica ou central que é realizada no centro cirúrgico. O doador recebe anestesia geral, as células são coletadas e colocadas em meio heparinizado. No transplante autólogo, as células foram previamente coletadas do paciente. Depois de coletada, a medula é filtrada e transferida para bolsas de transfusão (Dulley, 1996); a infusão das células é realizada na própria unidade, através do cateter.
- Enxertamento da medula óssea: trata-se da “pega” da medula, isto é, quando começam a aparecer os sinais do funcionamento da medula (pega). Isso ocorre aproximadamente de 14 a 21 dias após a infusão e se manifesta por um progressivo aumento dos glóbulos brancos. Durante esse período, o paciente, ainda internado, necessita de rigorosa observação e cuidados da equipe, tendo em vista as complicações que pode apresentar.
- Alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial: a alta ocorre quando o enxertamento da medula é seguramente considerado como bem-sucedido e não se observam complicações do transplante. A família e o paciente recebem instruções da equipe com relação à prevenção de complicações infecciosas, algumas restrições às atividades do paciente, precauções a serem tomadas, além das instruções referentes aos medicamentos e ao cuidado do cateter (Abramovitz; Senner, 1995). Após a alta hospitalar, o paciente é acompanhado no serviço de hospital-dia e posteriormente pelo serviço ambulatorial. Esse acompanhamento varia de acordo com as necessidades do paciente e com o tipo de transplante a que se submeteu.

Considerando o alto nível de complexidade que permeia as etapas de realização do TCTH, faz-se necessária a presença de uma equipe multidisciplinar especializada de forma que se abordem, de maneira abrangente, os aspectos biopsicossociais do paciente durante esse processo.

Em relação a esses pacientes, Coenson e Dimsdale (1994) sintetizam alguns problemas singulares ao enfrentar o transplante, decorrentes do próprio estresse a que são submetidos, desde o diagnóstico da doença, passando por várias fases do tratamento e suas complicações. São descritas, na literatura, várias alterações psicológicas e psiquiátricas nesses pacientes, tais como ansiedade, depressão, irritabilidade, desorientação, perda do controle, medo de morrer e perda da motivação. Eles começam a enfrentar a dor, o desfiguramento, a perda das funções sexuais, a dependência, o isolamento, a separação e a morte (OLIVEIRA et al, 2009).

Além dessas vivências e angústias do paciente, considera-se o estresse que a equipe também enfrenta. Isso ocorre desde as primeiras reuniões com os pacientes e familiares a respeito das informações sobre o procedimento do TCTH, suas fases e suas possíveis complicações. Quando começam a aparecer as primeiras manifestações colaterais da quimioterapia, assim como as complicações decorrentes de quadros infecciosos, é preciso que a equipe esteja bem estruturada, física e emocionalmente, tanto para dar ao paciente segurança, tranquilidade e coragem a fim de suportar cada fase, quanto para estar ciente de suas próprias limitações (CONTEL et al, 2000). Essa questão é destacada na literatura que vem evidenciando a preocupação de diferentes autores com o cotidiano profissional dessa natureza, dada sua tendência ao desgaste das pessoas.

Kubler-Ross (2008) pontuou sua preocupação com os sentimentos das pessoas que assistem o doente na luta contra a morte. Essa autora descreve que, quando retrocedemos no tempo e estudamos culturas e povos antigos, temos a impressão de que o homem sempre abominou a morte e provavelmente sempre a repelirá. Do ponto de vista psiquiátrico, isso é bastante compreensível e talvez se explique melhor pela noção básica de que, em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos.

Labate e Cassorla (1999) consideram que o profissional de saúde defronta-se, em seu cotidiano, com situações que mobilizam o emocional, por vezes de forma intensa. Isso não só dificulta seu trabalho, como o confunde diante dos aspectos técnicos, acarretando-lhe um grau considerável de sofrimento pessoal. Afirmam que podem ocorrer processos de identificação patológica com o sofrimento do paciente ou com sua doença, tornando o trabalho do profissional de saúde “insalubre” do ponto de vista psicológico.

Ferreira-Santos (1983) ressalta que a equipe de saúde objetiva a luta contra a morte, uma luta incessante à medida que a equipe adquire mais conhecimentos. A tecnologia altamente sofisticada permite diagnósticos precoces, avanços na terapêutica, transplantes de órgãos, substituição de vasos importantes, recuperação de paradas cardíacas. Mas, por vezes, a medicina fracassa e, com o fracasso, vem a impotência, a depressão, a negação e a evasão. Segundo Kóvacs (2003), ao se priorizar, no hospital, o salvar a vida do paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável pode fazer com que o trabalho da equipe de saúde seja percebido como frustrante, desmotivador e sem significado. Essa percepção pode ser agravada quando os procedimentos médicos a serem realizados, fora de possibilidade de cura, não são compartilhados com toda a equipe, sendo esse fato apontado como uma das razões principais do estresse.

Concone (1983), embora não se refira às equipes de transplante de células-tronco hematopoéticas, descreve a preocupação com as pessoas que lidam cotidianamente com a morte, como os funcionários de uma sala de anatomia em faculdade de Medicina. Essa autora relata que esse é um trabalho que causa expectativa, impacto, medo e orgulho.

Em relação à equipe que trabalha com pacientes oncológicos, Rodrigues (1998) afirma que a tarefa de cuidar do paciente oncológico é também complexa do ponto de vista emocional, sendo que uma das maiores dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde de Unidade de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas é lidar com situações em que o agravamento do caso é inevitável, uma vez que sua formação privilegia o *curar*, no sentido de restabelecer a saúde, restando nessas situações em que a cura nem sempre é possível, a difícil tarefa de *cuidar* sem necessariamente curar.

Pessini (1997) define esses dois paradigmas vinculados à ação de saúde: no paradigma do *curar*, o investimento é na vida a qualquer preço, no qual a Medicina de alta tecnologia se torna presente e as práticas mais humanistas ficam em segundo plano; no paradigma do *cuidar*, há aceitação da morte como parte da condição humana; leva-se em conta a pessoa doente e não somente a doença, enfatiza-se a multidimensionalidade da própria doença e a dor total.

Por outro lado, não evitar ou adiar a morte, ou mesmo não conseguir aliviar o sofrimento pode trazer, ao profissional, a vivência de seus limites, de sua impotência e de sua finitude, o que pode ser extremamente doloroso (KOVÁCS, 2008).

Negar a morte pode passar uma ideia de força e controle. Entretanto, uma perda seguida de uma precária ou “má” elaboração do luto – quando não se permite a expressão da tristeza e da dor – traz graves consequências, como a maior possibilidade de adoecimento. O luto mal elaborado está se tornando um problema de saúde pública, dado o grande número de pessoas que adoecem em função de uma excessiva carga de sofrimento sem possibilidade de elaboração. E isso também afeta os profissionais de saúde que cuidam do sofrimento alheio e que, muitas vezes, não têm espaço para cuidar de sua própria dor (KOVÁCS, 2003).

Para Labate (1997), dependendo do modo como o profissional de saúde lida com seus sentimentos despertados na relação com o paciente, pode excluir, em muitas ocasiões, a dimensão psicológica, ocasionando maior sofrimento e frustração a si próprio e ainda limitando a qualidade da atenção que o paciente recebe. Lago e Lopes (2005) acrescentam que o treinamento do profissional nos cuidados com o fim da vida exige um compromisso de trabalhar com o medo e o sofrimento das pessoas e requer dedicação contínua. Em relação ao medo e à insegurança apresentados pelos pacientes, Browall et al (2010) apontam que, de acordo com os membros da equipe, o medo está presente em muitos pacientes, mas a maior parte dos profissionais descreve que os doentes parecem ser capazes de se manter mais calmos quando se aproximam da morte se os profissionais se sentem seguros. Esses achados obrigam a equipe de saúde a ser mais sensível aos aspectos psicológicos do paciente quando o assistem perto da morte.

Em seu trabalho sobre as reações e sentimentos dos profissionais de Enfermagem diante da morte, Martins, Alves e Godoy (1999) apontam que, para lidar com a angústia, todo indivíduo utiliza mecanismos de defesa. Ao utilizarem esses mecanismos para lidar com a morte e o morrer, os profissionais de Enfermagem podem deixar de perceber as limitações e angústias do paciente e deixar de ajudá-lo, não lhes proporcionando um cuidado que lhes cabe: a assistência emocional. No entanto, foi verificado que, para conseguir desenvolver seu trabalho, faz-se necessária a minimização de suas angústias e de seus medos, o que torna menos dolorosa a aproximação e a separação do paciente fora de possibilidade terapêutica.

Em relação aos mecanismos de defesa utilizados pelos profissionais de saúde, Menzies (1970) realizou um amplo estudo apontando que a luta contra a ansiedade leva, em especial a equipe de Enfermagem, ao desenvolvimento de

mecanismos de defesa que tendem a se tornar aspectos da realidade externa com a qual os novos e os antigos membros da instituição devem entrar de acordo. Algumas dessas defesas foram classificadas de uma maneira esquemática; é importante lembrarmos de que funcionam e interagem simultaneamente:

- 1) *Fragmentação da relação enfermeiro-paciente*: o núcleo da situação de ansiedade para o enfermeiro reside em sua relação com o paciente. A probabilidade de sofrer o impacto da ansiedade é tanto maior quanto mais próxima e mais concentrada for essa relação. O enfermeiro pode se limitar a fazer apenas algumas tarefas com o paciente; dessa forma, não entra em contato com a totalidade de sentimentos do paciente e se protege contra a ansiedade que pode surgir dessa relação.
- 2) *Despersonalização, categorização e negação da importância do indivíduo*: a proteção conferida pelas tarefas e cuidados a serem realizados, reforçada por uma série de outros dispositivos, auxilia na inibição do desenvolvimento de uma relação completa de pessoa para pessoa entre o profissional de saúde e o paciente. Qualquer paciente é igual a qualquer outro paciente; portanto, ele não é alguém com registro afetivo diferenciado. Existe uma “ética” quase explícita de que todos devam ser tratados de igual maneira e que não existem doentes ou doenças que se individualizem e personifiquem.
- 3) *Distanciamento e negação de sentimentos*: uma tarefa necessária para qualquer profissional que lida com pessoas é o desenvolvimento de um distanciamento profissional adequado. É preciso aprender, por exemplo, a controlar seus sentimentos, a evitar envolvimento excessivo, mantendo uma independência profissional contra a manipulação e as demandas de um comportamento anti-profissional.
- 4) *Tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho de tarefas*: tomar uma decisão implica fazer uma escolha entre diferentes ações e comprometer-se com uma delas; essa escolha é feita na ausência total de informação sobre os efeitos da ação. Se todos os fatos fossem totalmente conhecidos, nenhuma decisão precisaria ser tomada; o próprio curso de ação seria autoevidente.

A eterna procura de rotinas e padronizações de condutas não tem justificativa apenas na economia objetiva de gestos e procedimentos. Embora exista, nas instituições concretas, um gasto de tempo no esforço de padronizar os processos de cuidados aos enfermos, tal dispêndio de tempo e energia funciona

como um ritual de postergação e controle de decisões a serem tomadas frente a numerosas demandas que cada doente é capaz de produzir. Nada como antecipar escutas e respostas para não ter, a cada momento, de dedicar-se de corpo e alma às demandas brutas, não estabelecidas em quaisquer sistemas de classificação de respostas. O ritual conhecido cumpre uma função de reduzir ansiedades e minimizar o discernimento individualizado de cada profissional ao planejar seu trabalho (Pitta, 1994).

- 5) *Redução do peso da responsabilidade nas tomadas de decisões*: o peso psicológico da ansiedade gerada por uma decisão final e total feita por uma única pessoa é dissipado de inúmeras maneiras para reduzir seu impacto. Todas as possibilidades de fuga da angústia da responsabilidade da decisão serão mobilizadas por meio de uma série de verificações e contraverificações de que o parcelamento e a fragmentação das tarefas de cuidados aos doentes numa instituição concreta, se encarregam.

Para Marquis (1993), existem alguns mecanismos de defesa de que o profissional lança mão, sendo eles a despersonalização do doente, referindo-se a ele por um número ou pelo diagnóstico, a agressividade entre membros da equipe de saúde e a distância do paciente. Ferreira (1996), em seu estudo sobre o câncer e o doente oncológico, segundo a visão dos enfermeiros, relata que os mecanismos de defesa incorporados à organização do trabalho dos enfermeiros, ao longo da história, tiveram como principal finalidade o controle das emoções, visando diminuir a ansiedade.

Kelly et al (2000) descrevem que, no cenário do transplante de células-tronco hematopoéticas onde os pacientes, por necessidade, requerem constante observação da equipe, a utilização de mecanismos de defesa é constante, especialmente se o tratamento oferecido possui pequena garantia de sucesso. A duração e a incerteza do tratamento fazem com que o profissional de saúde do transplante adote, inevitavelmente, estratégias para o manejo das emoções e do estresse das situações vivenciadas.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Esta pesquisa tem, como objetivo geral, conhecer o significado da morte dos pacientes para os profissionais da Unidade de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas de um Hospital Oncológico.

3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são: investigar qual o impacto da morte nos profissionais de saúde de uma Unidade de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas; como vivenciam o processo de morrer dos pacientes e onde buscam preparo e apoio para enfrentar essa perda.

4 Caminho Metodológico

4.1 O Método Clínico-Qualitativo

O método que escolhi para a realização desta pesquisa foi o clínico-qualitativo, conhecido como um particular refinamento da genérica metodologia qualitativa vinda das Ciências Humanas. Entretanto, antes de apresentar o método escolhido, considero importante construir algumas considerações a respeito da metodologia qualitativa.

A história dos métodos qualitativos é mais recente que a dos métodos quantitativos utilizados nas Ciências Naturais. O nascimento destes últimos se deu com o próprio surgimento da ciência moderna, em meados do século XVI. Até este período, eram as explicações religiosas, o conhecimento filosófico e o senso comum que conduziam as preocupações do homem com a descoberta e o entendimento da natureza. Posteriormente, teve início uma linha de raciocínio que almejava compreender as relações entre as coisas da natureza e a explicação dos acontecimentos, produzindo um conhecimento com maiores garantias, utilizando a observação científica, juntamente com o pensamento humano. O pioneirismo no emprego do método científico coube ao físico e astrônomo italiano Galileu Galilei. A ele devemos o legado de ter conferido autonomia à ciência, delimitando seu objeto, objetivo e método, distinguindo-a da Filosofia e da Religião (TURATO, 2003).

A corrente iniciada pelo francês Augusto Comte (1798-1857) organizou um modo de pensamento denominado Positivismo e defendia o conhecimento das causas e efeitos dos chamados “fatos” (passíveis de observação) como sendo o suficiente para todo o entendimento científico (Turato, 2003). Dessa forma, como descrevem Martins e Bicudo (1989), o Positivismo orientou-se para a ciência enquanto um sistema de proposições e de procedimentos, reduzindo os sujeitos a detentores das fórmulas metodológicas, não se ocupando do inquérito do próprio sujeito conhecedor. A ciência dos fatos excluiu de suas indagações as questões relacionadas ao homem e sua existência.

A história dos métodos qualitativos, de acordo com Turato (2005), é mais recente; data de pouco mais de um século, somando-se às ideias de se criarem as Ciências Humanas, em contraposição às já estruturadas Ciências Naturais. Contudo, o autor ressalta que, há bastante tempo, no campo de estudos da Filosofia, já existia uma preocupação em compreender o próprio homem, tendo-o como objeto de investigação.

Perestrello (1989) descreve que a metodologia das Ciências Humanas nasceu com Dilthey em 1883, mas suas ideias somente seriam aceitas muitas décadas depois. Historiador, Dilthey procurou fundamentar o estudo da história e da sociedade em outras bases, livrando-a do naturalismo e introduzindo-a no que chamou as *ciências de espírito*, expressão hoje substituída pela denominação *ciências histórico-culturais* ou *ciências do homem*, que não têm que ser exatas porque não são exatas, porque, como dizia um espanhol ilustre, médico e humanista – Gregório Marañón – não se pode precisar o imprecisável.

De acordo com Turato (2003), os pensadores da época começaram a perceber a impropriedade dos métodos das ciências experimentais para a compreensão dos fenômenos referentes ao homem e à cultura. Triviños (1987) relata ainda que o caráter científico da metodologia qualitativa foi inicialmente marcado pelos estudos dos antropólogos e sociólogos, posteriormente se estendendo para outras áreas como a Educação. Turato (2005) completa dando méritos a Marx e Freud por terem propiciado importantes cortes epistemológicos para compreensões novas e profundas do ser humano, o que permitiu estudos científicos e autônomos para as Ciências Humanas.

Os sociólogos Denzin & Lincoln (1994) definiram genericamente a pesquisa qualitativa. Tal definição coloca a pesquisa qualitativa como multimetodológica em seu foco, envolvendo uma abordagem naturalística e interpretativa para seu assunto. Para esses autores, os pesquisadores do método qualitativo estudam as coisas em seu *setting* natural e procuram dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas lhes trazem.

O principal instrumento na pesquisa qualitativa é o próprio pesquisador; ele se introduz no local a ser estudado e despende um grande tempo em contato direto com os sujeitos, realizando a coleta e os registros dos dados. Bogdan & Biklen (1998) relatam que “os pesquisadores qualitativistas procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são estes”. Entende-se que os investigadores qualitativistas não querem explicar as ocorrências com as pessoas, citando e mensurando seus comportamentos, ou correlacionando quantitativamente eventos cotidianos. Entretanto, eles pretendem conhecer a fundo suas vivências e as representações dessas pessoas sobre essas experiências (TURATO, 2005). Ou seja, os pesquisadores, na pesquisa qualitativa, possuem, como objeto de trabalho, os *fenômenos* enquanto os investigadores quantitativos lidam com os *fatos*.

É importante ainda ressaltar a diferença entre *fato* e *fenômeno*. O *fenômeno* se manifesta em nossa consciência, localizando-se aí; o *fato* é controlado por nós após ter sido definido. De certa forma, podemos conceber a conceituação de *fato* como menos abrangente que a conceituação que fazemos de *fenômeno* (TURATO, 2003).

De uma maneira geral, como descrito por Bogdan & Biklen (1994), em uma pesquisa qualitativa, os pesquisadores se interessam mais pelo processo do que pelos resultados. A análise dos dados é feita de forma indutiva, os investigadores não apreendem dados com o objetivo de confirmar alguma hipótese previamente colocada, as abstrações são construídas a partir do agrupamento dos dados obtidos.

Após esta explanação introdutória sobre as características de um estudo conduzido pela pesquisa qualitativa, serão apresentadas as especificidades do método escolhido para a realização deste estudo: o método clínico-qualitativo.

Turato (2003), ao apresentar o método, relata que essa proposta de investigação científica é o produto de uma união seletiva entre duas áreas metodológicas densas. O autor assim a descreve:

[...] temos de um lado, as concepções epistemológicas dos métodos qualitativos (compreensivos-interpretativos) de pesquisa desenvolvidos a partir das Ciências do Homem e, de outro lado, os conhecimentos e as atitudes clínico-psicológicas desenvolvidos tanto no enfoque psicanalítico das relações interpessoais, como historicamente no campo da prática da medicina clínica. Em outras palavras: o método de que aqui falamos não se situa apenas sob referenciais paradigmáticos convencionalmente usados na sociologia compreensiva e na antropologia cultural, mas a partir deles, e diferentemente do que constatamos na literatura da pesquisa destas duas disciplinas, busca lançar mão de conceitos emprestados da, ou melhor, deliberadamente buscados na prática clínica histórica e na psicanálise, para marcarem-se o desenho da pesquisa, a definição dos pressupostos e objetivos, a construção e aplicação dos instrumentos auxiliares em campo e, finalmente, a interpretação dos resultados do trabalho clínico-qualitativo (TURATO, 2003, p.225-226).

Turato (2003), para fixar as características diferenciais do método clínico-qualitativo ressaltar, primeiramente, que o homem é portador de **angústias** e **ansiedades** entendidas sob o ponto de vista existencialista. Nesse sentido, quando se trata de um personagem considerado na relação com os problemas da saúde-doença (ou outros importantes da vida humana) adicionam-se aí as angústias e ansiedades clínicas. Dessa forma, o estudioso das questões humanas estará atento

à captura desse estado de sofrimento existencial, valorizando-as, inclinando sua escuta e seu olhar ao indivíduo.

O método clínico-qualitativo é um estudo teórico de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos adequados para descrever e interpretar os *sentidos* e os *significados* atribuídos a fenômenos relacionados à vida dos indivíduos, sejam pacientes ou quaisquer outras pessoas participantes do *setting* dos cuidados com a saúde (parentes, membros da equipe profissional e da comunidade) (TURATO, 2000).

É importante salientar que, para se trabalhar com pesquisa clínico-qualitativa, não é necessário ter formação em Psicanálise nem tampouco graduação em Filosofia. Conforme afirma Turato (2003), “basta ser um intelectual sensível ao convite da filosofia e da psicanálise para conhecer-lhe o que de simples e básico oferecem como instrumento de trabalho humanístico de pesquisa”.

Por fim, Turato (2003), assim define o método clínico-qualitativo:

A partir das atitudes existencialistas, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá a ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, e pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade (TURATO, 2003, p.242).

Meu primeiro contato com o método clínico-qualitativo ocorreu após meu primeiro encontro com minha orientadora. A princípio, gostei do que li; mas confesso ter ficado com receio de não conseguir aplicá-lo dada minha pouca experiência na área clínica e de pesquisa. Questionava-me como uma terapeuta ocupacional, recém-formada, poderia utilizar tal método em um estudo.

A partir da definição de meu objetivo de pesquisa, fui percebendo, cada vez mais, que esse método é compatível com o estudo que me propus realizar e com meu próprio jeito de ser.

Nas palavras de Turato (2003), encontrei resposta para minhas primeiras indagações a respeito do método escolhido:

[...] Aquele que clínica traz, em seus antecedentes profissionais, uma experiência de prestar uma ajuda pragmática (na emergência do aqui e agora) frente às demandas globais apresentadas pelo indivíduo. É uma ajuda dada, a qual se expressa acompanhada de angústias e ansiedades (normais) vivenciadas pelo clínico ao acolher e valorizar como fundamentais os elementos angústia e ansiedade deste indivíduo sofredor (o paciente) com quem interage. Por isso, o médico, o psicólogo, o enfermeiro, o assistente social, o terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta, entre outros profissionais clínicos, quando partem para uma pesquisa com a metodologia qualitativa, trazem, embutidas em sua postura de pesquisador, uma particular visão e sensibilidade que o direcionam (TURATO, 2003, p.237-238).

Após ingressar na pós-graduação, continuei lendo e estudando mais o método clínico-qualitativo e a me sentir melhor instrumentalizada para a realização de meu estudo.

4.2 Técnicas para coleta de dados

O método clínico-qualitativo é viabilizado pelas técnicas clínicas-qualitativas, a saber, a entrevista semidirigida de questões abertas, a observação e a auto-observação de fenômenos emergentes no *setting* da entrevista (TURATO, 2003).

A entrevista, de acordo com Turato (2003), é um instrumento importante de conhecimento interpessoal; propicia um encontro face a face, a apreensão de muitos fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa entrevistada e, de certa maneira, também do entrevistador.

Neste estudo, utilizei a entrevista semidirigida, a observação e auto-observação (Apêndice A). Em relação à entrevista semidirigida, Turato (2003) afirma que consiste em uma espécie de guia temático, mais curto, que serve como roteiro para um encontro. Algumas questões-tópicos já são suficientemente conhecidas para serem propostas; porém o todo da entrevista não está predeterminado nem as respostas estão preditas. Fontanella, Campos e Turato (2006) descrevem ainda que a entrevista da pesquisa qualitativa é um encontro interpessoal para a obtenção de informações verbais e/ou escritas, porém de uma maneira não dirigida, consistindo em um instrumento de pesquisa científica a fim de gerar conhecimentos novos sobre vivências humanas.

As técnicas de observação e auto-observação, segundo Turato (2003), são componentes do trabalho de campo, no momento em que o sujeito entrevistado deverá ter seu comportamento global “capturado” pelo entrevistador. O entrevistador

observa elementos como a linguagem verbal e não-verbal e a apresentação pessoal do sujeito, por exemplo. Além disso, também são levados em conta os elementos mobilizados em si mesmos mediante a fala dos entrevistados.

Após a entrevista, registrei em meu diário de campo, minhas percepções, fazendo da observação e auto-observação instrumentos auxiliares da pesquisa.

4.3 Contexto do estudo

Este trabalho foi realizado na Unidade de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos. Esse serviço pertence ao Sistema Único de Saúde e atende pacientes de todos os estados do Brasil. Atualmente possui uma equipe multiprofissional composta por quatro médicos onco-hematologistas, nove enfermeiros, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma odontóloga, um psicólogo, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, e vinte e quatro técnicos em enfermagem além da equipe administrativa.

O serviço onde realizei a pesquisa tem a finalidade de realizar o TCTH em alguns casos de doenças hematológicas e alguns tumores. O departamento de TCTH foi credenciado pelo Ministério da Saúde em 2003, sendo constituído por uma área física de quatro leitos para a realização dos transplantes e o hospital- dia no ambulatório para acompanhamento dos pacientes no período pós-transplante. Atualmente, nesse setor, são realizados transplantes autólogos e alogênicos aparentados, tanto na população adulta quanto na pediátrica. No que diz respeito à rotina do serviço da unidade, os pacientes chegam ao serviço encaminhados pelo setor de Hematologia do próprio Hospital ou por hospitais e serviços que não oferecem esse tipo de tratamento. O tempo de tratamento depende do transplante a que o sujeito é submetido. Para o transplante autólogo, a média de permanência é de 100 dias e, para o alogênico, gira em torno de 180 dias.

4.4 Amostra

Participaram deste estudo oito profissionais, sendo um representante de cada área profissional (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e técnico/auxiliar de enfermagem) atuantes na UTCTH do

Hospital deste estudo, responsáveis pelo atendimento dos pacientes internados e que se dispuserem a participar da entrevista semidirigida com questões abertas.

A ausência do profissional de Terapia Ocupacional nesta pesquisa é justificada por ser eu a terapeuta ocupacional do serviço estudado.

Com o intuito de melhor caracterizar a amostra de minha pesquisa, apresento a seguir o Quadro 2.

Quadro 2 - Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo

Nome	Idade	Estado Civil	Religião	N° de Filhos	Tempo de trabalho com TCTH	Tempo de formação	Profissão
João	29	Solteiro	Católico	0	4 anos	7 anos	Psicólogo
Flora	30	Solteiro	Católico	0	3 anos e 2 meses	6 anos	Assistente Social
Eva	30	Casado	Católico	0	1 ano e 6 meses	8 anos	Cirurgião Dentista
Mara	28	Solteiro	Católico	0	6 meses	7 anos	Nutricionista
Clara	32	Solteiro	Evangélico	0	6 anos e 4 meses	7 anos	Técnico em Enfermagem
Leila	30	Casado	Católico	0	4 anos	7 anos	Fisioterapeuta
Rita	28	Casado	Católico	0	7 anos	2 anos	Enfermeiro
Pedro	47	Casado	_____	0	17 anos	23 anos	Médico

Em relação à amostra pesquisada ressalta-se que, em pesquisas qualitativas, não se trabalha com representatividade estatística em relação ao universo de sujeitos; em outras palavras, não se busca uma amostra randomizada. A amostra foi composta de forma deliberada. Turato (2003) aponta que o pesquisador pode decidir os sujeitos que comporão seu estudo, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais possam, de acordo com sua visão enquanto pesquisador, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta. O critério que utilizei para o fechamento da amostra foi a saturação dos dados, ou seja, quando considerei que já dispunha de informações suficientes que contemplavam o objetivo proposto de minha pesquisa após a realização das entrevistas, finalizei o processo.

Os critérios de inclusão para a seleção dos profissionais foram assim estabelecidos: (a) ser profissional da saúde de nível superior ou técnico; (b) atuar junto ao paciente internado na Unidade de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos no período da coleta dos dados; (c) aceitar livremente participar da pesquisa após a explicação de sua finalidade, assinando o respectivo Termo (Apêndice B).

4.5 Construindo os encontros

A pesquisa qualitativa possui, como seu principal instrumento, o próprio pesquisador, uma vez que ele se introduz no local a ser estudado e despende grande tempo em contato direto com os sujeitos, realizando a coleta e os registros dos dados. Conforme Barros (2006, p.34), “será ele com suas características pessoais, motivações e percepções, que dará vida ao trabalho”.

Ao iniciar minha carreira profissional no contexto hospitalar, não havia percebido como minha escolha estava relacionada com minhas questões internas. Não se tratava apenas de simples afinidade “descoberta” durante minha graduação. Essa constatação só foi percebida após várias discussões com algumas grandes companheiras de trabalho. Após o primeiro esboço do projeto deste estudo, em conversa com minha orientadora, fui novamente “lembrada” de que a escolha deste objetivo de pesquisa se fazia diante de minhas indagações internas sobre o assunto e que, para uma pesquisa clínico-qualitativa, tal questão seria de suma importância.

Com o passar do tempo, durante a construção da coleta dos dados, pude perceber como as angústias apresentadas pelos sujeitos participantes também se faziam minhas.

Iniciei meu trabalho na UTCTH do hospital em novembro de 2008, após ter trabalhado em outra UTCTH onde tive meu primeiro contato com pacientes que realizaram esse tipo de tratamento. Com o início do mestrado, em 2009, já comecei a realizar o que Turato (2003) descreve como **fase de aculturação** que consiste em um processo de assimilação de ideias e costumes da população a ser estudada.

Seguindo os passos da pesquisa clínico-qualitativa, escolhi, como instrumento auxiliar de pesquisa, uma questão disparadora: “Fale-me como é para você quando morre um paciente que você acompanhou durante o TMO” juntamente com um roteiro previamente estruturado (Apêndice A). Além disso, escolhi manter

um “diário de campo” também como instrumento auxiliar de pesquisa, onde registrei as observações e auto-observações ocorridas durante a situação de campo e, posteriormente, no *setting* das entrevistas.

De acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas com Seres Humanos, a proposta deste estudo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos e obteve, conforme protocolo número 212/2009, a aprovação do referido comitê (Anexo A). Como parte da documentação prevista, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) no qual os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa, os procedimentos, riscos, desconforto e benefícios, garantia de anonimato e respeito ao desejo de participarem ou não.

Com a aprovação do comitê de ética, realizei a coleta de dados no período de setembro a dezembro de 2009. O convite para participar da pesquisa se deu de forma individual; nessa ocasião, cada sujeito foi informado sobre os objetivos da pesquisa e, após haver o consentimento do profissional, a entrevista foi agendada. As entrevistas foram realizadas no próprio hospital, em sala reservada.

Realizei as entrevistas e as gravei após a permissão dos participantes. Triviños (1987) recomenda a gravação da entrevista uma vez que essa técnica permite contar com todo o material fornecido pelo depoente. Turato (2003) acrescenta que o processo de registro do material colhido é importante, uma vez que deixa o entrevistador livre para prestar toda a atenção à pessoa entrevistada.

Sendo membro da equipe com a qual foi desenvolvida a coleta de dados, a aproximação com os sujeitos da pesquisa se deu mais facilmente e, após a fase de aculturação, selecionei meu primeiro sujeito da pesquisa. Tal seleção se deu por minha maior proximidade com o profissional de Psicologia.

Ao iniciar minha entrevista com João, expliquei sobre meu estudo e entreguei a ele o Termo de Consentimento para lermos juntos retomando as explicações sobre os objetivos da pesquisa.

João estava com 29 anos, solteiro, não tinha filhos e havia concluído sua formação em Psicologia há sete anos, sendo quatro desses anos dedicados ao TCTH. Notei que, no decorrer da entrevista, o entrevistado falou bastante sobre as defesas que as pessoas utilizam para com as mortes no cotidiano e da necessidade das mesmas para enfrentar tais situações. Ele se prolongou mais nesse assunto do

que em suas próprias vivências como profissional atuante no TCTH. No primeiro momento me questionei se eu estava conduzindo corretamente a entrevista ou se seria minha ansiedade de pesquisadora iniciante que estava causando tal questionamento. Contudo, não levei essa ideia adiante porque considerei que essa postura poderia estar relacionada com a própria maneira de ser do entrevistado.

O segundo profissional entrevistado foi a assistente social, Flora, que já havia me questionado quando seria a vez dela para responder a minha pesquisa. Ela já sabia do que tratava meu estudo e estava ansiosa para compartilhar suas angústias diante de suas vivências no hospital. Flora estava com 30 anos, era solteira e não tinha filhos. Atuava há três anos e dois meses na equipe do TCTH.

Sentia-me mais tranquila e um pouco mais segura para conduzir a segunda entrevista. Entretanto a data em que marcamos o encontro coincidiu com a morte de dois pacientes de nossa equipe. Um deles era um adolescente de treze anos e o outro fazia tratamento há alguns anos no hospital. Nesse dia encontrei Flora entristecida e abalada. Perguntei-me se seria o melhor momento para realizar a coleta de dados, mas lembrei que o próprio método clínico-qualitativo me proporcionava, como um de seus pilares, a atitude clínica que me permitia acolher as manifestações emocionais do entrevistado. Conversei com Flora e coloquei-me à disposição caso ela quisesse responder a minhas perguntas em um outro momento. Flora mostrou-se disponível para conversarmos naquele mesmo dia. Durante a entrevista, foi possível perceber sua necessidade de desabafar suas angústias vivenciadas naquele dia.

Após quinze dias, agendei a terceira entrevista com a cirurgiã- dentista da equipe. Mais uma vez, o encontro coincidiu com a morte de uma paciente acompanhada por nosso serviço. E, em meio a minha vivência desse luto (eu tinha um grande vínculo com a paciente) acreditei estar preparada para realizar a entrevista. Eva, cirurgiã- dentista da equipe, estava com 30 anos, casada e não possuía filhos. Estava na equipe do TCTH há um ano e seis meses e apresentou-se receptiva e bastante comunicativa. Apontou ter dificuldades em lidar com a morte do paciente no TCTH enfatizando que, em geral, os profissionais de Odontologia não são preparados para acompanhar pacientes diariamente em um leito de hospital. Ela falou sobre sua união com a equipe para conseguir enfrentar esses momentos, pois precisa de auxílio para enfrentar essas perdas dentro do setor.

Após duas semanas, entrevistei Mara, a quarta participante do estudo. O setor ainda passava por um momento difícil com muitas mortes recentes: quatro pacientes haviam morrido nos últimos dias. Eram pacientes recentes no serviço e, por isso, não tínhamos ainda uma grande vinculação com eles. Entretanto, esses episódios deixaram a equipe bem preocupada com o aumento do número dos óbitos no último mês. Mara estava com 28 anos, solteira, não tinha filhos e trabalhava na UTCTH há seis meses como nutricionista. Mara já fazia parte de outra equipe do hospital, a pediatria, e falou em como se prepara para lidar diariamente com os pacientes oncológicos apontando que, se vivesse pensando nas diversas mortes que enfrenta no cenário oncológico, não daria conta de viver e trabalhar nesse contexto. Gostei muito de entrevistá-la, pois percebi que suas falas estavam enriquecendo meu trabalho.

O quinto profissional que entrevistei foi o técnico em enfermagem. A escolha da pessoa entrevistada se deu após muitas observações no setor e, principalmente por ela já ter vindo a meu encontro algumas vezes para desabafar sobre seus sentimentos e angústias acarretados pelo período de muitos óbitos que havíamos enfrentado. Clara estava com 32 anos, era solteira, não tinha filhos e trabalhava na UTCTH há seis anos e quatro meses. Eu me senti mais preparada para realizar essa entrevista. Clara falou muito e de uma forma tão interessante que senti que minha pesquisa estava crescendo. Ela relatou de uma maneira bem emocionante como lida e vivencia as mortes em seu ambiente de trabalho e de como leva isso para seu cotidiano. Após essa entrevista, pude compreender um pouco como os técnicos em enfermagem realmente ficam “na linha de frente” no cuidado ao doente.

Minha sexta entrevista foi com a fisioterapeuta da equipe: Leila estava com 30 anos, casada e dedicava-se ao TCTH há quatro anos. Relatou que, desde sua graduação, já apresentava interesse em trabalhar com pacientes oncológicos e que iniciou seu trabalho na UTCTH como voluntária. Em vários momentos da entrevista, emocionou-se ao lembrar de alguns momentos difíceis que vivenciou com os pacientes durante esses quatro anos enfatizando que dificilmente perde a esperança com algum paciente.

Ao convidar Rita, enfermeira, para minha pesquisa e explicar sobre os objetivos da mesma recebi uma resposta positiva. Mas ela fez questão de frisar que eu havia escolhido a enfermeira mais “fria” da Unidade para responder questões relacionadas à morte de pacientes. Isso me intrigou e acredito que fui bem mais

disposta para essa entrevista, pois imaginei que muitas questões poderiam emergir dali. Rita estava com 28 anos, era casada, não possuía filhos e trabalhava na UTCTH há sete anos, sendo apenas dois como enfermeira. Os demais anos havia trabalhado como técnica em enfermagem. Considerei essa entrevista, de certo modo, bem difícil de ser feita. Senti Rita ansiosa e tentando manter-se o mais formal possível durante boa parte de nossa conversa. A princípio, eu me questioneei se a própria situação de entrevista não foi angustiante para ela. Contudo, durante nossa conversa, consegui deixá-la mais à vontade após mostrar-me mais receptiva e acolhedora a suas falas.

Por fim, Pedro foi o último entrevistado deste trabalho. Ele estava com 47 anos, era casado, não tinha filhos e trabalhava como médico há vinte e três anos sendo dezessete anos dedicados ao TCTH. Ele foi muito receptivo falando bastante sobre sua experiência nesses dezessete anos. Relatou desde o início de sua carreira nessa especialidade, várias experiências por que passou e os diversos sentimentos vivenciados. Disse coisas bem interessantes, significativas; foi a entrevista de maior duração. Ao finalizarmos, considerei ter atingido o critério de saturação, percebia a repetição das informações. Dessa forma, senti que minha amostra se completara, e que eu havia concluído mais uma etapa deste trabalho.

4.6 Tratamento dos dados obtidos

Após a obtenção de todo o material gravado das entrevistas, concluí sua transcrição na íntegra (já começara a fazê-la na fase de coleta de dados) e realizei o que Turato (2003) descreve como leituras flutuantes. Segundo esse autor, a primeira atividade da abordagem do material coletado deverá consistir nas denominadas leituras flutuantes sobre os discursos, de modo que se possa familiarizar com o material. A atividade das leituras consiste em uma espécie de pré-análise das entrevistas transcritas. Consiste em um momento de aproximação do pesquisador com seus dados de forma que possa ser invadido por eles.

Turato (2003) complementa relatando que a expressão leitura flutuante é uma analogia do conceito psicanalítico de *atenção flutuante*, ou seja, o pesquisador não deverá privilegiar, de início, qualquer elemento do discurso dos sujeitos; deverá deixar sua própria atividade inconsciente trabalhar da forma mais simples possível, suspendendo as motivações que dirigem habitualmente a atenção. Lüdke e André

(1986) completam que é importante que ocorram leituras e releituras do material até que se chegue a uma espécie de “impregnação” do conteúdo, sendo que a análise não deve ficar apenas no explicitado mas, como colocam, deve “desvelar mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente “silenciados” (LÜDKE E ANDRÉ, 1986, p.48).

Em seguida às leituras de assimilação do material coletado, iniciei a análise do material transcrito. A etapa de categorização do conteúdo do material poderá ocorrer por meio de critérios de repetição ou relevância. No critério de repetição, o pesquisador buscará, nos discursos, aquilo que cada um possui em comum com os outros, ou seja, as colocações reincidentes. Já no critério de repetição, o pesquisador destacará aquilo que se mostre rico em seu conteúdo podendo confirmar ou refutar ideias iniciais da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão apresentados de forma descritiva, utilizando as citações literais ilustrativas das falas dos sujeitos, preparando para a discussão do material, em interlocução com o referencial teórico escolhido (TURATO, 2003). Esse autor ainda afirma:

O que fará do trabalho um verdadeiro contributo científico é o autor se pronunciar sobre o que tudo aquilo quer dizer para seus olhos imaginativos e críticos (interpretar significações até então subjacentes) e para onde aquilo aponta (interpretar sentidos ainda encobertos). Em outros termos: é ver correlações e associações que os olhos comuns não vêem, é enxergar sob outro ângulo- ou no avesso- como pessoas comuns não fazem, para então poder descobrir novas explicações e compreensões que estão se fazendo necessárias a novas expectativas humanas (TURATO, 2003, p.462).

Em relação à discussão no trabalho científico, Turato (2003) assim a define:

[...] é o ato de um olhar especial e falar sobre a organização dos dados de um modo novo, com o uso da imaginação, permitindo-nos melhor compreender o assunto sob estudo, propondo novos conceitos e teorias, para proporcionar novos e úteis sentidos e usos à comunidade (TURATO, 2003, p.452).

A discussão do material envolverá o diálogo com o referencial teórico. Na pesquisa clínico-qualitativa, Turato (2003) sugere um quadro eclético de referenciais que levem em consideração o espírito da interdisciplinaridade.

Ao justificar a utilização de um quadro eclético de referenciais, Turato (2003) descreve:

[...] procurar ser eclético na vida acadêmica significa não seguir um único sistema ou referencial teórico (seja da filosofia à medicina), mas ter como escopo pessoal selecionar e usar o que considerar os melhores elementos de todos os sistemas a que se possa referir o assunto em estudo (TURATO, 2003, p.499).

Considerando todas essas etapas para o tratamento dos dados obtidos em meu estudo, após a análise do material – realização das leituras flutuantes e, posteriormente categorização e subcategorização do conteúdo das entrevistas em temáticas que aponte importantes, efetuei a discussão dos resultados utilizando conceitos extraídos da teoria psicanalítica de John Bowlby (1969). Também foram utilizados materiais de literatura sobre a psicologia da saúde, materiais de livros, teses, dissertações e artigos sobre a morte e o luto. A seguir, serão apresentados os resultados dessa pesquisa simultaneamente à discussão teórica.

5 Resultados e Discussão

5.1 “Você acaba criando um vínculo...”

Uma das maiores dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde entrevistados foi o início do trabalho em uma unidade de TCTH. Esse momento veio acompanhado de inúmeros questionamentos, tanto por ser um setor de alta complexidade quanto pelo fato de os pacientes permanecerem um longo período em tratamento junto a essa equipe. Além desses aspectos, esse começo requer um preparo maior do profissional uma vez que nesse setor nem sempre é possível curar, restando ao profissional a difícil tarefa de cuidar sem atingir necessariamente a cura.

Os profissionais relataram que, ao iniciar sua atividade no TCTH, se sentiam despreparados para lidar com situações do cotidiano desse setor:

“Acho que quando eu entrei aqui tinha muito mais dificuldade, também o trabalho tava iniciando, tinha muito mais dificuldade, acho que hoje a equipe lida de uma maneira mais tranquila com essa situação. Lógico que a gente tem que classificar isso também individualmente, cada um reage de uma maneira diferente, mas na equipe como um todo acredito que hoje esteja lidando melhor com essa questão do luto” (João).

Alguns sentimentos como culpa, envolvimento emocional e formação de um vínculo afetivo com o paciente foram apontados pelos profissionais entrevistados como aspectos que ficaram mais evidentes no início do trabalho:

“no início, foi muito difícil.. porque a gente praticamente vira uma família... (...) hoje eu já trabalhei bastante isso, eu sofri muito no começo, tive várias experiências, e a gente teve que procurar lidar com esse lado emocional porque se não a gente sofre muito e não trabalha... a gente fica doente também” (Clara).

“No começo era pior, eu ficava ainda mais “assim”, no início quando eu comecei a trabalhar, eu pensava o que eu poderia ter feito pra não deixar o paciente morrer. No início eu perguntava o que eu tinha feito de errado, eu achava que a culpa era da gente” (Leila).

“Eu acho que hoje, comparado de quando eu entrei aqui, eu acredito que seja muito mais tranquila do que antes. No início, é difícil pra todo mundo que realmente inicia esse trabalho. Mas, com o decorrer do tempo, a gente vai criando uma “couraça”, uma proteção para a gente poder lidar com essas situações” (João).

Em relação a essa vivência, Menzies (1970), em seu estudo sobre o funcionamento dos sistemas sociais como uma defesa contra a ansiedade em enfermeiros, descreve que os pacientes internados com uma doença grave são causadores das atividades mais estressantes para a equipe. Isso porque ocorre o confronto entre o medo, a realidade do sofrimento e da morte. Essa situação de trabalho provoca uma forte mistura de sentimentos: pena, compaixão e amor, culpa e ansiedade, ódio e ressentimento pelo paciente que provocou esses fortes sentimentos.

Outro aspecto mencionado, decorrente do próprio trabalho na UTCTH, foi a formação de um vínculo mais forte com esse paciente devido a seu longo tempo de tratamento:

“A gente troca vivências, deles com a gente, porque eles ficam muito tempo com a gente. Então, assim, a gente acaba sabendo coisas da vida deles que às vezes nem o pai e a mãe não sabem..eles acabam se abrindo com a gente e a gente também acaba falando um pouco da nossa vida pra ele... Então assim a gente faz aquele vínculo com o paciente...” (Clara).

Ao abordar o vínculo que o profissional de saúde estabelece com o paciente, é importante salientar como criamos vínculos afetivos no decorrer de nossa existência.

Conforme discutido anteriormente neste trabalho, uma das grandes inovações nessa área é constituída pelo grande avanço nos estudos acerca do desenvolvimento socioemocional de bebês e crianças, estimulados pelos trabalhos de John Bowlby sobre apego, separação e perda. Esse autor indagou fenômenos clínicos, como o excesso de dependência, a ansiedade da separação, a depressão e a defesa. Chegou à conclusão que se tornou centro de suas contribuições: para entender todos esses fenômenos, é indispensável compreender a natureza do vínculo que une os seres humanos entre si. Sua originalidade foi a de ter sido capaz de diferenciar e estudar uma das condutas básicas do ser humano: o apego (FREITAS, 2000).

O apego é o instinto de formar laços relacionais com outros e o desenvolvimento de estratégias para procurar e manter a proximidade dessas figuras de apego em situações de estresse, doença ou medo (Bowlby, 1969, 1973).

Um aspecto básico da teoria do apego de Bowlby (1969) aborda a tendência, no ser humano, de estabelecer vínculos afetivos fortes, estreitos; o que é o caminho para entender a reação emocional que ocorre quando esses vínculos são quebrados (Freitas, 2000).

A tese de Bowlby (1969) sobre apego é de que provém da necessidade de segurança e cuidado. Desenvolve-se cedo na vida, é usualmente dirigido a um pequeno número de indivíduos específicos e tende a tornar-se duradouro durante grande parte do ciclo vital.

O vínculo afetivo é o pilar para a constituição de uma boa assistência e não conseguimos observar a relação interpessoal sem sua formação. O vínculo afetivo tem o objetivo de oferecer uma base segura em que a pessoa tem a possibilidade de explorar o meio em que se encontra. Para Bromberg (2000), o comportamento do vínculo tem valor de sobrevivência para todas as espécies.

A formação de um vínculo afetivo com os pacientes do TCTH é reforçada por características do próprio tratamento. Devido ao longo tempo de tratamento necessário para a realização do transplante, os pacientes permanecem muitos meses em contato com a equipe. Esse aspecto também foi citado pelos sujeitos desta pesquisa que mencionaram sofrer mais diante da perda do paciente devido ao maior vínculo estabelecido não só em decorrência do longo tempo de convivência, mas também por fazerem parte de um momento especial da vida do paciente em que a vulnerabilidade diante da situação da doença grave “expõe” o paciente de maneira peculiar. Outro aspecto envolvido na qualidade desse vínculo paciente-profissional parece ser a confiança existente nessa relação; os procedimentos realizados por esses profissionais envolvem frequentemente, alto risco de morte. Dessa maneira, acredito ser também sobre isso que os profissionais estejam falando ao abordar a formação do vínculo.

Bowlby (2006) aborda a tendência, no ser humano, de estabelecer vínculos afetivos fortes, estreitos, o que é o caminho para entender a reação emocional que ocorre quando esses vínculos são quebrados. E afirma, ainda, sobre o profissional de saúde, que um contato maior com o paciente, pode gerar vínculo afetivo e esse fato de adquirir vínculo pode levar a vivenciar a perda, quando acontecer.

“Esse processo do transplante é um processo longo; então, a gente acompanha o paciente desde o início quando ele chega para as consultas, no momento da internação.. e se a morte acontece ainda no transplante imediato ou mesmo depois quando ele já retornou pra casa, e como a gente não perde o contato com ele, o vínculo tá estabelecido, eu particularmente me envolvo muito, principalmente porque no meu atendimento eu estou sempre em contato, talvez até mais próximo com a família, e quando você percebe ou vivencia o sofrimento que a família tem com a perda daquele paciente, isso faz com que a gente também fique abatido com essa perda, sinta muito...” (Flora).

“...aqui no ambulatório a gente vê o paciente uma vez por mês, uma vez a cada 15 dias. E lá no transplante não, a gente tá dia a dia com o paciente, eu acho que, quando a gente acompanha mais de perto, isso é mais complicado, você acaba criando um vínculo e aí, por mais que não esteja relacionado diretamente, você sente uma impotência.. um sentimento de não ter o que fazer, sabe” (Eva).

Nesses relatos, foi possível perceber que, na UTCTH, a teoria de ligação descrita por Bowlby (2006) fica bastante evidente nas falas dos profissionais. Tal teoria, descrita como a propensão dos seres humanos a estabelecer fortes vínculos afetivos com alguns outros, explica as múltiplas formas de consternação emocional e perturbação da personalidade, incluindo ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional a que a separação e perda involuntária dão origem.

“Olha... eu tento não ter um contato muito íntimo com esses pacientes porque eles já ficam com a gente um tempo longo, querendo ou não a gente já tem um contato maior, mesmo não querendo, mesmo que seja profissional. Não é fácil mesmo, de jeito nenhum, mas eu tento encarar da maneira mais profissional possível, eu tento não me apegar muito, não fico chorando, lamentando, eu tento encarar da maneira mais profissional (...) Ao mesmo tempo em que eu sofro.. sofria.. morreu, morreu. Eu tomo as condutas, mexo com os papéis, aviso a família na maior tranquilidade. Eu não tenho nenhum problema em chegar e avisar o óbito” (Rita).

No que diz respeito ao comportamento evitativo em aproximar-se do paciente, Prizanteli, Santos e Camazi (2005) relatam que evitar o vínculo para evitar a perda é o mesmo que desistir da vida por medo de morrer. A qualidade da relação estabelecida pode ser positiva tanto para o doente, que se sentirá apoiado e bem cuidado, quanto para o profissional de saúde, que poderá sentir-se mais completo. Para tanto, ele precisa cuidar adequadamente de suas próprias questões emocionais. Labate (1997), em seu estudo sobre os aspectos psicológicos do profissional de saúde frente a

paciente mastectomizada, afirma que o profissional que não elabora suficientemente as situações ansiogênicas do dia a dia, provavelmente utilizará suas defesas em grau e frequência maiores. Dessa forma, “anestesia-se” diante do paciente e da vida, limitando-se a aspectos técnicos, empobrecendo a dimensão do ser humano.

O comportamento apresentado por Rita também foi mencionado na pesquisa realizada por Bosco (2008) em que o sujeito demonstra que existe um sentimento de pesar e sofrer diante da morte; porém, em sua visão profissional, realmente encara de maneira natural e tranquila. A autora descreve que, na tentativa de se defender da dor, o sujeito leva para seu inconsciente o que lhe causa angústia e tristeza. Em sua mente consciente, fixa-se a ideia racional, de aceitação da morte e do morrer como uma tentativa de evitar o sofrimento.

Durante a entrevista com Rita, pude perceber que seu atual distanciamento dos pacientes ocorreu em decorrência de vivências anteriores que lhe causaram grande sofrimento. Essa forma de racionalizar ou esquematizar comportamentos diante do sofrimento tornou-se um mecanismo de defesa para o profissional de saúde. Menzies (1970), conforme descrevi anteriormente, apontou tal conduta como sendo uma das defesas dos enfermeiros estudados por ela, ou seja, o distanciamento e a negação de sentimentos. A autora aponta que uma tarefa necessária para qualquer profissional que lida com pessoas é o desenvolvimento de um distanciamento profissional adequado. É preciso aprender, por exemplo, a controlar seus sentimentos, evitar envolvimento excessivo, mantendo-se uma independência profissional contra a manipulação e as demandas de um comportamento anti-profissional.

Referindo-se ao distanciamento profissional, Marsillac (1978), acrescenta que muitos profissionais de saúde se refugiam na chamada “distância terapêutica” diante do paciente. Essa distância consiste em não se envolver com o paciente fornecendo-lhe apenas aspectos técnicos envolvidos no tratamento.

No próximo relato, podemos verificar, na fala de Rita, uma de suas vivências na UTCTH em que o vínculo estabelecido com o paciente foi bem intenso o que lhe acarretou um maior sofrimento após sua morte:

“Bom, teve uma pessoa aqui no transplante, um rapaz novo, de 18 anos, casado, com uma filha de três anos, uma família linda. E eu tive muito contato com ele, eu e toda a equipe. Um contato de dar quadro pro paciente, dar presente. Eu chegava pra trabalhar e queria saber notícias dele, eu ia visitar ele primeiro, independente de como estava o setor. Foi um apego

mesmo. E a morte dele foi bem feia aqui com a gente. Nossa, me machucou muito, muito mesmo de parecer, eu não tratei a situação como um profissional, parecia que eu era alguém da família, sabe? E assim, a gente teve um contato muito íntimo mesmo, a gente conversava sobre problemas de família, amizade. Ele ficou muito tempo com a gente. A morte dele me magoou muito e eu acredito mesmo que foi a partir daí que eu comecei a lidar com essa situação bem diferente” (Rita).

Esses dados encontrados vão ainda ao encontro dos dados achados por Campos et al (2005) que realizaram uma pesquisa com o objetivo de investigar como os profissionais de saúde lidam com situações de perda diante de sua rotina de trabalho. Nessa pesquisa, foi identificado que os profissionais de saúde apontam que, quanto maior o vínculo com o paciente, mais difícil se torna a situação de morte.

Durante as entrevistas, ficou evidente que alguns profissionais acabam se identificando de alguma maneira com alguns pacientes, proporcionando a criação mais rápida de vínculo afetivo.

“Eu acho que a gente se identifica com alguns pacientes, até mesmo pela nossa história pessoal, né..eu acho que a gente acaba se identificando. Então eu acho que isso que acaba mexendo um pouco mais, sentindo um pouco mais, né..é, realmente tem pacientes que a gente fica mais triste” (João).

“Mas, querendo ou não, às vezes eu acabo me apegando naquele paciente que lembra alguma coisa da minha família, lembra alguém.. é a coisa mais horrível que tem, mas eu já tive paciente que me lembrava a minha mãe” (Rita).

Campos et al (2005) apontam que podemos pensar na dificuldade do profissional de saúde em lidar com as questões afetivas relacionadas a seus pacientes e seus familiares e, muitas vezes, se observam sentimentos de ambivalência estabelecidas nesses vínculos. Ora há aproximação e identificação do profissional com seu paciente e familiares, ora há tentativa de se distanciar dessa relação, bem como dos sentimentos advindos desse vínculo.

“Acho que, quando a gente fala de luto, né, principalmente, eu acho que tem muito a ver mesmo com nossa história familiar que a gente já vivenciou perante o luto, né.. como é a morte em cada um até mesmo cultural e religiosa.. acho então que tem vários aspectos que acabam influenciando” (João).

“...continuando nessa questão dos dois pacientes que a gente perdeu recentemente... bom hoje nem tanto.. mas em outros momentos eu acabava relacionando muito com a minha vida pessoal.. Umas dessas perdas recentes foi o pai que perdeu seu filho e a outra foi a irmã que além de ser grande companheira do paciente era a doadora de medula óssea também e por vivenciar toda a trajetória desses irmãos sempre juntos aqui no hospital, no momento do óbito, que foi ontem, a gente se coloca no lugar, até mesmo pensando em como está a minha relação familiar, né... então a forma de vivenciar o luto traz muitas questões particulares, até porque assim como eles, nós temos toda uma trajetória de vida. Então, vivenciar o momento do luto, no momento da morte a gente busca, naquele momento junto com o familiar, estar ali pra poder dar um conforto, para poder dar um acolhimento, orientações para o que for necessário, mas isso não deixa também de atingir o lado pessoal...então isso realmente faz com que a gente fique fragilizado nesse momento” (Flora).

Observamos que, em situações onde há uma maior identificação, os profissionais de saúde relatam sentir-se mais mobilizados diante da morte do paciente.

Outra dificuldade encontrada pelos profissionais entrevistados é relacionada à perda de pacientes crianças e adolescentes. Esse achado vai ao encontro dos estudos de Lunardi e Lunardi Filho (1997) e de Bosco (2008) que constataram que a idade do paciente é um fator agravante na percepção da morte; “a morte é percebida como mais traumatizante, quanto mais jovem for este paciente; muito mais traumatizante, ainda, em se tratando de criança”.

“Eu tenho muita dificuldade quando o paciente é criança. Isso mexe muito mais comigo. Eu acho que com adulto eu consigo.. eu tenho mais ”jogo de cintura” pra receber uma notícia de um adulto do que de uma criança” (Eva).

Em seu estudo com enfermeiros no contexto oncológico infantil, França (1993) descreveu que as dificuldades parecem estar ligadas não só à associação entre câncer e sofrimento, complicação e morte, mas à incompatibilidade desses temas com a infância. Segundo os enfermeiros da pesquisa citada, as dificuldades em relação ao câncer, de modo geral, são intensificadas quando se trata de câncer infantil.

Lunardi Filho et al (2001) enfatizam ainda que a morte precoce é um fator que dificulta a aceitação da perda, porque remete à frustração de uma expectativa de vida maior. A tristeza se torna maior também pelo futuro que não será vivido.

“Eu acho que crianças é mais difícil também da gente lidar.. tem toda aquela questão de ter a vida inteira pela frente...porque está passando por isso.. então eu acho que são situações que marcam mais” (João).

“Uma coisa que eu sempre falo é que eu sempre aprendi muito com meus pacientes, tanto na parte pessoal quanto profissional. Por exemplo, uma mãe com um filho com uma doença grave que se mostra inexoravelmente fatal. Como as mães dessas famílias agem diante de uma tragédia inominável dessas? E é uma coisa de muita força. Você aprende muito, será que se um dia se acontecesse comigo eu seria capaz disso? E eu percebo é que a gente tende a “tecnificar” a morte. A morte vira uma coisa meio técnica assim, mas eu acho que isso é mais uma defesa nossa mesmo, porque, querendo ou não, a gente se envolve muito com o paciente, com os familiares. Os pacientes ficam longos períodos aí com a gente” (Pedro).

O sofrimento como resposta a um evento de estresse no ambiente de trabalho pode acarretar consequências no consciente e no inconsciente dos profissionais de saúde. Campos et al (2005) descrevem que o comprometimento relacionado ao sofrimento psicológico pode afetar o convívio social e a rotina de trabalho. Esse estresse gerado pelo desgaste do ambiente de trabalho é chamado de síndrome de *burnout* (CARLOTTO, 2000).

A síndrome de *burnout*, também denominada de síndrome da estafa profissional, constitui um quadro bem definido, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. A exaustão emocional representa o esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo. A despersonalização é caracterizada pela insensibilidade emocional do profissional, que passa a tratar clientes e colegas como objetos. Trata-se de um aspecto fundamental para caracterizar a síndrome de estafa, já que suas outras características podem ser encontradas nos quadros depressivos em geral. Por fim, a redução da realização pessoal (ou sentimento de incompetência) revela uma autoavaliação negativa associada à insatisfação e à infelicidade com o trabalho (TUCUNDUVA et al, 2006).

A estafa profissional pode ser observada em todas as profissões, principalmente naquelas que envolvem altos níveis de estresse, tais como controladores de tráfego aéreo, bombeiros e particularmente, profissionais da área de saúde. Isso se deve tanto às características inerentes à profissão, como convívio intenso com pacientes e intensidade das interações emocionais (CARLOTTO, 1999).

Dessa maneira, podemos pensar o quanto desse estresse vivenciado pelos profissionais de saúde no ambiente do TCTH, muitas vezes, ocorre em nome do sofrimento intenso compartilhado com o paciente com o qual foi estabelecido um vínculo afetivo. É importante ressaltar que os próprios profissionais de saúde, muitas vezes, não reconhecem tais vivências como um rompimento de um vínculo afetivo, mas como parte da sua rotina de trabalho.

“Mas na hora que vai também é difícil a separação. Hoje eu já lidei bastante.. às vezes a gente tenta assim: não, o paciente internou, não vou me apegar, nele, vou fazer o que eu tenho que fazer, procurar não me aproximar muito, distanciar um pouco. Alguns a gente consegue manter essa distância, mas tem uns que não tem jeito, a gente acaba se envolvendo. A gente tenta lidar com esse lado, mas a gente acaba se envolvendo, não tem jeito” (Clara).

5.2 “Da luta ao luto”

Um dos temas que emergiu neste estudo foi a vivência da equipe em alternar sentimentos envolvidos com a luta pela vida e o luto pela perda do paciente. Quando buscamos essa temática na literatura, pouco é falado sobre o empenho e a luta do profissional de saúde e o luto é mais discutido no contexto familiar onde é vivido antes e após a morte de um membro da família.

Trabalhar no TCTH representa, ao mesmo tempo, uma conquista e um desafio. Andreis, Chitero e Silva (2008) apontam que a prática em saúde é uma conquista na medida em que a realização do desejo de atuar em prol da vida humana é por si só um fator gratificante para o profissional. Podem favorecer também o alcance de satisfação no exercício profissional o constante aprendizado teórico e técnico, as possibilidades terapêuticas a oferecer aos pacientes, além do reconhecimento social do trabalho.

É importante salientar que a atividade assistencial no TCTH desperta e possibilita diversas conquistas alcançadas pela luta dos profissionais em cuidar do paciente. Aliviar a dor e o sofrimento, salvar vidas, sentir-se competente, cuidar, receber elogios, reconhecimento e gratidão estão entre os sentimentos relatados. Quando ocorre a morte do paciente, paralelamente aos sentimentos de tristeza e pesar, surge o conforto por ter lutado e realizado o melhor na assistência como podemos ver nos relatos deste estudo:

“Claro que, no primeiro momento, a gente fica triste, é natural, até mesmo pela luta da equipe, acho que todo mundo trabalha no sentido de ver o paciente bem, né...” (João).

“Na verdade.. qual é a responsabilidade do profissional de saúde? É a gente fazer tudo pelo paciente.. aqui a gente luta até o fim com ele.. lutamos em busca de que ele saia daqui saudável, em busca de uma qualidade de vida, de uma vida melhor. E a gente luta até o fim por todos esses objetivos. Pra que o paciente tenha sucesso no transplante” (Mara).

“Mas eu sempre acredito que a gente sempre fez o melhor. Eu tenho certeza disso porque eu sou um que briga por isso. Eu dou a cara pra bater, eu vou atrás e tento diminuir isso. Eu posso até não ser muito bem visto por isso, mas eu faço” (Pedro).

Klafke (1991), em seu estudo sobre os aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia, evidenciou que um pequeno número de médicos (20%) referem-se a sentimentos positivos como: alegria, felicidade, carinho, conforto e confiança por poder ajudar alguém que necessita de cuidados. Referem-se a esses sentimentos principalmente quando conseguem aliviar a dor do paciente, ou alcançam bons resultados com o tratamento. Sentimentos de alegria também foram mencionados neste estudo:

“Ao mesmo tempo em que temos aquela época de felicidade porque aqui no transplante ao mesmo tempo em que muita gente morre tem gente que vive também. A gente comemora que a medula pegou, a gente vive aquela alegria também” (Rita).

Após a luta pela vida do paciente, os profissionais enfrentam os desafios decorrentes da perda do paciente. Podemos enfatizar a vivência do luto pelo profissional que se vê angustiado frente à luta que enfrentou. Nesse momento, muitas vezes, os profissionais ainda se questionam sobre sua conduta e cuidados com o paciente:

“Tem aquela questão... o que eu como profissional poderia ter feito de diferente? Então toda situação de morte, com sinceridade, eu procuro reavaliar.. no meu caso, nutricionista onde eu poderia ter atuado diferente, né? Qual dieta, o que saiu de mais novo, o que saiu na literatura de mais novo.. porque a gente tá sempre buscando o que há de mais novo. O que eu poderia ter feito de diferente pra ter tentado a não levar pra esse caminho da morte” (Mara).

“Às vezes pode acontecer e a gente pensa que poderia ter feito mais um pouquinho ainda pra tentar evitar, principalmente quando é respiratório. Mas tem coisa que não dá, tem coisas que é a própria doença do paciente. Agora eu começo a entender melhor isso e conviver melhor” (Leila).

Schilieman, Nacif e Oliveira (2002) afirmam que discutir o luto é de extrema importância para o profissional de saúde, pois irá afetá-lo no desenvolvimento de suas atividades pelo impacto que traz sobre a vida afetivo-emocional.

Segundo Bowlby (2006), o luto é uma reação ao rompimento de vínculos afetivos. O luto é uma perda, por separação ou afastamento, que deixa alguém destituído de um objeto que lhe dá significado. Esse autor acrescenta que o enlutamento é definido como o processo psicológico mobilizado com a perda de um objeto amado, que comumente leva à renúncia do objeto.

Dessa forma, os profissionais de saúde do TCTH podem sofrer a ruptura desse vínculo quando os pacientes afastam-se do serviço por alta hospitalar ou quando morrem. Nesses episódios, vivenciam o sentimento de perder uma pessoa querida; essa perda pode causar sofrimento e é compreendida como luto - comportamento esperado em resposta à separação (BROMBERG, 2000).

Nos relatos colhidos com os profissionais do transplante, foi possível verificar essa vivência do luto:

“É um sentimento de perda também, né...é aquela dor, aquela ruptura.. a sensação de você nunca mais ver aquela pessoa.. é uma sensação de impotência.. porque numa situação como essa, acabou... não tem mais. É dolorido, é dolorido.. enquanto profissional você tem que tentar ter uma postura que não agrave mais a situação pra família porque ela já tá sofrendo, ela já está num momento de desespero... Acho que é importante vivenciar esse sentimento porque a gente fez parte também da vida daquele paciente, pelo menos durante o período que ele esteve aqui com a gente...”(Flora).

“Eu sei que é muito difícil a gente ter noção da nossa própria finitude, mas a gente tem que ter noção também que isso é uma coisa natural é uma consequência da vida. Claro que quando não é com a gente é muito fácil você dizer. Isso não quer dizer que se você encara a morte naturalmente você não vai sentir a morte, você não vai ter o luto, é claro que você vai ter o luto, seja com o paciente ou o familiar ou qualquer pessoa com quem você convive” (Pedro).

Franco (2002) também definiu o luto como sendo “o complexo de pensamentos e sentimentos sobre a perda, vivido internamente e tornado público; o enlutado expressa o que está sentindo e compartilha isso com os que o cercam”. O luto é uma experiência única e pessoal, cada um vive o luto a sua maneira, sem uma imposição rígida para normatizá-lo.

Durante algumas entrevistas, pude perceber também que o luto não surge apenas quando o paciente morre, ele ocorre também de forma antecipatória para o profissional:

“(...) ao mesmo tempo você já sabia que isso ia acontecer. Dependendo do diagnóstico do paciente, do que você está vivenciando ali, você já sabe o que vai acontecer” (Eva).

“Teve o N. também, que eu sei e ele estava bem, mas eu sabia que ia ser difícil ele conseguir viver, aí eu voltei e fiquei sabendo que ele tinha morrido” (Leila).

Os relatos acima permitem-nos afirmar que esse comportamento dos profissionais pode caracterizar o que foi denominado de luto antecipatório por Fonseca e Fonseca (2002).

O luto antecipatório é definido como sendo um período adaptativo em que o enlutado, seja ele o paciente, a família ou o profissional de saúde, pode se preparar cognitiva e emocionalmente para o acontecimento da morte. Para os profissionais de saúde, o luto antecipatório surge quando, ao prestar o cuidado, observa que o paciente vai morrer em breve (FONSECA e FONSECA, 2002).

Agindo dessa maneira, os profissionais do TCTH vão se preparando progressivamente para a morte do paciente; mas isso não exclui as manifestações das mais variadas reações emocionais diante do contato com o sofrimento, a dor e o luto pela perda do paciente submetido aos cuidados da equipe.

5.3 “... não existe um sentimento único, existem vários sentimentos...”

Um dos temas que emerge dos dados empíricos são as reações emocionais diante do contato com o sofrimento, a dor e a morte do paciente submetido aos cuidados da equipe do TCTH. Em relação a esse aspecto, Pitta (1990) afirma que “o

lidar cotidiano com doenças e morte, enquanto avatar da própria existência humana, provoca e transforma impulsos primitivos desses autores privilegiados que são trabalhadores de hospitais, em atuação concreta através de processos tecnológicos da saúde.”

Kovács (2003) acrescenta que a diferença entre as pessoas em geral e os profissionais de saúde é que, em sua vida, a morte faz parte do cotidiano, tornando-se companheira de trabalho. Doenças com prognóstico reservado trazem ameaça à vida e aceno à morte.

Cuidar do paciente em uma unidade de TCTH provoca inúmeras reações nos profissionais e uma delas é o medo de presenciar e acompanhar um sofrimento prolongado com ou sem dor.

Os resultados indicam que os profissionais de saúde, participantes deste trabalho, têm receio de ver e se sentem mais fragilizados diante do sofrimento do paciente:

“É... tem aquele caso que você vê muito o sofrimento final do paciente, e isso é mais complicado.. quando o sofrimento prolonga...né... tanto é que nem é o medo da morte é de como vai morrer.. é se a gente vai ver dor se vai ver sofrimento.. e isso surge muito e marca muito em mim” (João).

“E na hora que o paciente ‘vai embora’ é difícil, né por mais que a gente saiba que às vezes no quadro que o paciente se encontra a melhor coisa pra ele naquele momento é descansar, é o alívio da dor” (Clara).

Pelo contato mais próximo e prolongado com o processo de doença dos pacientes, os profissionais do TCTH envolvem-se e acabam por participar da mesma dor. Kóvacs (2003) aponta que a alteração da trajetória das doenças e o desenvolvimento das técnicas médicas levaram ao prolongamento da vida e do processo de morrer, o que faz com que os profissionais tenham de cuidar e conviver com pacientes gravemente enfermos, situações muitas vezes, acompanhadas de intenso sofrimento. A autora acrescenta que, às vezes, o mais difícil não é lidar com a morte e sim acompanhar o paciente vivo que está morrendo.

“Se a gente sabe que o paciente tá sofrendo e é um sofrimento que tá “judiando” dele, a gente se sente aliviado por um lado, porque ele “descansou”, ele teve o descanso” (Clara).

“Quando falam pra mim que o paciente morreu, em geral já é uma coisa esperada. Os nossos pacientes dificilmente morrem de repente. É um processo longo de muito desgaste e muito sofrimento pra gente, pro paciente e até pra própria família. Eu te confesso que talvez na maioria das vezes a morte chega a ser um alívio... ...o paciente entra no processo de falência de múltiplos órgãos, e você chega em uma situação que você diz que não tem mais volta e a morte acaba sendo um alívio. Então, uma das sensações que eu tenho quando me comunicam que o paciente meu morreu e geralmente ele morre depois de uma situação dessas, é uma sensação de alívio. Alívio no sentido de “acabou o sofrimento dele”, ou acabou essa tentativa...”(Pedro).

Conforme a especialidade escolhida pelo profissional de saúde as expectativas e os sentimentos são diferentes. Kóvacs (2003) relata que uma unidade de cardíacos exige medidas rápidas e heróicas, e a morte pode ser uma terrível surpresa. Numa unidade de pacientes com câncer, onde a morte é lenta e muitas vezes sofrida, quando ocorre, pode ser vista como um alívio.

Esses achados vão ao encontro da literatura. Zorzo (2004), Kóvacs (2003), argumentam que os profissionais de saúde apresentam os sentimentos de pesar, injustiça, alívio, cobrança quanto aos limites da assistência, choque, medo, frustração, por não poder salvar uma vida e por não conseguir eliminar ou aliviar o sofrimento dos pacientes sob seus cuidados.

No trabalho realizado por Campos et al (2005), também foi relatado esse sentimento de alívio por parte profissionais entrevistados. Esse sentimento foi apontado na pesquisa sobre como os profissionais de saúde lidam com situações de perda diante de sua rotina de trabalho e foi notado que o alívio surge como uma percepção da situação de morte na rotina de trabalho.

Outros aspectos mencionados pelos participantes da pesquisa, relacionado aos sentimentos que emergem diante da morte do paciente, foram a impotência e a culpa diante de tal fato.

“...eu acho que não existe um sentimento único, existem vários sentimentos, desde o sentimento de fracasso pessoal em que você se sente um pouco responsável por aquilo, você se pergunta se poderia ter feito mais alguma coisa, você, a equipe, você cobra de você e da equipe se tinha alguma coisa que poderia ter sido feita pra evitar aquele desfecho” (Pedro).

“De repente, um trabalho que você faz aí, de muito tempo, de meses, até de anos e de repente o paciente morria, e não que fosse responsabilidade de ninguém..né aconteceu... chegou o momento, eles são vítimas de uma

doença muito grave. A gente entende que a questão da morte é muito presente.. Mas o sentimento de impotência me incomodou.. me fez muito mal e eu percebi que eu precisava me cuidar” (Flora).

“E.. eu sinto..não culpa.. é aquela sensação..” poxa será que eu poderia ter feito mais, né? Será que a culpa foi do profissional? ... daquela questão... eu, como profissional, poderia ter feito de diferente? Então toda situação de morte com sinceridade eu procuro reavaliar... O que eu poderia ter feito de diferente pra ter tentado a não levar pra esse caminho da morte” (Mara).

Em seu estudo sobre a morte e seu significado para os profissionais, Spíndola e Macedo (1994) referiram que os profissionais de saúde participam da morte de seus doentes questionando sua atuação. Quando perdem um paciente, sentem-se culpados porque acreditam que falharam e não utilizaram todas as alternativas para recuperar a vida do paciente.

Ainda relatando sobre seus sentimentos diante da morte de um paciente, alguns profissionais deste estudo apontaram associações entre a forma como o paciente morre e seu impacto na vivência deles.

“...tem duas situações. Aquele paciente que a morte já é “esperada” e aquele que a morte.. não sei..talvez... súbita. Aquele paciente que a gente vê na internação e acompanha a trajetória dele.. e que sabe que ele tá tendo complicações, nem chegou nos 100 dias pós-transplante.. sei lá.. ta com 15 dias e a gente sabe que tá complicado que o quadro não vai ser reversível, né.. a gente sabe qual vai ser.. apesar da gente lutar com todas as armas e todas as forças que a gente tem dentro do transplante profissionalmente, né a gente sabe que aquela morte talvez seja “prevista”. Que é uma coisa que a gente sabe que foi por complicação mesmo. Você pega esses dois últimos pacientes que nós tivemos mesmo um teve complicação hepática que levou à obstrução e a gente sabe mesmo que essa complicação leva mesmo por descontrole à morte em algumas situações. A gente sabe que é uma morte previsível. Então, quando você recebe a notícia, não que seja mais fácil, mas você se prepara ao longo da caminhada e você passa a saber interpretar aquela fala. Agora, o paciente que tá em casa e que tá bem, que tá de alta e que a gente recebe notícias de que ele foi a óbito, é sempre mais chocante.. poxa.. ele tava com a gente ontem, ele tava aqui a semana inteira ou ele veio em retorno na semana passada. Então eu acho que sempre uma morte inesperada é sempre mais chocante, dói mais. Porque a outra a gente tem tempo pra se preparar, a gente vivencia né.. principalmente o paciente da internação a gente vivencia.. a gente acompanha o processo de debilitação” (Mara).

Bowlby (2006), quando descreveu as condições que afetam o curso do luto, apontou as causas e as circunstâncias da perda como um aspecto de grande influência no curso do luto. Para esse autor, parece não haver dúvida de que a morte súbita e inesperada constitui um choque inicial maior do que a morte prevista.

Esses achados se identificam com os encontrados na pesquisa de Campos et al (2005) que também apontam a morte repentina como uma situação de perda percebida como especialmente difícil pelos profissionais de saúde.

“Eu acho que a gente não está aqui pra isso, a gente tem que cuidar, fazer a nossa parte, né? Mas a gente fica se perguntando o porquê, porque foi tão cedo.. principalmente quando pega a gente de surpresa. Às vezes é um paciente que tá evoluindo com um quadro complicado, mas às vezes é um paciente que tava bem e que de repente dá aquela surpresa e complica de uma hora pra outra. E.. eu acho que é mais emocional mesmo que abala.. a gente chora. Às vezes... tenta esconder, mas não tem jeito. Está estampado” (Clara).

A previsibilidade e a oportunidade de preparação para a perda afetam a magnitude da reação à perda. Por essa razão, a morte repentina e a morte prematura são de mais difícil elaboração (Parkes, 1998, Mazorra, 2009).

Quanto às estratégias de apoio entre os próprios profissionais, foi possível identificar, a partir de seus relatos, a busca de apoio na própria equipe de trabalho. Entre os membros da equipe, existem discussões com a finalidade de amenizar os sentimentos de perda e de fracasso por não terem conseguido evitar a morte do paciente.

“A gente consegue hoje, no hospital, ter uma equipe muito coesa. É uma equipe que sofre junto. A gente tem o contato com o psicólogo, o terapeuta ocupacional, o fisioterapeuta, a enfermagem, até mesmo com a parte médica.. cada um dentro da sua manifestação tem o sofrimento da perda do paciente. Como nós temos uma comunicação muito aberta, isso facilita a gente compartilhar esse momento. E eu não percebo isso em outros lugares. Na nossa equipe eu percebo isso, tem sim, cada um a sua forma e a gente tenta um ouvir o outro e a partir daí a gente tenta elaborar esse momento” (Flora).

“Acho que é uma união mesmo. Todo mundo lembra junto, sente junto. Um ajuda o outro a conviver melhor com isso. Um desabafa com o outro. O desabafo com o outro acaba nos ajudando a não levar isso pra casa. Todo mundo conhece bem o paciente, acaba sabendo uma coisinha a mais do paciente, um ajuda bem o outro. A gente compartilha” (Leila).

“Acho que a todo o momento a equipe nos prepara pra isso. A gente tem uma excelente integração, temos os grupos.. a todo momento nós temos vivência com outro membro da equipe. Eu acho que esse contato, os congressos que fazemos juntos, a integração, os grupos semanais, as próprias reuniões de equipe, tanto as profissionais, com as de óbito as reuniões de caso clínico, essas vivências são nossas bases sólidas.. que são nossos subsídios pra a gente encarar com melhores condições. A equipe se prepara.. ela vive junto.. ela se sustenta” (Mara).

Esses achados vão ao encontro daqueles do estudo de Martins, Alves e Godoy (1999) sobre as reações e os sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. Nesse estudo foi identificado que a maioria dos profissionais entrevistados afirmou que divide seus sentimentos sobre a morte, no setor, com o “pessoal da área”, pois eles compartilham da mesma vivência, eles veem o acontecimento da mesma maneira.

Os dados encontrados também corroboram com os resultados da pesquisa realizada por Zorzo (2004) que pôde verificar a busca de apoio dos profissionais de enfermagem dentro da própria equipe na assistência a crianças e adolescentes.

Outros profissionais relataram que, nos momentos de perda dentro do setor, procuram conversar sobre seus sentimentos com alguém da própria família.

...“eu desabafo muito com o meu marido Meu marido é quem me ajuda muito nessas situações...” (Rita).

Foi possível ainda identificar, nos relatos, que alguns profissionais, contrariamente, buscam manter os problemas de trabalho, principalmente vinculados à perda do paciente, distantes de seu ambiente familiar, evitando comentá-los. Alguns participantes deste estudo relatam que, ao sair do hospital, tentam deixar os problemas na própria instituição, enfatizando que, se os levassem para casa, não dariam conta de lidar com essa questão em todos os seus ambientes.

“Sinceramente, eu procuro não levar isso pra casa. Eu procuro amadurecer, digerir aqui e aqui ficar, né. Porque se nós formos levar pra casa tudo o que a gente passa aqui acho que nem psicólogo nem psiquiatra todas as terapias dariam conta. São momentos árdios. Então é sempre um momento em que eu procuro digerir aqui, amadurecer aqui e interpretar aqui e poder trabalhar esse meu sentimento no meu local de trabalho, não levando muito pra minha vida pessoal. Eu acho que quando a gente passa a levar esses problemas pra vida pessoal a gente acaba não fazendo nem o bem aqui e acaba levando prejuízo sério de saúde. Eu acho que também pedir ajuda da

própria equipe, pedir ajuda pra você (TO), pro psicólogo ou com alguém da equipe que você tem mais liberdade, que acaba acontecendo, não necessariamente o psicólogo.. o hospital dá esse suporte aqui” (Mara).

“Isso é uma coisa natural faz parte do processo de você elaborar isso, de poder se defender disso. Porque se você ficar convivendo com esses fantasmas não tem lugar no mundo pra você, nessa sala, na sua casa, na sua cama” (Pedro).

Cassorla (1998) completa, ao relatar sobre os sentimentos do profissional de saúde, que o ideal seria se a equipe aproveitasse todas as experiências que vivencia (expectativas, desesperança, alívio, medo) para o seu próprio amadurecimento, incluindo as formas de ver a vida e a sabedoria no viver. O autor afirma que, sem isso, o trabalho ficaria insuportável.

Outros profissionais apontaram que buscam o lazer como estratégia de enfrentamento nos momentos de dificuldades e de perda de algum paciente.

“Tem algumas coisas que eu gosto de fazer quando eu estou muito carregado, muito estressado. Às vezes pela situação de óbito dos pacientes ou às vezes até por outros motivos como os administrativos. Eu procuro jogar tênis que é o que eu gosto de fazer, que é uma coisa que espairoce” (Pedro).

“ E eu tento caminhar muito, eu vou pra outros lugares onde tenha muito verde, água, para eu desabafar lá” (Rita).

Na pesquisa realizada por Zorzo (2004) também foi possível perceber essa estratégia de enfrentamento. Segundo a autora, muitos profissionais buscam o lazer com o intuito de se afastar e esquecer o ambiente triste em que estão inseridos. Completa que praticar esportes ou viajar permite que os profissionais de saúde vivam momentos diferentes daqueles vividos no contexto de trabalho.

Uma entrevistada referiu ainda ter buscado apoio na literatura, pois se percebeu desamparada e encontrou, nos livros, um apoio importante.

“É claro que depois de um tempo do óbito a vida da gente volta ao normalmente, mas no momento quando acontece, no dia que acontece ou quando a gente tem contato com a família de novo, é difícil por a gente trazer pro lado pessoal, particular. Eu busquei através da reflexão a partir de um momento em que eu me vi totalmente desamparada no momento do óbito.. então, acontecia situação de perda e eu fui vendo que eu estava sofrendo muito com aquilo e eu não podia permitir isso porque estava me

fazendo mal. Então eu busquei por mim mesma as referências bibliográficas, e mesmo na religião, talvez o conforto ou talvez uma compreensão para lidar com esse momento da morte” (Flora).

Em relação à forma de vivenciar as perdas e enfrentar o luto, Prizanteli, Santos e Camanzi (2005) afirmam que problemas na comunicação, em observar estilos distintos de luto ou em aceitar o estilo do outro podem favorecer um sentimento de isolamento e solidão. Para tais autoras, é importante que o profissional de saúde saiba que cada pessoa utiliza seus próprios recursos para lidar com o luto e que nenhum modo é melhor que o outro. O processo de luto é uma experiência individual e deve ser respeitado como tal, para que o luto não seja desqualificado por não ter atendido às expectativas estereotipadas.

Considerações Finais

A realização deste estudo permitiu-me, como profissional de saúde, ampliar meu aprendizado e meu convívio com os sentimentos advindos da morte de um paciente no transplante de células-tronco hematopoéticas. Os dados empíricos evidenciaram que, para muitos profissionais atuantes na UTCTH, a morte gera sentimentos de pesar, impotência, alívio, cobrança quanto aos limites da assistência, choque, medo e frustração.

Na convivência com a equipe, sendo membro da mesma e pesquisadora, pude aproximar-me mais, por meio das observações e dos registros no diário de campo, das múltiplas dimensões envolvidas no cuidar do paciente durante o tratamento com o transplante.

Nessa caminhada, vivenciei momentos inquietantes, sendo invadida por muitos questionamentos e pelo medo de não captar, durante as entrevistas, os sentimentos implícitos e as vivências que os profissionais de saúde me relatavam.

Ao finalizar esta etapa de meu estudo, surgem em mim o sentimento de muitas descobertas e a certeza de que o caminho percorrido não encerra o assunto. Imagino novas possibilidades com os sentimentos aqui relatados, no sentido de repensar o suporte oferecido ao profissional de saúde reconhecendo seu luto.

As análises das entrevistas permitiram-me constatar que o processo do luto do profissional de saúde ainda não é reconhecido e existe pouca ou nenhuma oportunidade de expressão pública para facilitar a vivência desse luto.

Essa constatação reforça a necessidade, para as instituições de saúde, de considerarem as particularidades da situação de luto vivenciada por seus profissionais e a importância de se estabelecerem espaços de escuta e diálogo, possibilitando, a cada um, expressar seus sentimentos, auxiliando-os na elaboração e no enfrentamento do luto.

A partir de minha convivência e da análise dos dados obtidos das entrevistas com os profissionais de saúde da UTCTH, aprendi que eles têm muito a dizer sobre seus sentimentos, e que somente uma escuta sensível e atenta torna possível aproximar-se da realidade vivenciada por eles como foi possível perceber neste relato:

“Mas eu acho que às vezes a gente soa um pouco insensível, né? Eu já ouvi muitas vezes umas besteiras dizendo que alguns profissionais de saúde não têm coração, porque às vezes a gente não demonstra emocionalmente aquilo que a gente sente, ou às vezes o paciente morre mas ninguém vê a

gente chorando. Às vezes a gente faz alguma brincadeira de mau gosto e eu reconheço que é de mau gosto, mas a gente tem que entender que tudo isso é defesa também. De uma maneira ou de outra, a gente tem que se defender também porque, se não, a gente fica doente também, se não, a gente morre um pouco também. E é óbvio que cada paciente nosso que morre, a gente morre um pouco. Essa talvez seja uma imagem “romântica” e tal, mas eu acho que a gente morre um pouco naturalmente todo dia, cada dia que passa a gente morre um pouco, a gente vai chegando cada vez mais perto da morte. Mas essa ideia de que, quando cada paciente morre, a gente morre junto é uma ideia que não reflete muito bem o que eu sinto. Eu sinto mais que cada paciente que morre, talvez eu viva um pouco mais, não morra um pouco mais. Eu vivo um pouco mais com mais ânimo de tentar mudar e não cometer ou seguir o mesmo caminho ou tentar fazer alguma coisa diferente. Então eu tenho uma ideia do transplante e da hematologia que é um pouco diferente. Enquanto todo mundo fala que vem pra cá pra morrer, essas coisas de leigo que acha que vai vir pro hospital do câncer e vai morrer. Eu acho que não, eles vêm pra cá com a esperança de vida, né? De tentar viver, de tentar sobreviver. Nem sempre a gente consegue isso, mas quando a gente consegue, eu acho que a gente tem grandes vitórias aí pra provar. Mas vale a pena viver com uma qualidade de vida diminuída e tal? Pra isso eu cito Cervantes que tem uma frase no Dom Quixote que é em espanhol “Hasta la muerte todo es vida”. “Até à morte, tudo é vida”. Então eu encaro um pouco as coisas dessa maneira. Eu acho que essa frase é uma citação muito feliz. E eu acho que, enquanto a morte não ocorrer, tudo é vida. Não cabe à gente julgar se vale a pena viver a vida daquele jeito ou não, né? Então eu encerro assim...” (Pedro)

Durante a realização deste estudo, em uma das orientações, ouvi de minha orientadora: *“Para escrever este trabalho é necessário que você me traga tijolos para que eu possa lhe ajudar. Não queira trazer a casa pronta de uma vez.”* Essa frase ficou em mim durante a trajetória deste estudo e foi muito difícil não relacionar os diversos tipos de construções com a construção do processo de luto. No decorrer da construção de uma casa, as etapas não podem ser puladas, deve-se fazer uma coisa de cada vez, compreendendo seus mecanismos.

Assim, associar a construção do luto à ideia de uma construção civil é considerar os tijolos enquanto as diversas etapas a serem encaixadas nesse cenário, cada um com seu objetivo, ou seja, sua especificidade. São os tijolos que permitem dar forma à construção, concretizando sua existência. A relação que se estabelece entre as diversas etapas – tijolos – é de complementariedade, sendo todos eles necessários para que o resultado final exista. Dessa forma, termino este trabalho entendendo que finalizo aqui apenas mais uma de muitas construções que serão feitas sobre este assunto.

Referências

ABRAMOVITZ, J.; SENNER, A. M. Pediatric bone marrow transplant. Update. **Oncol. Nurs. Forum**, v.22, n.1, p.107-115, 1995.

AINSWORTH, M. et al. **Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation**. Hillsdale: Erlbaum, 1978.

ANDERS, J.C. **A família na assistência à criança e ao adolescente submetidos ao transplante de medula óssea – TMO: a fase pós-TMO**. 1999, 158p. Tese (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. 1999.

ANDREIS, M.; CHITERO, E.F.; SILVA, S.C.A.; Situações psicologicamente difíceis: preparo das equipes. In: Knobel, E.; Andreoli, P.B.; Erlichman, M.; **Psicologia da humanização- assistência aos pacientes graves**. São Paulo, Atheneu, 2008. p. 311- 323.

BARROS, G.C.; **Aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia num hospital universitário em Ribeirão Preto: um estudo clínico-qualitativo**. 2007, 106p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. 2007.

BARTOLOMEW, K.; HOROWITZ, L.M.; Attachment Styles among Young adults. A test of a four-category model. **Journal of personality and social psychology**, n.61, p.226-244, 1991.

BOGDAN, R.C.;BIKLEN, S.K.; Fundamentos da investigação qualitativa em educação: uma introdução. In _____. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto-Portugal: Porto Editora, 1994. Cap, 1, p.13-80.

BOSCO, A.G.; **Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgica de urgência e emergência**. 2008, 76p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. 2008.

BOWLBY, J.; **Apego e perda: Apego - A natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1969, vol. 1.

_____. **Apego e perda: Tristeza e depressão**. São Paulo: Martins Fontes, 1973, vol. 3.

_____. **Apego e perda: Separação**. São Paulo: Martins Fontes, 1973 vol. 2.

_____. **Formação e rompimento de vínculos afetivos**. 4ª ed. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2006. 223p.

BROMBERG. M.H.P.F.; **A psicoterapia em situações de perda e luto**. Campinas: Livro Pleno, 2000. 174p.

BROWALL, M.; MELIN-JOHANSSON, C.; STRANG, S.; DANIELSON, E.; HENOCH, I. Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer. **Palliative and Supportive Care**, n.1, p.1-10, março, 2010.

CAMPOS, C.; MASO, J.; GIANINI, M.; PADOVAN, S.; Luto do profissional de saúde. In: Cassellato, G.; **Dor Silenciosa ou Dor Silenciada?** São Paulo: ed. Livro Pleno, 2005. p. 115-149.

CARLOTTO MS, GOBBI MD. Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? **Rev. Aletheia**, 2000, Jul/Dez;10:103-14.

COENSON, C.; DIMSDALE J.E. Psychiatric Liaison Bone Marrow Transplantation Unit. **Gen. Hosp. Psychiatric** n.16:131-134, 1994.

CONCONE, M.H.V.B.O. Vestibular de anatomia. In: MARTINS, J.S. **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983. cap.2, p.25-37.

CONTEL, J.O.B.; SPONHOLZ JR, A.; TORRANO-MASETTI, L.M.; ALMEIDA, A.C.; OLIVEIRA, E.A.; JESUS, J.S.; SANTOS, M.A.; LOUREIRO, S.R.; VOLTARELLI, J.C. Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, 33: 294-311, jul/set 2000. 294-311.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S.; Introduction: entering the field of qualitative research. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Ed.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994. Cap. 1, p.1-17.

DULLEY, F.L.; SOBOYA, R.; BARROS, J.C. Transplantes de Células Hemopoéticas. **Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, 2007. Disponível em: <http://sbhh.com.br> acessado dia 29/09/2010.

DULLEY, F.L. Transplante de medula óssea. **Hematol. e Hemoter.**, v.1, n.2, p.13-19, 1996.

FERREIRA, N.M.L.A. O câncer e o doente oncológico segundo a visão de enfermeiros. **Rev. Brás. Cancerol**, v.42, n.3, p. 161-70, 1996.

FERREIRA-SANTOS, C.A. Os profissionais de saúde enfrentam-negam a morte. In MARTINS, J.S.; **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983. cap.1, p.15-24.

FOESTER J. Transplante de medula. In: BITHELL, T. C et al. (1998). **Hematologia clínica**, v.1. São Paulo: Manole, 1998, p. 766-777.

FONSECA, J.P.; FONSECA, M.I.I.; Luto Antecipatório. In: FRANCO, M.H.P. (Org.) **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002. Cap. 3, p.69-94.

FONTANELLA, B.J.B.; CAMPOS, C.J.G.; TURATO, E.R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, 14 (5), set/out, 2006.

FONTANELLA, B.J.B.; TURATO, E.R.; Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, agosto, 2002.

FRANCO, M.H.P.; Uma mudança no paradigma sobre enfoque da morte e do luto na contemporaneidade. In: _____. **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002. Cap. 1, p.15-38.

FRANCO, M.H.P.; Por que estudar o luto na atualidade? In FRANCO, M.H.P (org); **Formação e rompimento de vínculos afetivos**, São Paulo: Summus, 2010. Cap. 1, p. 17-42.

FREITAS, N.K.; **Luto materno e psicoterapia breve**. 1ª ed. Editora Summus, São Paulo, 2000. 160p.

FREUD, S.; "Mourning and melancholia". The Standart Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Londres: Hogard, 1953 (original publicado em 1917).

HAGMAN, G.; Beyond decathesis: toward a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. In: NEIMEYER, R. (Org.); **Meaning Reconstruction and the experience of loss**. Washington DC: American Psychological Association, 2001.

KLAFKE, T.E.; O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: Cassorla, R.M.S.; **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas, SP, Papius, 1991. p.25-50.

KELLY, D.; ROSS, S.; GRAY, B; SMITH, P. Death, dying and emotional labour: problematic dimensions of the bone marrow transplant nursing role? **Journal of Advanced Nursing**, v.32, n.4, p. 952-60, 2000.

KOVÁCS, M.J. **Educação para morte: desafio na formação de profissional de saúde e educação**. 1a ed. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2003. 180p.

KOVÁCS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. 5. ed. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2008. 243p.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 296p.

LABATE, R. C.; **O profissional de saúde frente a paciente mastectomizada: aspectos psicológicos**. 1997, 148p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LABATE, R. C.; CASSORLA, R. M. (1999). A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 21(2):101-5.

LAGO, P.M.; LOPES, M.H.I.; Cuidados no fim da vida: como abordar este difícil tema? **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.15, n.1, p.47-51, jan/mar 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A.; A análise dos dados e algumas questões relacionadas à objetividade e à validade nas abordagens qualitativas. In: _____. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. Cap.4. p.45-54.

LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D.; A morte do idoso: um fato natural e aceitável? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n.2, p.322-329, maio/ago. 1997.

LUNARDI FILHO, W.D.; SULZBACH, R.C.; NUNES, A.C.; LUNARDI, V.L.; Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n.3, p.60-81, set./dez. 2001.

MAIN, M.; Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs multiple (incoherent) model of attachment: findings and directions for future research. In: PARKES, C.; MARRIS, P.; STEVENSON-HINDE, J.; **Attachment across the life cycle**. Londres: Routledge, 1991, p.127-159.

MAIN, M.; GOLDWYN, R.; **Adult Attachment Scoring and Classificatory System**. Berkeley: University of California, 1984.

MARQUIS, S. Death of nursed: Burnout of the provider. **Omega**, v.27, n.1, p.17-33, 1993.

MARRONE, M.; **La teoria Del apego**: um enfoque actual. Madrid: Psimática, 2001.

MARSILLAC, J.; La comunicacion de la verdad en cancerologia. In: Shavelzon, J.; Levine, A.S.; RISQUEZ, F.; KRANT, M.J.; MARSILLAC, J.; SHEWESGUTH, O.; HOLLAND, J.; URBAN, J.; LUCHINA, I.; BLEGER, L. S.; **Impacto psicologico del cancer**. Argentina: Editorial Galerna, 1978.

MARTINS, E. L.; ALVES, R.N.; GODOY, S.A.F.; Reações e Sentimentos do Profissional de Enfermagem Diante da Morte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.1, p. 105-117, jan/mar 1999.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V.; O positivismo e o desenvolvimento da ciência. In _____. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 1989. Cap. 1 p.11-20.

MATTJE, G.D.; TURATO, E.R. Experiências de vida com Lúpus Eritematoso Sistêmico como relatadas na perspectiva de pacientes ambulatoriais no Brasil: um estudo clínico qualitativo. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, 14 (4), jul/ago, 2006.

MAZZORRA, L.; **A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo do luto**. São Paulo, 2009. 253p. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

MENZIES, I.E.P.; **The functioning of social systems as a defence against anxiety: A report on a study of the nursing service of a general hospital**. London: Tavistock Institute of Human Relations, 1970.

MIRANDA, E.C.M.; SILVA, G.T.; PASQUINI, M.C.; Pesquisa clínica e bioestatística aplicadas ao transplante de células- tronco hematopoéticas. In: VOLTARELLI, J.C.; **Transplante de Células- Tronco Hematopoéticas**. 1ª ed. SBTMO, Atheneu, 2009.

MORAES, C.M.; O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: **Introdução à psicooncologia**. Org: Maria Margarida de Carvalho, cap. 2, p.57-64. Ed. Psy II, Campinas, SP, 1994.

NEIMEYER, R. (Org.); **Meaning Reconstruction and the experience of loss**. Washington DC: American Psychological Association, 2001.

OLIVEIRA, E.A.; MASTROPIETRO, A.P.; SANTOS, M.A.; JUNIOR, A.S.; VOLTARELLI, J.C.; Intervenções da Psicologia, Psiquiatria e Terapia Ocupacional no Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. In: VOLTARELLI, J.C.; **Transplante de Células- Tronco Hematopoéticas**. 1ª ed. SBTMO, Atheneu, 2009.

PARKES, C.M.; **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo, Summus, 1998.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1974. 244p.

PESSINI, L. Distanásia. Até quando investir, sem agredir? In: CAMON, V.A.A. (Org.) **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997. p.73-97.

PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. 5. ed. Annablume/ Hucite: São Paulo, 2003.

PRIZANTELI, C.C.; SANTOS, S.R.B.; CAMAZI, V.L.F.M.; Morte, luto e gênero: a questão de gênero do profissional de saúde e do paciente frente às vivências do luto e da morte. In: Franco, M.H.P.(org); **Nada sobre mim sem mim**. São Paulo: ed. Livro Pleno, 2005. p.37-52.

RIUL, S. **Contribuições à organização de serviços de transplante de medula óssea e a atuação do enfermeiro**, 1995. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.

RODRIGUES, J.V; BRAGA, E.N. Cuidando do Cuidador - serviços particulares de atendimento ao paciente oncológico. In: Carvalho, M.M.J. (org). **Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver**. São Paulo: Summus, 1998. p.52-62.

SARIA, M.G.; GROSSELIM-ACOMB, T.K.; Hematopietic stem cell transplantation: implications for critical care nurses. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, Pittsburgh, v. 11, n.1, p.53-63, fevereiro, 2007.

SCHILIEMANN, A.L.; NACIF. M.R.G.; OLIVEIRA, M.C.; Luto e Saúde. In: FRANCO, M.H.P. (Org.) **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002. Cap. 5, p.131-150.

SPÍNDOLA, T.; MACEDO, M.C.S.; A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.47, n.2, p.108-117, abr/jun, 1994.

TABAK, D.G. Transplante de medula óssea na leucemia mielóide crônica. **Medicina**, 33, p. 232-240, 2000.

TRIVINÔS, A.N.S. **Introdução á pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atheneu, 1987.

TUCUNDUVA, L. T. C. M.; GARCIA, A.P.; PRUDENTE, F.V. B.; CENTOFANTI, G.; SOUZA, C. M.; MONTEIRO, T. A.; VINCE, F.A. H.; SAMANO E. S. T.; GONÇALVES M. S.; DEL GIGLIO, A.; A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Rev Assoc Med Brás.** 2006; 52(2): 108-12.

TURATO, E.R.; Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa- definições e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v.2, n.001, jan-jun, 2000

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.

TURATO, E.R.; Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n.3, p.507-14, 2005.

ZORZO, J. C.C.; **O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem**, 2004, 126p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.

WALTER, T.; A new model of grief: breavement and biography. **Mortality**, Filadélfia, v.1, n.1, p. 7-25, 1996.

WORDEN, J. W.; **Terapia do Luto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Apêndices

APÊNDICE A**Modelo do Roteiro e Instrumento de Coleta de Dados****A- Dados de identificação**

Nome:

Idade:

Estado Civil:

Profissão:

Religião:

Filhos: () sim () não

Tempo de trabalho na UTMO:

Ano de formatura:

Data da entrevista: / /

B - Dados da entrevista semidirigida:

1-) Questão disparadora: *“Fale-me como é para você quando morre um paciente que você acompanhou durante o TMO”.*

2-) Como foi sua reação à comunicação da morte do paciente?

3-) Como tem sido sua vivência em relação a morte de um paciente que você acompanhou durante o TMO?

4-) Como tem sido sua vivência junto à equipe durante esses episódios?

5-) Sente-se preparado para enfrentar tal situação?

6-) Algo poderia ajudá-lo a lidar com tais situações?

7-) Você procura alguma ajuda para lidar com a morte dos pacientes?

C- Dados da observação e auto-observação do entrevistador:

1) Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins:

2) Reações/manifestações do tipo contratransferencial:

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: "Morte e Luto: vivências de profissionais da saúde de uma Unidade de Transplante de Medula Óssea de um hospital do interior de São Paulo"

Meu nome é Renata Pereira Rodrigues, sou aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e estou realizando uma pesquisa que tem como título "Morte e Luto: vivências de profissionais da saúde de uma Unidade de Transplante de Medula Óssea de um hospital do interior de São Paulo". A pesquisa será realizada com os profissionais que trabalham na Unidade de Transplante de Medula Óssea da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos. A orientadora responsável é a Prof^a Dr^a Renata Curi Labate.

O estudo proposto prevê conhecer o significado, da morte dos pacientes, para os profissionais da Unidade de Transplante de Medula Óssea. Assim como investigar qual o impacto da morte nestes profissionais de saúde, como eles vivenciam o processo de morrer dos pacientes e onde eles buscam preparo e apoio para enfrentar essa perda.

Para isso, faz-se necessária à colaboração dos profissionais atuantes dentro da Unidade de Transplante de Medula Óssea da Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos e você está sendo convidado (a) a participar deste estudo. Dessa forma você deve estar ciente de que:

1. Sua participação é voluntária e sua recusa não implicará em prejuízos;
2. As informações fornecidas serão mantidas em sigilo;
3. Caso você aceite participar, será realizada uma entrevista.
4. Caso você não se oponha, esta entrevista será gravada. As informações e a gravação da entrevista poderão ser utilizadas para fins didáticos e em eventos ou trabalhos científicos, mas garantimos o sigilo e sua privacidade, pois os dados não serão expostos de forma que o (a) identifique; sua identidade será sempre preservada;
5. Será excluído do processo caso se recuse a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;
6. Não existe risco à sua saúde em participar deste estudo; mas, se necessário, você será encaminhado.
7. Você é livre para desistir, a qualquer momento, de participar deste trabalho, sem penalização alguma e sem prejuízo no seu local de trabalho e atividades desenvolvidas.
8. Os resultados da pesquisa serão divulgados, sejam eles favoráveis ou não.

Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos. Grata.

Tendo recebido as informações sobre o projeto de pesquisa **"Morte e Luto: vivências de profissionais da saúde de uma Unidade de Transplante de Medula Óssea de um hospital do interior de São Paulo"** sob a responsabilidade da

Terapeuta Ocupacional Renata Pereira Rodrigues, eu,

_____, RG n°

_____ aceito participar deste estudo, ciente de que minha participação é

voluntária e estou livre para, em qualquer momento, desistir de colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa. Recebi uma cópia deste termo e tive a possibilidade de lê-lo, com o qual concordo.

Barretos, ____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:SEXO : M ☐ F ☐

DATA DE NASCIMENTO:...../...../.....

ENDEREÇO:.....

CIDADE:..... CEP:.....

TELEFONE: DDD (.....)

**II. INFORMAÇÕES DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONES DO RESPONSÁVEL
PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA:**

PESQUISADOR: Renata Pereira Rodrigues

TELEFONE: (16) 8161-1254,

ENDEREÇO: Rua Venezuela, 2165. Bairro América. Barretos, SP

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: CREFITO-3/ 10229-TO

**III. CONTATO COMITÊ DE ÉTICA DA FUNDAÇÃO PIO XII- HOPITAL DE CÂNCER
DE BARRETOS:**

DR. RENATO JOSÉ AFFONSO JUNIOR

TELEFONE: (17) 3321-6600 RAMAL: 6894

Anexo

Anexo A

Comitê de Ética em Pesquisa
CEP

Para: Renata Pereira Rodrigues

De: Renato José Affonso Junior
Coordenador do CEP

Data: 15/05/2009

Projeto de Pesquisa: 212/2009

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos, por meio desta, informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos analisou e aprovou sem restrições, o projeto intitulado **"Morte e Luto: vivências de profissionais da saúde de uma Unidade de Transplante de Medula Óssea de um hospital do interior de São Paulo"**, em reunião ocorrida na data de 14/05/2009.

Solicitamos que sejam encaminhados relatórios semestrais e finais, bem como envie-nos possíveis emendas e novos termos de consentimento livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido no centro e novas informações sobre a segurança do estudo para que possamos fazer o devido acompanhamento.

Atenciosamente,

Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa