

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

IVALDO MENEZES DE MELO JUNIOR

**“ESPERA POR UM MILAGRE”: OS MÉDICOS DIANTE DA MORTE
ENCEFÁLICA DE PACIENTES ADULTOS JOVENS**

JOÃO PESSOA/PB

2012

IVALDO MENEZES DE MELO JUNIOR

**“ESPERA POR UM MILAGRE”: OS MÉDICOS DIANTE DA MORTE
ENCEFÁLICA DE PACIENTES ADULTOS JOVENS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências das Religiões na Linha de Pesquisa Espiritualidade e Saúde, sob a orientação da Professora Dra. Lenilde Duarte de Sá.

JOÃO PESSOA/PB

2012

M528e Melo Junior, Ivaldo Menezes de.

Espera por um milagre: os médicos diante da morte encefálica de pacientes adultos jovens / Ivaldo Menezes de Melo Junior.-- João Pessoa, 2012.

118f. : il.

Orientadora: Lenilde Duarte de Sá

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CE

1. Ciências das Religiões. 2. Espiritualidade e Saúde.
3. Morte encefálica. 4. Médicos - espiritualidade - religiosidade.

UFPB/BC

CDU: 279.224(043)

IVALDO MENEZES DE MELO JUNIOR

**“ESPERA POR UM MILAGRE”: OS MÉDICOS DIANTE DA MORTE
ENCEFÁLICA DE PACIENTES ADULTOS JOVENS**

Aprovada em: ____/____/2012

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lenilde Duarte de Sá
Orientadora - UFPB

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Coutinho de Sales
Avaliadora - UFPB

Prof. Dr. Risomar da Silva Vieira
Avaliador - UEPB

Dedico esta dissertação a todos pacientes jovens que morreram na esperança da vida eterna. Bem como para seus familiares que na dor silenciosa sofreram e sofrem diariamente com a saudade do seu ente querido, porém com certeza de que foi realizada a vontade de Deus!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado o dom da vida, e por todo seu Amor Incondicional, pois mesmo diante das minhas fraquezas, Ele se declara apaixonado diariamente por mim, me dando a certeza que, quando estou fraco, aí é que me faço forte!!!

Aos meus pais, Ivaldo e Elisabete, por terem me gerado e me dado toda educação que tenho hoje. Principalmente por me ensinarem o maior legado que trago na vida: Lutar pelos meus sonhos sempre respeitando o próximo. Amo vocês!!!

Aos meus irmãos, Mariângela e Inácio, pela compreensão, apoio e partilha em todos os momentos que precisamos um do outro. Como é bom poder saber que podemos contar sempre com alguém que nos ama, pelo simples fato de amar!!!

A uma pessoinha muito especial na minha vida. Um presente de Deus para nós! Nicole, minha sobrinha e afilhada que amo demais! Obrigado pela sua alegria, carinho e docilidade!!!

A todos os meus familiares, que sempre me apoiaram, me deram força e coragem para seguir traçando meus objetivos e sonhos. Meus avós, tios, primos, minha cunhada Marina, meu cunhado Fábio e meu sobrinho de coração Luigi. Ou família querida para eu gostar, sempre vivemos momentos especiais, seja na alegria ou na tristeza, porém sempre unidos!!!

Aos Amigos que fazem parte da minha história. O que seria de mim sem eles? Obrigado meu Deus! Como o Senhor é Fantástico! São eles: Rosa, Ivna, Fabio, Dudu, Dani, Paula, Fabiola, Keyla, Kátia, Momô, Pe. Bruno, Adrianinha, Adriana, Crhis, Verônica, Beta, Tiago, Raoni, Milena, João, Tita, Pôla, Larissa, Márcia Delgado, Juliana, Kaline, Eveline, André Guerra, Thati Dias, Thayse, Tati Anjo, Bruno, Deas, Alba, Joana, Magali, Márcia Valeska, Edu, D. Gilselda, Nanda, Mons. Catão, Tavinho, Janyva, Vera, Alessandra, Lúcia, Flavinha!!!

À todos da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba: Diretores, funcionários, professores e alunos. Pessoas importantes na minha caminhada profissional e acadêmica. Me ensinam a cada dia a ser mais maduro e responsável na vida!!!

A todos do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena: Diretores, funcionários, coordenadores, colegas de trabalho, pacientes e familiares. Foi onde tudo começou. Uma verdadeira escola na minha vida. Onde aprendo até hoje!!!

A minha orientadora Lenilde de Sá, uma pessoa especial que Deus me presenteou em 2011. Foi pouca a convivência, mas o suficiente para perceber a mulher sábia, batalhadora e humilde. Exemplo de pessoa que quero seguir na vida. Obrigado pela acolhida professora, saiba que és muito importante na minha caminhada acadêmica. Continuemos!!!

Aos componentes da minha banca, professora Ana Coutinho e professor Risomar. Meu muito obrigado por terem aceitado o convite, e assim contribuir na construção deste trabalho!!!

A todos do Programa de Pós graduação em Ciências das Religiões: Coordenadores, funcionários, professores, colegas da turma 5 e das outras turmas que tive a oportunidade de partilhar alguns momentos durante este período do mestrado, acrescentando ainda mais nos meus conhecimentos sobre esta ciência que tanto me encanta!!!

E a todos os médicos que colaboraram com esta pesquisa, que de forma educada e atenciosa me proporcionaram a oportunidade de construir esta dissertação a partir das entrevistas realizadas!!!

“Se fizéssemos um esforço sobre-humano para encarar nossa própria morte, para analisar as ansiedades que permeiam nosso conceito de morte e para ajudar os semelhantes a se familiarizarem com tais pensamentos, talvez houvesse menos destruição ao nosso redor”

ELISABETH KÜBLER-ROSS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFM - Conselho Federal de Medicina

GTH - Grupo de Trabalho de Humanização

HETSHL - Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

ME - Morte Encefálica

NECE - Núcleo de Estágios, Capacitação e Eventos

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Lucas, médico cristão.....	47
Figura 2: Avicena, médico Islâmico.....	50
Figura 3: Esculápio, médico grego "Deus da medicina".....	53
Figura 4: Hipócrates, médico grego "Pai da Medicina".....	56
Figura 5: Jivaka, médico indiano.....	61
Figura 6: Cosme, médico cristão.....	64
Figura 7: Patch Adams, médico norte-americano.....	66
Figura 8: Damião, médico cristão.....	69
Figura 9: Merit Ptah (egípcia), primeira médica do mundo.....	71
Figura 10: Agnodice, médica grega.....	73

MELO JUNIOR, Ivaldo Menezes de. **“Espera por um Milagre”: Os Médicos Diante da Morte Encefálica de Pacientes Adultos Jovens.** João Pessoa, 2012. 118f. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Ciências das Religiões) Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

RESUMO

A comunicação e o cuidado em saúde é um tema que, atualmente, está sendo bastante discutido pelos profissionais de saúde, especialmente quando se aborda sobre a percepção destes profissionais sobre a morte. Diante do avanço tecnológico e a consequente desvalorização do ser humano, observa-se um distanciamento nas relações interpessoais, tornando as pessoas cada vez mais individualistas. Diante disso, as Unidades de Terapia Intensiva tem sido alvo desse processo de desumanização, devido aos vários fatores estressores relacionados aos recursos humanos, materiais e ambientais. Portanto, é importante identificar fatores que possam contribuir neste processo, entre eles destaca-se a espiritualidade e religiosidade dos médicos como elemento fundamental na relação com os familiares. Partindo dessa visão, este estudo teve como finalidade analisar a presença da religiosidade e da espiritualidade na comunicação feita pelo médico aos familiares diante da situação de morte iminente de um paciente adulto jovem. A metodologia teve natureza qualitativa, sendo utilizada a história oral temática. A produção do material empírico foi realizada por meio da gravação, quando foram entrevistados dez médicos intensivistas do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena da cidade de João Pessoa. Este material produzido foi analisado e interpretado com base em três eixos temáticos, sendo eles: a percepção do médico sobre a terminalização da vida de pacientes jovens, quando cinco deles relataram lidar naturalmente com a morte, por fazer parte do processo natural da vida, independente da idade. Já os outros cinco disseram não se sentir preparados para lidar com este processo, porém, traços de alteridade foram apresentados, o que demonstra o cuidado humanizado desses profissionais; quanto à comunicação e o cuidado do médico diante da família, foram apresentadas ações importantes que podem melhorar este processo como: deixar os familiares sempre informados, capacitar os profissionais de saúde e a inclusão da dimensão espiritualidade e religiosidade nesta relação; estas foram enfatizadas no terceiro eixo, pois influenciam diretamente na condução da informação sobre a morte iminente de um ente querido. Assim, a religião independente de qual seja, trás subsídios para facilitar a comunicação deste assunto. Portanto, acredita-se que o resgate da humanização no atendimento no ambiente de uma UTI, por meio da espiritualidade e religiosidade dos profissionais da área de saúde, seria de grande relevância para a melhora da qualidade de vida do paciente, familiares e equipe, além de poder proporcionar a desmistificação da unidade como sendo o lugar da morte e não da esperança de vida.

Palavras-chaves: Morte Encefálica; Médicos; Espiritualidade; Religiosidade.

MELO JUNIOR, Ivaldo Menezes de. **“Waiting for a Miracle”: Physicians face to Brain Death of Young Adults Patients.** João Pessoa, 2012. 118p. Masters Degree Dissertation (Masters Degree Program in Science of Religions) Education Center, Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

ABSTRACT

Communication and health care is a topic that nowadays has been discussed a lot among health professionals, especially when they are asked about the perception of death. Facing the technology development and devaluation of the human being, it's observed a distance among interpersonal relations, making people even more individualists. Facing this, the Intensive Unit Therapy (UTI) has been target of this deshumanization process, due to the many stress factors related to human resources, materials and environmental. Therefore, it is important to identify factors that may contribute in this process, among them stands out the physicians spirituality and religiosity as a central element in the family relationships. Starting on this perception, the present study has as main point to analyze the presence of religiosity and spirituality in physicians communication to the family facing the imminent death of a young adult patient. The methodology had a qualitative approach using the oral history theme. The empirical material was produced by recording ten intensive care physicians of Emergency and Trauma Senador Humberto Lucena Hospital at the city of João Pessoa. This material was analyzed and interpreted based on three axes themes: the physicians perception of the ending of the young patients life, when five of them related to deal with the death naturally for being part of the natural process of life, independent of age. Although the other five related not being prepared to deal with this process, however, traits of alterity were presented, wich shows the humanized care of those professionals; as for the communication and the physician care face to the family, were presented important actions that can improve this process as: let the family members always informed, enable the health professionals and the included the spirituality and religiosity dimension in this relation; those were emphasized in the third axe because they directly influenced in the information conduction about the imminent death of a beloved family member. Thus, no matter wich religion is, it brings subsidy to enable communication of this subject. Therefore, it is believed that humanization rescue at UTI environment by the health professionals spirituality and religiosity, could be very nice to improve the life quality of the patient, family and staff, besides cross of the myth of the unit as being the death place and not the hope of life.

Key words: Brain Death; Physicians; Spirituality; Religiosity.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I - MARCO TEÓRICO.....	18
1.1 Comunicação em Saúde: A medicina e a morte encefálica.....	19
1.2 O Atendimento Humanizado na Unidade de Terapia Intensiva.....	25
1.3 A Religiosidade e a Espiritualidade do Profissional de Saúde.....	32
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
2.1 Caracterização da Pesquisa.....	39
2.2 Metodologia da Coleta de Dados.....	39
2.3 Produção e Análise do Material Empírico.....	42
2.4 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	43
CAPÍTULO III - NARRATIVAS.....	44
3.1 Lucas.....	45
3.2 Avicena.....	48
3.3 Esculápio.....	50
3.4 Hipócrates.....	53
3.5 Jivaka.....	58
3.6 Cosme.....	61
3.7 Patch Adams.....	63
3.8 Damião.....	66
3.9 Merit Ptah.....	68
3.10 Agnodice.....	70
CAPÍTULO IV - ANALISANDO AS HISTÓRIAS.....	72
4.1 A percepção do médico sobre a terminalização da vida de pacientes jovens.....	73
4.2 Comunicação e o Cuidado: o médico diante da família.....	81
4.3 A influência da religiosidade e da espiritualidade na comunicação.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICES.....	113
ANEXO.....	117

INTRODUÇÃO

A motivação para realização desta pesquisa se deu a partir de vivências na Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTI) do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HETSHL), situado na cidade de João Pessoa/PB, onde trabalho como fisioterapeuta desde o ano de 2003. Por ser um hospital de emergência, encontra-se um grande número de pacientes com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), relacionados a acidentes automobilísticos e de motocicleta, como também ferimento por arma de fogo e queda da própria altura.

O TCE é um problema que acompanha a humanidade desde seus primórdios e que vem cada vez mais afetando a população, principalmente os jovens, tanto dos países desenvolvidos como os subdesenvolvidos. Entretanto, com os avanços tecnológicos e a melhor capacitação dos profissionais da saúde, pode-se perceber uma elevação dos índices de sobrevivência das vítimas do TCE, porém ainda é a principal causa de morte no Brasil e nos Estados Unidos para pessoas com menos de 34 anos, tendo maior incidência em pessoas do gênero masculino e na faixa etária entre 15 a 25 anos de idade (BRASIL, 2009, O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2010).

Então, comecei a refletir sobre as experiências que estes pacientes críticos, ou seja, com risco iminente de morte e suas famílias vivenciam enquanto estão internados na UTI. Passei a questionar que tipo de atendimento poderia ser prestado para amenizar o sofrimento e a dor que o ambiente e a situação de enfermidade causavam, além de buscar entender a razão pela qual a técnica muitas vezes imperava nas ações profissionais da equipe para com os pacientes e familiares, destacando aqui o médico, que dentro deste processo tem função fundamental, pois é ele quem dá o diagnóstico inicial, bem como o terminal, além das informações diárias aos familiares sobre a evolução clínica do doente.

Desta forma, percebi que alguns dos profissionais de saúde tinham perdido a noção do conceito de atendimento humanizado e da importância que ele tem para o bem-estar biopsicossocioespiritual do paciente. No entanto, a lógica humana seria que esses profissionais tivessem adquirido no decorrer da sua formação acadêmica e profissional uma postura que problematizasse esses aspectos desumanos presente na UTI, uma vez que tais profissionais escolheram uma profissão na área da saúde, onde o centro de sua prática está vinculado ao relacionamento com seres humanos e ao cuidado com vidas.

Os profissionais de saúde podem buscar, a cada oportunidade, atuar como agentes facilitadores e transformadores da realidade presente nas unidades de terapia intensiva, porém o que se observa é que a maioria desses profissionais acabou caindo na rotina, perdendo um pouco da sensibilidade e de percepção do que o paciente representa para si e para a família.

Contudo, observo também atitudes humanizadas, quando alguns profissionais médicos conseguem transmitir aos familiares tranquilidade e conforto no momento de angústia em que um paciente está com risco de morte. E que por meio de algumas ações levam a acreditar que seus cuidados estão sendo suficientes e necessários, dando uma maior segurança aos parentes. Estas ações muitas vezes são realizadas de forma espiritualizada, respeitando a crença da família, por meio de orações ou simplesmente falando sobre Deus. Este recurso parte da definição de que a espiritualidade é uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (GUIMARÃES et al., 2007).

Os autores acima nos falam que a espiritualidade e sua relação com a saúde tem se tornado claro paradigma a ser estabelecido na prática clínica diária. A doença permanece como entidade de impacto amplo sobre aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica e econômica; é fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação. A partir daí, buscamos aprofundar neste estudo sobre a presença da espiritualidade e da religiosidade na comunicação entre os profissionais médicos e os familiares de pacientes que estão em morte encefálica, analisando assim a percepção médica de como lidar com este assunto aparentemente comum e peculiar a sua profissão.

A estrutura energética do ser humano é bipolar: isto é, vai do pólo mais caracteristicamente denso, que é o pólo físico, até o pólo mais definidamente leve, que é o pólo espiritual e impõe uma simultaneidade psicofísica, no entendimento da funcionalidade humana. Enfim a teoria bipolar sugere que construir a saúde, bem como reabilitá-la, exige práticas tanto físicas, quanto espirituais. A boa saúde espiritual é essencial para a boa saúde física. A fé e a religião são instrumentos poderosos, tanto para os pacientes e familiares, quanto para o terapeuta, pois o ser humano não foi feito para viver enfermo, em nenhuma de suas dimensões, seja no pólo físico ou espiritual (FEIJÓ, 2005).

A religiosidade é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente, bem como a espiritualidade como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

Quanto à definição de atendimento humanizado, sabe-se que é muito mais do que apenas realizar uma técnica, é um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e

das pessoas que ali trabalham, promovendo ao paciente assistência com qualidade, individualizada, de acordo com as necessidades encontradas no momento (GUANAES; SOUZA, 2004).

Entretanto, o grande número de pacientes graves ou fora de possibilidades terapêuticas, equipamentos modernos, alarmes disparando, gemidos dos pacientes, familiares aterrorizados com a morte iminente, o sofrimento do paciente, a falta de comunicação, o estresse de não poder falhar, o conflito interior, dentre outros aspectos, parecem afetar de alguma forma o atendimento prestado pelos profissionais de saúde ao paciente crítico, apesar de estar compromissado com o cuidado de pessoas, que assim como eles, trazem consigo uma história de vida marcada por medos, angústias, sonhos, pudores, valores, crenças, ideais, dentre outros sentimentos existentes nesta situação.

Observamos que o modelo biomédico ainda sobrevive e contribuiu bastante para a permanência da postura tecnicista e distante do paciente, mas é preciso tentar recompor a visão holística existente no interior de cada profissional de saúde, para que a realidade atual, presente nos ambientes de UTI's possam tomar outra conformação e seguir por um novo caminho. Sendo importante principalmente diante da evidência da morte, ou seja, do diagnóstico clínico que se chama de morte encefálica, não tendo mais o paciente condições de vida devido à ausência de fluxo sanguíneo cerebral, resta ao médico comunicar à família que o quadro do paciente é irreversível. Nestes casos os médicos geralmente recorrem à sua crença para anunciar a família e para lidar com o fato, ficando evidente sua limitação humana, pois ele está ali para anunciar a vida e não a morte. Portanto, a partir de então ele tira a responsabilidade de suas mãos e passa a colocar nas mãos de Deus, pois como médico não tem mais o que fazer.

A partir daí, o objeto de estudo foi a religiosidade e a espiritualidade do profissional médico no processo de informação à família sobre o diagnóstico de morte encefálica do seu ente querido com traumatismo crânio encefálico, principalmente por se tratar de adulto jovem, que terá sua vida interrompida de forma tão brusca. Assim, levantamos os seguintes questionamentos: Como o médico lida com o processo de terminalização da vida? Como ele informa a família à iminência da morte? A religiosidade e espiritualidade estão presentes na comunicação à família diante da morte iminente de pacientes adultos jovens?

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo geral analisar a presença da religiosidade e da espiritualidade na comunicação feita pelo médico aos familiares diante da situação de morte iminente de um paciente adulto jovem. Para isso, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Investigar a percepção do médico sobre o processo de finalização da vida de um paciente adulto jovem em quadro irreversível;
- Narrar as experiências do médico no momento de informar à família sobre a irreversibilidade do quadro do seu parente;
- Identificar aspectos ligados a religiosidade e a espiritualidade no processo de comunicação feito pelo médico à família.

Assim, a dissertação ficou composta dos seguintes capítulos: No primeiro consta o marco teórico, dividido em três tópicos: Comunicação em Saúde: A medicina diante da morte encefálica; O Atendimento Humanizado na Unidade de Terapia Intensiva; A Religiosidade e a Espiritualidade do Profissional de Saúde. No segundo foi dissertado sobre o percurso metodológico escolhido para alcançar os objetivos e, logo após, o terceiro capítulo narra as histórias obtidas a partir da investigação realizada na pesquisa, seguido do quarto capítulo que faz a análise dessas histórias, finalizando com as considerações finais.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

Esta pesquisa encontra respaldo teórico na concepção do cuidado na perspectiva da integralidade, buscando identificar dentro da política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) a presença da religiosidade e da espiritualidade do profissional de saúde, em especial do médico intensivista, que lida diariamente com o processo de terminalização da vida de indivíduos jovens com diagnóstico de morte encefálica.

1.1 Comunicação em Saúde: A medicina e a morte encefálica

Os avanços da medicina, tais como, a ressuscitação cardíaca, a circulação extracorpórea e os respiradores artificiais, tornaram obsoleta a definição tradicional de morte clínica. Passou-se a aceitar o conceito de morte encefálica como o de morte clínica, contando com a concordância da maior parte das autoridades civis e religiosas. Cabe ao neurologista a difícil tarefa de decidir se o paciente, a despeito de tremendos esforços médicos, apresenta uma cessação irreversível da atividade cerebral.

Em 1958, o papa Pio XII declarou que o pronunciamento sobre morte é responsabilidade da Medicina e não da Igreja. “Concerne ao médico dar uma precisa e clara definição da morte e do momento em que ela ocorreu” (STÁVALE, 2011).

É importante ressaltar que a morte é um processo e não um evento, portanto ela não poderia ser determinada como ocorrendo em determinado momento. Por isso seria mais correto determinar os critérios diagnósticos de que ocorreu a morte. Atualmente são basicamente parecidos, diferindo apenas no tempo de observação e a necessidade ou não de exames subsidiários comprobatórios da morte encefálica (ME) (STÁVALE, 2011).

A morte encefálica ocorre quando o dano ao encéfalo é tão extenso que o órgão não tem mais potencial de recuperação e não pode mais manter a homeostasia interna do corpo, isto é, funções respiratórias e cardiovasculares normais, controle da temperatura em níveis normais, função gastrointestinal normal e assim por diante (BARRETO; VIEIRA; PINHEIRO, 2003).

De acordo com os autores acima, uma questão fundamental é como o médico pode diagnosticar de maneira correta essa condição, tendo suficiente certeza para não incorrer em um diagnóstico de morte falsamente positivo. Para isso, a rotina do exame clínico nessa situação deve ser de conhecimento de todos os médicos, devendo-se iniciar esse treinamento ainda na vida acadêmica, na disciplina de semiologia. A utilização adequada da semiologia para o diagnóstico de ME oferece uma certeza diagnóstica que em muitos países é considerada suficiente, não havendo necessidade de exames complementares para confirmar a

ausência de função encefálica ou de perfusão do cerebral. Sendo diagnosticada de maneira correta, apesar de preservação artificial dos órgãos periféricos por tempo indeterminado, ocorrerá parada cardíaca após alguns dias ou semanas na maior parte dos pacientes.

A semiologia da ME procura evidenciar a existência indispensável das seguintes características: ausência de respostas comportamentais ou reflexas observáveis aos estímulos externos; ausência de respiração espontânea e de outras evidências de funcionamento do tronco encefálico e evidência de que essas perdas são irreversíveis (BARRETO; VIEIRA; PINHEIRO, 2003).

O exame visando ao diagnóstico de morte encefálica deve ser iniciado após o conhecimento da causa que determinou o estado clínico em que se encontra o paciente. Devem ser afastadas todas as causas reversíveis, tais como intoxicação por depressores do sistema nervoso central, hipotermia, choque hipovolêmico e distúrbios metabólicos. Como são frequentes os casos onde é desconhecida a causa do coma (coma de origem obscura), esses pacientes devem ter dados laboratoriais que informem sobre a possibilidade de intoxicação e/ou envenenamentos. Para que o médico examinador possa ter tranquilidade na realização de seu exame, ele não deve permitir a presença de pessoas que pertençam a grupos de transplantes. Não se deve omitir nenhum dos itens que constam do protocolo de ME do hospital onde está sendo feito o exame, e a unidade onde está hospitalizado o paciente deve dispor o material necessário para que o exame possa ser realizado (BONGARD; SUE, 2005).

Quando então diagnosticado, a morte encefálica, o médico tem por responsabilidade a informação aos substitutos imediatos do paciente sobre a situação clínica do mesmo, quando as decisões referentes ao suporte de vida do indivíduo deveriam ser compartilhadas entre eles, mas de acordo com a ética nas tomadas de decisões, o médico apesar de ser singularmente qualificado para determinar que diante deste quadro não exista nenhuma terapêutica que apresente resultados significativos no tocante a sobrevivência, só os substitutos do paciente podem decidir assuntos de qualidade de vida. O médico deve buscar contribuição de outros profissionais da equipe da UTI, incluindo as enfermeiras e outros provedores de cuidado (BONGARD; SUE, 2005).

Além de possuir conhecimentos sobre a ética da medicina de terapia intensiva, os profissionais de saúde devem estar qualificados para comunicar esses princípios e os seus conflitos aos familiares, como também para a equipe de cuidados médicos. O médico tradicionalmente assume a função de líder daquela equipe, mas as enfermeiras de terapia intensiva e os fisioterapeutas respiratórios desenvolvem frequentemente relações bem próximas com os familiares, podendo assim ajudar no processo. (BONGARD; SUE, 2005).

Enfim, diante desta situação de morte eminente de um paciente que estatisticamente está representado por adultos jovens que sofreram uma lesão cerebral irreversível, deparam-se os profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva, que tecnicamente devem estar preparados para lidar com este problema, porém o lado humano sempre estará presente, não podendo separar os sentimentos que estão representados no atendimento humanizado destes profissionais. Colocar-se no lugar do outro faz parte deste processo, tendo a influência do ser família quando muitos deles são pais e mães, bem como a relação com a sua crença religiosa e a espiritualidade, elementos importantes no enfrentamento da morte.

A pedra fundamental do processo de humanização é a comunicação efetiva entre pacientes, familiares e equipe com o objetivo de identificar as dificuldades e promover a melhor estratégia para a resolução dos impasses. A comunicação constitui um importante instrumento para a construção de uma UTI mais humana, descontraída, harmoniosa e eficiente, visto que a comunicação é um processo dinâmico que envolve o compartilhamento de informações, propósitos e regras entre pessoas, onde a informação objetiva, honesta e freqüente é sempre a mais importante necessidade dos pacientes e familiares nas UTI's (KNIBEL; CELLI, 2004; SCANLAN; WILKINS; STOLLER, 2000).

A palavra comunicação vem do latim *comunicare* e significa “pôr em comum”. Para Ferreira (1986, apud BITTES; MATHEUS, 2003, p. 61) “é a capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, de conversar com vistas ao bom relacionamento entre as pessoas. É um ato intrínseco ao existir humano”.

Para Larocca e Mazza, (2001) a comunicação excita, ensina, vende, distrai, entusiasma, constrói mitos, destrói reputações, orienta, desorienta, faz rir, faz chorar, inspira, narcotiza, reduz a solidão, e, num paradoxo digno de sua infinita versatilidade produz até incomunicação.

Afirmando essa capacidade paradoxal de atingir a incomunicação os autores Bittes e Matheus (2003) enfatizam que comunicar-se verdadeiramente implica uma série de aspectos complexos que se não estiverem claros para as pessoas envolvidas no processo da comunicação, pode causar desentendimentos, podendo até levar ao fracasso à relação existente entre elas.

A comunicação engloba todas as formas que uma pessoa utiliza para poder afetar o outro, dentre as principais formas de comunicação estão: a verbal (falada ou escrita), a não-verbal (cinésia, toque, territorialidade) e a paraverbal. A forma verbal ou lingüística é aquela bastante influenciada pela cultura, onde utilizamos a linguagem falada ou escrita. É, sem dúvida, a forma de comunicação que mais temos consciência, porém, grande parte das

confusões e incomunicações que ocorrem entre as pessoas têm como origem a própria linguagem (BITTES; MATHEUS, 2003).

Para Silva (2010), apesar da comunicação verbal ser aquela associada as palavras expressas por meio da linguagem escrita ou falada, a fala pode ser considerada defeituosa quando a comunicação não é efetiva, seja porque a maneira de falar distrai a atenção do que é dito, seja pelo constrangimento do emissor de sua própria dificuldade de falar.

Na forma não-verbal a mensagem é transmitida e recebida pelos órgãos dos sentidos compreendendo além da expressão facial, a expressão corporal, gestos e toques. Nosso corpo assume uma variedade de posturas que nos ajudam a traduzir melhor o significado das palavras que proferimos. A cinésia, parte da ciência que estuda o comportamento cinético do corpo revela-nos que se atentarmos à postura corporal e expressões corporais de nosso interlocutor nossa comunicação terá mais chances de se tornar efetiva. Assim, o estudo do não-verbal pode resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização. Ajuda ainda a potencializar sua própria comunicação, enquanto elemento transmissor de mensagens. (BITTES; MATHEUS, 2003; SILVA, 2010).

Outra forma de comunicação não-verbal é o toque que pode significar a atitude de nos unir ao outro ou de nos distanciarmos do outro, além de poder ter um significado diferente dependendo da pessoa, da cultura e do contexto em que ocorre o toque. Já a territorialidade diz respeito ao espaço além do nosso corpo que temos como nosso e que pode influenciar ou definir o “tipo” de envolvimento que gostaríamos de manter com o outro, ou seja, dependendo da pessoa com a qual estamos nos comunicando e relacionando poderemos manter certo padrão de distância ou não. A comunicação não-verbal torna-se importante no processo comunicativo porque ela pode suplementar uma informação verbal (complementando ou rejeitando), contradizer, enfatizar, substituir, oferecer indícios sobre emoções ou mesmo controlar ou regular um relacionamento (BITTES; MATHEUS, 2003).

Então, os autores Larocca e Mazza, (2001) confirmam a importância da comunicação não-verbal declarando que a maior parte da comunicação ocorre em nível não-verbal, embora o processo de comunicação esteja mais associado à forma verbal, porém esta representa apenas um pequeno segmento da abrangência da comunicação humana.

Knibel e Celli (2004) enfatizam a força do elemento não-verbal para a comunicação através de quatro funções básicas que ela pode exercer sobre a comunicação verbal:

1. Complementar a comunicação verbal, utilizando qualquer sinal que reforce o que foi falado;

2. Substituir a comunicação verbal, fazendo com que qualquer sinal não-verbal substitua as palavras;
3. Contradizer a comunicação verbal, fazendo sinais que desmascarem o que está sendo falado;
4. Demonstrar sentimentos, com emoções expressas pela face, sem palavras.

Contudo, podemos afirmar que a principal função da comunicação não-verbal é a demonstração dos sentimentos e emoções dos comunicadores. Para que isso aconteça é necessário reaprender a se comunicar, a ver e ouvir a linguagem, a descobrir através da multiplicidade de sinais – o olhar, a expressão facial, as roupas, a postura, o espaço que se ocupa – o que a pessoa deseja transmitir, dessa forma, estaremos realmente utilizando a comunicação como subsídio para a sistematização do cuidado, mais do que simplesmente como um instrumento do cuidado (KNIBEL; CELLI, 2004; LAROCCA; MAZZA, 2001).

Quanto a comunicação paraverbal ou paralinguagem está relacionada aos sons produzidos pelo aparelho fonador, utilizados na comunicação, que não façam parte do sistema sonoro da língua usada. São demonstrados sinais de sentimentos, características da personalidade, relacionamento interpessoal, atitudes e autoconceito. Como exemplo temos o riso, o suspiro, o pigarrear, a velocidade com que as palavras são ditas, a entonação usada na expressão das palavras e ritmo do discurso. Desta forma, revela-se muito importante por ser regulador da conversação e, na área da saúde, isso é fundamental, tanto na relação médico/paciente como na relação médico/família. (SILVA, 2010)

Quando falamos em comunicação no processo de humanização na UTI estamos nos referindo a uma situação de profunda relação entre dois ou mais agentes que estejam dialogando, onde essa profunda relação se traduz muito mais ao aspecto hermenêutico (existencial) da comunicação do que ao seu conteúdo instrumental ou semiótico (KNIBEL; CELLI, 2004).

A comunicação tem uma função fundamental na avaliação e tratamento dos pacientes, influenciando de várias formas a sua disposição em cooperar, a sua satisfação, o seu bem estar emocional, além de afetar a moral e o desempenho dos profissionais de saúde. Então, para alcançar uma humanização desejada através da comunicação é preciso tornar-se capaz de conseguir interpretar o real sentido das palavras ou gestos emitidos pelo paciente (SCANLAN; WILKINS; STOLLER, 2000).

Como já vimos a comunicação envolve o paciente, a equipe e os familiares, sabe-se que muitos são os obstáculos que interferem na comunicação entre eles, tais como: a falta de reconhecimento da relação médico-paciente como importante fator na recuperação do doente

grave, o ritmo acelerado das tarefas que envolvem a equipe multiprofissional, as qualidades humanas ou “internas” únicas do remetente e do receptor (incluindo suas experiências prévias, atitudes, valores, bagagem cultural, autoconceito e sentimentos), estado emocional, auto-análise e harmonia consigo mesmo podem ser considerados como fatores importantes que poderão ajudar ou atrapalhar no processo da comunicação entre o paciente, a equipe e os familiares (KNIBEL; CELLI, 2004; SCANLAN; WILKINS; STOLLER, 2000).

Para Knibel e Celli (2004) existem medidas para tornar essa comunicação eficaz e transformar o tratar em cuidar nesses três grupos de pessoas, entre elas: reconhecê-lo como ser humano, entendendo e aceitando a sua individualidade e o momento doloroso e difícil pelo qual está passando, ou seja, é tentar na medida do possível, olhar sob a ótica do outro, procurando oferecer o que no fundo gostaríamos de receber deixando de lado os tabus, ultrapassando as barreiras, simplificando e aquecendo as relações embasadas sempre na ética e no respeito. Quando saímos de nós mesmos e nos colocamos no lugar de quem está deitado, quase sem opções, quase aprisionado precisando da nossa atenção e do nosso cuidado, provavelmente damos mais importância as nossas atitudes, olhares, comentários, gestos, conversas, toques, enfim, a qualquer comunicação que tentemos estabelecer, pois para o paciente lúcido, ou não, tal comunicação é de extrema importância.

Em relação à comunicação com a família, o profissional de saúde não deve esperar que algum familiar venha procurá-lo para obter informações, até porque, os familiares vão estar ansiosos, desconfiados, angustiados e sofrendo muito com o momento pelo qual estão passando. Então, cabe à equipe dirigir-se aos familiares para fornecer informações, sempre que possível, com linguagem acessível, sem a utilização de jargões médicos, termos técnicos ou siglas para que, a partir de então, possa ser criado um elo entre eles para que as partes possam se beneficiar dessa aproximação (KNIBEL; CELLI, 2004; KNOBEL; NOVAES, BORK, 2006).

Os autores acima destacam que a internação de um membro da família gera uma crise entre eles, pois se veem intimidados com a gravidade da patologia e o ambiente da UTI necessitando o mais rápido possível de uma palavra de esperança, conforto e acolhimento para conseguirem atenuar o seu sofrimento e exercer a sua função da melhor forma possível, que é o de ser um acompanhante, com o objetivo de reafirmar o equilíbrio emocional do paciente, auxiliando na sua recuperação através de gestos de carinho, da presença física, da conversa e segurança que eles conseguem transmitir.

Por fim, a comunicação com a equipe e entre a equipe é um importante instrumento na formação de um grupo coeso, unido e que deseja alcançar as mesmas metas. A participação

deve ser a palavra chave na comunicação com a equipe da UTI. A equipe deve se aproximar buscando se conhecer melhor para que haja o engajamento em torno de objetivos comuns. É de grande importância que a equipe seja valorizada e reconhecida pela chefia interna da UTI e do hospital, tendo sempre que possível suas necessidades saciadas para que a mesma se sinta motivada a realizar um trabalho de qualidade em torno de um ideal, tratando-se melhor e, em consequência, cuidando melhor do outro (KNIBEL; CELLI, 2004).

Portanto, há na palavra equipe um vínculo, um objetivo comum, uma organização, um resultado a ser alcançado. Essas e outras atitudes executadas pela equipe de saúde refletem uma assistência humanizada e demonstram dos mesmos um trabalho baseado na ética e na moral, que trará ao paciente e aos seus familiares, inúmeros benefícios no seu processo de internação.

1.2 O Atendimento Humanizado na Unidade de Terapia Intensiva

Para podermos falar em humanização precisamos compreender o que é o ser humano na sua integridade. O humano é o efeito da combinação de três elementos: a materialidade do corpo, a imagem do corpo e a palavra que se inscreve no corpo. O indivíduo se diferencia dos animais e da natureza pelo seu corpo biológico que é capturado desde o início numa rede de imagens e palavras, apresentadas pela mãe, familiares, amigos, pelo contato social, enfim, por todos aqueles que o rodeiam, e, que, quando somadas vão moldando o desenvolvimento do corpo biológico, transformando-o num ser humano, com um estilo de funcionamento e modo de ser singular.

Pastorello (2006) acrescenta que os animais são diferentes, pois têm toda a sua vida pré-programada geneticamente e agem instintivamente, enquanto que os seres humanos ao longo da vida vão adquirindo uma identidade cultural que vai ser influenciada por um contexto físico, social, familiar, biológico e também histórico, além de buscar agir utilizando a racionalidade.

Conforme Pastorello (2006), o saber de cada sociedade sofreu mudanças ao longo dos tempos e nas diferentes civilizações. O homem da Antiguidade não foi o mesmo que o da Idade Média e o dos dias atuais; cada sociedade, cada cultura nas diferentes épocas propuseram certo modo de saber que constituíram bases de referência para se orientar precisamente naquilo que o ser humano nasce ignorando. Dessa forma, estas referências são o que legitima, nos diferentes campos da produção humana (no campo da arte, da ciência e da moral) a atuação de cada indivíduo. A ciência passa a formalizar e legitimar a produção

humana. Os seus avanços vão surgindo e vão crescendo cada vez mais como uma promessa de resolver as angústias humanas e dominar a vida e a morte.

De acordo com Silva (2003, p. 1) “Humanizar é tornar humano. O que é humano é estudado por humanistas e humanismo é uma palavra que podemos aplicar a quase todas as ideologias modernas e contemporâneas”.

Existem vários tipos de humanismos, dentre eles, podemos citar: o humanismo grego e romano, que exaltava no homem os valores de beleza, força, harmonia e heroísmo; o humanismo cristão, que realça o valor do homem como pessoa, isto é, como princípio autônomo e individual de consciência e responsabilidade, aberto à plenitude do ser e orientado para Deus; o humanismo moderno de Descartes, Kant e Hegel, que faz da subjetividade do homem o ponto de partida, o centro de perspectiva e construção de toda a realidade; e o humanismo na perspectiva traçada por São Tomás, Marx, Max Scheler, dentre outros, que consideram humanista a doutrina que atribui ao homem a sua realização na sociedade e na história, o valor de fim, de forma que tudo esteja subordinado ao homem, considerado individual e socialmente, não sendo o homem nunca considerado como meio ou instrumento para algo fora de si. Ou seja, a pessoa representa um valor, um ser apreciável, amável em si mesmo e por si mesmo (NOGARE, 1977; SILVA, 2003).

Diante de todas essas definições sobre humanismo, destaca-se em nosso contexto a que se refere ao humanismo cristão, que realça o valor do homem como pessoa, aberto à plenitude do ser e orientado para Deus. Então, apesar de tantas discussões e posições teóricas sobre humanismo, nos dias de hoje, é impressionante a constante violação dos direitos do homem e de sua dignidade. Estamos vivendo num momento em que tudo aquilo que constitui a grandeza do homem (a cultura, a ciência, a técnica) parece revoltar-se contra o próprio homem. Os fatos testemunham esse aspecto e, como é de se esperar, refletem-se também nas UTIs (SILVA, 2003).

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências e barreiras, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e medo.

A humanização é definida por Guanaes e Souza (2004, p.1) como sendo

ato ou efeito de humanizar. Humanizar: tornar humano; dar condição humana a, humanar. Humanizar não é uma técnica, uma arte e muito menos um artifício; é um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares em que cada um se encontra no momento de sua internação.

Os autores Vila e Rossi (2002) abordam que humanizar é uma medida que visa, acima de tudo, tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser biopsicossocioespíritual. Porém, a humanização não deve apenas envolver o cuidado ao paciente, deve-se estender a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença, que são, além do paciente, a família, a equipe multiprofissional e o ambiente.

A equipe deve trabalhar as dificuldades de cada família, orientá-las logo no primeiro dia a respeito do estado geral do paciente e dos equipamentos utilizados para que estes saibam o que vão encontrar em um ambiente desconhecido; deve fornecer informações sobre o tratamento de seu enfermo sempre que solicitada, se possível essas informações diárias devem ser passadas pela mesma pessoa para que se estabeleça uma relação de intimidade e confiança entre os mesmos, desenvolvendo assim, um perfeito fluxo de informações com o intuito de eliminar o fator confusão como elemento de estresse.

A equipe multidisciplinar que trabalha na UTI também necessita de cuidados para não desenvolver o estresse devido a sua rotina diária de trabalho. O sofrimento psíquico da equipe hospitalar pode ser identificado pelas jornadas prolongadas e pelo ritmo acelerado de trabalho, a quase inexistência de pausas para descanso ao longo do dia, a intensa responsabilidade por cada tarefa a ser executada com a pressão de ter “uma vida nas mãos”. (NOGACZ; SOUZA, 2004)

Então esses profissionais da saúde que trabalham em UTI são diariamente confrontados com questões relativas à morte, o que pode ser um dos fatores primordiais da causa de estresse experimentada por eles. Para que isso não seja assimilado de forma tão negativa é interessante que a equipe esteja preparada e treinada para conseguir lidar com essas situações, além das intercorrências inesperadas, como mudanças abruptas no estado clínico de um paciente que estava bem o que também causa o aumento de tensão e ansiedade na equipe (NOGACZ; SOUZA, 2004).

Para Leite (2000, p.413) o conceito de humanização se estende além de uma mudança apenas na estrutura física

humanizar é dar afeição ou condição humana. Então, humanização é principalmente uma mudança de comportamento e atitude frente aos doentes e seus familiares, reconhecendo o outro com quem estamos lidando como um ser humano que sofre e precisa de ajuda. Essa mudança faz-se necessária e vigente diante da intensa dor física e mental que a internação provoca nos doentes, atingindo, conseqüentemente, seus familiares.

Humanizar é individualizar a assistência, é mudar de comportamento e atitudes em relação ao paciente e seus familiares, é fazer da humanização uma busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, da família e da equipe (GUANAES; SOUZA, 2004).

Deslandes (2004, p.8), complementa a visão de humanização caracterizando-a como uma forma de “assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes”.

A humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber (BRASIL, 2000).

A capacidade de falar e ouvir vai estabelecer o nível de humanização que pode ser atingido para com nossos semelhantes, visto que, todas as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo. Portanto, a humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com o próximo, pois é pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. A carência dessa atitude caracteriza o processo de desumanização (BRASIL, 2000).

Para combater este processo que assola, não só as UTI's, mas todo sistema de saúde nos dias de hoje, devemos buscar na fragilidade humana o vigor para fazermos a diferença no atendimento ao paciente crítico, tendo como base os conceitos de humanização definidos anteriormente que enfatizam a necessidade do profissional de saúde se tornar mais humano e não apenas técnicos, e que além de prezar pela individualidade do paciente abrange a humanização para a família, a equipe multiprofissional e para o ambiente, fazendo com que o profissional desenvolva uma visão mais holística sobre o que é a humanização.

A humanização na UTI envolve todos os seus membros e a responsabilidade da equipe se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no paciente. Inclui a avaliação das necessidades dos familiares, o grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados, além da preservação da integridade do paciente como ser humano (GUANAES; SOUZA, 2004).

Destarte, a humanização deve fazer parte da filosofia dos profissionais de saúde, pois o ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, mas não são mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe multidisciplinar tornando-os capazes de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam a UTI (VILA; ROSSI, 2002).

Knobel, Novaes e Bork (2006) acrescentam que, humanizar a UTI significa cuidar do paciente como um todo, respeitando a sua individualidade, incorporando seus valores, esperanças, preocupações e aspectos culturais, pois cada indivíduo é único. E que, as UTI's não podem deixar de realizar uma assistência humana, baseada no amor e bem-estar do próximo apenas pela falta de recursos econômicos, pois, os profissionais de saúde que assistem direta ou indiretamente os pacientes são os verdadeiros responsáveis pela humanização e qualidade. Porém, para que aconteça uma humanização total da UTI é necessário que exista uma preocupação em torno de três diferentes aspectos: no cuidado do paciente e seus familiares, na atenção ao profissional da equipe de saúde e no ambiente físico.

Segundo Guanaes e Souza (2004, p. 4) “os pacientes internados em UTI são, na maioria das vezes, dependentes e sentem-se impotentes com falta de autonomia e o controle de si mesmo”. A pessoa que está internada numa UTI é tomada de sentimentos de ansiedade, medo da morte, angústia, isolamento, solidão, desestabilização emocional, exacerbação dos mecanismos de defesa, inquietação, intolerância, baixa resistência à frustração, apatia, amorfismo, fadiga crônica, lapsos de memória, lentificação do curso do pensamento, perda da motivação e volição, prostração, insônia, isolamento, ambigüidade de sentimentos, entre outros agentes estressores que evidenciam a negatividade do paciente.

Diante dos sintomas descritos na literatura que versa sobre a temática é impossível negar o doente e olhar apenas para doença, pois a depressividade psicológica acompanhada da imunodepressão causa no paciente uma enorme debilitação psicofisiológica que se for ignorada pode ser fatal. Portanto, a equipe hospitalar que ignora a presença de um paciente contribui para que ele se sinta muito mais só e essa sensação pode ser reduzida, à medida que a equipe o inclui em conversas sobre o tratamento e quando proporciona um contato tranquilizador em momentos de medo (GUANAES; SOUZA, 2004).

Para Silva (2003), desenvolver práticas humanizadoras nas UTI's significa refletir cada vez mais conscientemente, sobre o que é ser humano. Não se pode questionar o surpreendente desenvolvimento tecnológico do mundo, mas isso não necessariamente implica dizer que as pessoas que vivem nesse mundo se tornaram mais afetivas, compreensivas, sensíveis e

solidárias, ao contrário, o que se observa hoje com o avanço tecnológico são pessoas cada vez mais distantes, frias, impessoais, individualistas e técnicas. A UTI precisa e deve utilizar-se dos recursos tecnológicos cada vez mais avançados, porém os profissionais de saúde de UTI, não devem esquecer que jamais a máquina substituirá a essência humana.

Em relação ao atendimento do paciente internado na UTI, os profissionais de saúde precisam ter a visão de que o paciente na UTI precisa ser respeitado e atendido em suas necessidades e seus direitos humanos, a exemplo de: controle da dor, privacidade, individualidade, direito a informação, ser ouvido nas suas queixas e angústias, ambiente adequado para o sono, atenção ao seu pudor, atenção às suas crenças e espiritualidade, à presença de sua família e, principalmente, direito a cuidados paliativos, quando não houver mais possibilidade terapêutica, e direito à compaixão. (GUANAES; SOUZA, 2004)

Para Knobel, Novaes e Bork (2006) “a humanização da UTI só pode ser completamente atingida com a colaboração do paciente, da família e da equipe”. Para tanto, só é possível humanizar a UTI partindo de nossa própria humanização. Desta forma, os profissionais de saúde não podem humanizar o atendimento do paciente crítico, antes de aprender como ser inteiro e íntegro consigo mesmo, pois, o encontro com o paciente nunca é neutro, sempre está presente em nós os preconceitos, valores, atitudes, enfim, nosso sistema de significados culturais. Por isso, cuidar de quem cuida é essencial para se poder cuidar terapêuticamente de outros.

O termo atendimento significa “ato ou efeito de atender”, onde atender é uma palavra que deriva do latim *attendere* e apresenta como significados: dar ou prestar atenção, tomar em consideração, atentar, observar, notar, prestar auxílio a, responder, responder pelo nome, acolher, receber com atenção, servir, ficar ou estar atento, aguardar, esperar, escutar atentamente, entre outros significados que cabe enfatizar devido ao descaso existente no âmbito assistencial da saúde em nosso país. Pois foi, justamente, a partir da identificação da insatisfação por parte dos usuários no que diz respeito ao atendimento ou assistência prestada nos hospitais que o Ministro da Saúde José Serra em maio de 2000 regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) expressando uma decisão firme de enfrentar os grandes desafios para a melhoria da qualidade do atendimento público à saúde e de valorização do trabalho dos profissionais desta área.

Para falarmos sobre atendimento humanizado não poderíamos deixar de mencionar o PNHAH, que surgiu com a meta final de promover uma mudança na forma de atendimento em saúde no Brasil. O programa tem como objetivo fundamental o aprimoramento das relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face a face) e

entre hospital e comunidade, visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições, pois na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos, dentre outros. Portanto, a qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários no processo de atendimento é tão importante quanto as tecnologias e os dispositivos organizacionais de uma instituição hospitalar (BRASIL, 2000).

Sob a ótica da humanização do atendimento foram traçados os objetivos do PNHAH, que são: difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira; melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil; capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área; desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado e modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade (BRASIL, 2000).

A humanização do atendimento à saúde precisa caminhar em direção à profissionalização de suas iniciativas, à sistematização de suas ações e resultados e à capacitação dos profissionais e das instituições. Precisa da criação de espaços coletivos de discussão e proposição de novas modalidades de assistência, destinado a empreender uma política institucional progressiva e permanente de humanização que delegue à própria instituição os destinos de suas ações (BRASIL, 2000).

Visando alcançar o objetivo principal do PNHAH, que é o de criar uma nova cultura de humanização para os serviços de saúde, foram desenvolvidas três recomendações básicas para as instituições hospitalares:

1. Gestão participativa;
2. Participação na Rede Nacional de Humanização;
3. Formação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH).

O cumprimento dessas três recomendações deve favorecer o processo de humanização e deveriam ser incorporadas por todos os gestores hospitalares que buscam humanizar o atendimento prestado ao usuário em sua instituição hospitalar.

Brasil (2000, p.4) destaca que

Uma cultura de humanização leva tempo para ser construída e envolve a participação de todos os atores do sistema. Humanizar é verbo pessoal e intransferível, posto que ninguém pode ser humano em nosso lugar. E é multiplicável, pois é contagiante.

O atendimento humanizado segue um atendimento voltado para o cuidado humanizado onde é necessário personalizar o atendimento, ou seja, torná-lo o mais individual possível sempre com muita ética, respeito e amor. Pois, o paciente crítico de uma UTI é uma pessoa que está em um momento difícil, mas que é um ser humano com necessidades, sentimentos, alguém que precisa não apenas de cuidados físicos, mas também de cuidados psicossocioespirituais. Essas considerações muitas vezes são esquecidas pelos profissionais de saúde que acabam deixando em segundo plano a condição humana do paciente fazendo do seu tratamento algo superficial e distante da pessoa. Passam a enxergar apenas a doença e toda a aparelhagem que está em torno do paciente (VILA; ROSSI, 2002).

1.3 A Religiosidade e a Espiritualidade do Profissional de Saúde

O cuidar tornou-se uma expressão de nossa humanidade para o desenvolvimento e realização do ser humano. O cuidar mesmo que atue sobre a saúde, não é garantia de cura ou eliminação da doença, mas o cuidado sempre será uma necessidade para o enfermo. Portanto, o cuidar deve ser visto como um processo inter-relacional muito mais complexo e amplo entre o cuidador e o ser cuidado. (OLIVEIRA; HEIMANN, 2004).

A palavra saúde provém de *salus*, termo latino que significa saúde (estado são) e salvação. Forma, ao mesmo tempo, alma, corpo, espírito e matéria. Considerando a aliança que existe entre saúde e religiosidade ao longo da história, a fé é o sentimento maior que se realiza, mediante buscas de curas e relação plena com Deus. A saúde sempre esteve ligada às práticas religiosas. Mesmo com o advento da modernidade e o surgimento da medicina científica, estudos antropológicos atuais têm mostrado que a consideração de dimensões religiosas continua presente em todos os estratos sociais como parte importante da

compreensão do processo de adoecimento e cura (IBÁÑEZ; MASIGLIA, 2000; BRANDÃO, 2000).

Historicamente, o ser humano ainda não resolveu um grande dilema: vida e morte, tentando a todo custo o prolongamento da vida sob o pretexto de evitar a morte. Talvez por isso a medicina sempre foi o campo do conhecimento científico que mais desperte para si o respeito do indivíduo. Desde os primórdios da humanidade, manter-se jovem e prolongar o tempo de vida, tem sido uma das maiores buscas do ser humano. Cada estudo em sua época retrata esta busca de modo particular, o que implica no fato de que são investigadas inúmeras propostas com o objetivo de evitar a morte (MENEZES, 2006).

Esta autora ainda destaca que, dado o fato que não se pode fugir ou evitar a morte, resta a preparação para que possamos ter uma boa morte, cujo início ocorre através da construção ou reconstrução dos sentidos da vida e da morte.

Para Zimerman (2000) o tema morte e morrer, sem dúvida é assunto proibido para a maioria das pessoas, em qualquer idade ou estado de saúde. Em linhas gerais esta autora afirma que:

Morte e morrer são duas palavras que as pessoas costumam evitar dizer e duas questões sobre as quais a maioria procura não pensar. Essa dificuldade de conviver e de trabalhar com a idéia da morte atrapalha enormemente sua elaboração e impede que se lide com tranquilidade com as perdas, que são naturais e ocorrem inevitavelmente ao longo da vida (Zimerman, 2000, p. 117).

Elaborar a possibilidade de morte eminente não pode ser considerado um processo fácil e não se pode abordar de maneira simplista ou desumana. O comportamento com o qual a pessoa processa o sofrimento e o luto dependerá, dentre outras variáveis, da constituição da personalidade de cada um, das crenças religiosas e culturais, da história pessoal. Mas, especialmente, da rede de apoio disponível. Em suma, cada pessoa é afetada durante esse processo de morte de modo subjetivo, o mais importante é a rede de apoio por fortalecer o estado psicológico da pessoa e, conseqüentemente, auxiliar no auto conceito e enfrentamento das batalhas (KÜBLER-ROSS, 2008).

Hipócrates (460 a.C.) sugeriu que havia causas naturais e divinas para a doença e que estas causas eram compreensíveis pelo uso da razão. Defendia também que o estado de saúde era a evidência de que o indivíduo havia atingido um estado de harmonia entre os elementos internos e o meio ambiente. Sob o aspecto da manutenção da saúde, afirmava ser uma questão de reconhecer este equilíbrio e respeitá-lo. Hipócrates acreditava firmemente que qualquer coisa que acontecesse na mente influiria diretamente no corpo (CARVALHO, 1992).

Já no ano 347 a.C. Platão defendia o dualismo mente-corpo, afirmando que possuíam naturezas diferentes, mas que a mente exercia influência sobre o corpo, e o corpo sobre a mente. Aristóteles em 322 a.C. reelaborou tal idéia afirmando que a alma daria a forma ao corpo. A partir do século XIX, tem crescido a consideração de mente e corpo como algo indissociável, tendo como exemplo as afirmações de que determinados estados emocionais desempenham um papel importante em influenciar o desencadeamento do câncer. A teoria sugere que estados emocionais, como a depressão, podem influenciar o surgimento de uma doença maligna. Outra teoria sustenta que o estresse e sentimentos negativos suprimem a função imunológica, que é tida como crucial para a prevenção dessa doença (CHIATTONE, 1994).

Para o mesmo autor, a pessoa é uma unidade mente-corpo, a mente e o corpo não podem ser considerados dissociadamente, pois a mente e o corpo são inseparáveis, talvez por esta razão, a quantidade significativa de doenças que estão diretamente relacionada tanto a fatores emocionais quanto físicos, visto que as emoções representam fenômenos físicos e cada alteração fisiológica tem o seu componente emocional envolvido.

Menezes (2006) se reporta a subjetividade com que cada pessoa vive cada momento do processo de morrer, a explicação é de que se trata de uma experiência cercada de significados únicos e construída psicológico, e socialmente ao longo da própria vida. Literalmente, esta autora relata que os significados atribuídos ao processo do morrer sofrem variação segundo o momento histórico e os contextos sócio-culturais. Neste sentido, a morte acaba não consistindo apenas de uma dimensão biológica de fim da existência, mas compreendendo todo um aspecto de construção de representações significativas, particular e histórica.

A autora prossegue destacando que em cinco séculos as concepções e atitudes em relação à morte sofreram profundas mudanças, chegando ao ocultamento, visto que antes era evento vivenciado socialmente. A tentativa de se negar a morte e a pessoa que está morrendo é comportamento típico dos tempos modernos. Nos tempos atuais o tema morte ainda é cercado de resistência.

Para Kübler-Ross (2008) a negativa da existência da morte, tornando o tema em assunto proibido, a ser discutido em tom baixo, só a torna um processo ainda mais doloroso e sofrido de ser vivido, à medida que esta se torna uma etapa da vida a ser vencida e não uma experiência que merece ser vivenciada plenamente, valorizando cada momento.

A partir de sua experiência em pesquisas com o tema, a autora ressalta que por mais que se tente fugir do assunto, é importante reconhecer que a morte é soberana e se impõe em seu tempo e, enquanto fenômeno imprevisível devemos lhe render respeito.

Neste sentido, fica evidente que com o atendimento humanizado da equipe de profissionais da UTI, a morte deixa de ser uma experiência a ser negada, oculta e velada e passa a ser visível e aceita, pelo menos no que se refere aos cuidados de saúde. Cabe a equipe se tornar a principal articuladora da aceitação do morrer e da construção desta etapa da vida, e assim comunicar da melhor forma possível para os familiares a morte iminente de seu parente.

Ainda para os autores acima citados, a Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que a vida e a morte devem ser percebidas sob o mesmo prisma de dignidade e afirma que a assistência ao paciente e aos familiares deve enfatizar o alívio dos sintomas angustiantes muitas vezes presentes integrando os aspectos físicos, psicossociais e espirituais. Auxiliar os familiares a lidar com esta situação do paciente e a sua perda implica na construção da morte digna. Para tanto, a equipe tem como foco controlar as circunstâncias, de modo a produzir uma imagem tranquila para os que estão presentes nos últimos momentos de vida do doente. A visibilidade do morrer, vinculada à sua aceitação social, depende da construção do cenário da morte.

O morrer para o paciente com doença terminal é cercado de representações, cabendo à equipe intensivista o conhecimento e sensibilidade acurada para fazer o desenho adequado no momento em que os sinais se pronunciam e, conseqüentemente, cada membro da equipe exercer seu papel no sentido de facilitar para que o paciente tenha oportunidade de morrer ativamente.

Sorcinelli et al. (2003) descrevem o momento do morrer ativamente como uma etapa especial a ser devidamente acompanhada e monitorada pela equipe, tanto propiciando o conforto necessário ao paciente como o apoio à família. Neste momento, o apoio psicológico é adequado, como também, eventualmente, um aconselhamento espiritual com a família e amigos próximos à beira do leito.

Faz-se necessário uma leitura mais abrangente sobre todas as adversidades pelas quais passam o doente em situação de doença incurável ou terminal, haja vista que a iminência de morte pode implicar em sofrimento adicional ao já característico da doença que enfrenta. Mas, pelo que foi possível observar na literatura, é necessário buscar a qualidade de vida no fim da vida na perspectiva de construir uma base de proteção e apoio formada por equipe e familiares, cuja fundamentação é não reduzir a vida apenas à experiência da morte em termos biológicos, mas construir uma nova representação simbólica para cada momento vivenciado.

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes, como também dos seus familiares e da equipe de saúde que está diretamente envolvida neste processo. Contudo não representam sinônimos, pois a religiosidade envolve sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo e espiritualidade está relacionada às questões sobre o significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espiritualistas para justificar sua existência e seus significados (PEDRÃO; BERSIN, 2010).

Segundo Volcan et al. (2003) entende-se espiritualidade como o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo de crença ou prática religiosa.

Já a religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Assim, os conceitos religioso-espirituais não são consensuais, pois, embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade, a última difere-se pela clara sugestão de um sistema de adoração/doutrina específica partilhada com um grupo (PANZINI et al., 2007).

A presença da religiosidade e da espiritualidade na comunicação em saúde, principalmente em UTI's, tem demonstrado potencial impacto sobre o processo saúde/doença, principalmente quando falamos na relação dos profissionais que lidam diariamente com pacientes sob risco de morte e seus familiares, sendo desta forma a espiritualidade um fator importante para no enfrentamento da morte iminente (GUIMARÃES et al., 2007).

O indivíduo quando se encontra diante de uma situação desesperadora, em que a morte é tida como acontecimento praticamente inevitável na sua vida ou na de alguém próximo, a crença na existência de um ser superior é confirmada e a busca pela concretização do poder da fé é vista como o último e o maior recurso disponível de que o ser humano dispõe para mudar a situação, uma vez que para Deus nada é impossível (RZENIK; DALLAGNOL, 2000).

Um fator importante da relação saúde/religiosidade é o quanto esta interação oferece recursos para enfrentar situações estressantes inevitáveis na vida. O que se tem observado é que a eficácia no enfrentamento a determinados estressores pode ser correlacionada com a integração de crenças, emoções, relacionamentos e valores, na resposta da pessoa a esses estressores, isto é, a perspectiva que a pessoa assume frente uma situação estressora e o modo como encara essa vivência são fundamentais para os resultados do seu enfrentamento. Os resultados não satisfatórios de enfrentamento são aqueles que apontam para uma quebra da integração interna, perda de valores religiosos, sentimentos de raiva de Deus e dúvida no seu sistema de crenças (PARGAMENT et al., 1998).

O ser humano é o único que pode conscientemente escolher o direcionamento de suas ações, tornando claras as intenções de sua essência e, através de suas atitudes, demonstrarem o valor de suas palavras, o poder de seus pensamentos e o calor de seus sentimentos em tudo o que realiza. As atitudes ocupam um espaço considerável na vida, influenciando nas suas decisões e comportamentos. E, à medida que as pessoas se relacionam com o meio social, formam atitudes em relação a esse ambiente (AQUINO et al., 2009).

Os autores acima ainda relatam que as atitudes são constituídas de três dimensões principais: o componente cognitivo, o componente afetivo e o componente comportamental. O primeiro consiste nos pensamentos e considera as crenças que o indivíduo tem a respeito de algo ou de alguém; o componente afetivo refere-se às emoções ou sentimentos do indivíduo, gerados a partir da experiência afetiva da situação, e, por fim, vem o componente comportamental, que está relacionado com a probabilidade ou tendência do indivíduo em comportar-se de maneira específica.

Portanto, é no cenário da unidade de terapia intensiva de hospitais de emergência, que as atitudes inerentes aos profissionais de saúde são fundamentais nesse processo de morte dos seus pacientes, principalmente quando se relaciona a um indivíduo jovem, sendo a comunicação e o cuidado com a família condição primordial neste momento.

CAPÍTULO II

PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho é uma pesquisa de abordagem qualitativa, cujo método escolhido foi história oral temática. Neste capítulo, é feita uma descrição dos caminhos metodológicos percorridos para se atingir os objetivos propostos, justificando a escolha das técnicas e instrumentos utilizados.

2.1 Caracterização da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida através de um estudo de caráter exploratório e descritivo, que segundo Marconi e Lakatos (2002) permitem dar ênfase a descoberta de idéias e discernimentos e descrevem uma situação de acordo com um estudo realizado num determinado espaço e tempo.

A abordagem utilizada foi a qualitativa, pois esta tem se mostrado de grande utilidade nas análises referentes às pesquisas sociais, em particular, no campo da saúde, pois os pesquisadores desse campo têm encontrado respostas fundamentais para seus problemas, a partir do objeto de investigação, e porque se propõe às ações cotidianas dos profissionais de saúde (MINAYO, 2006).

A abordagem qualitativa relaciona-se a estudos que buscam significados, significações, representações psíquicas e sociais, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vidas e analogias. Com efeito, a pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda, não se preocupando com generalizações populacionais, princípios e leis (TURATO, 2003).

2.2 Metodologia da Coleta de Dados

Levando em consideração a temática abordada e a partir da problemática levantada, o método escolhido para alcançar os objetivos propostos foi a história oral temática, sendo uma vertente da história oral. O caráter documental decorrente das entrevistas é o cerne desse ramo, sendo uma forma dialógica de promover discussões em torno de um assunto específico. A história oral temática é mais passível de confrontos que regulam a partir de datas, fatos, nomes e situações. Então, torna-se um meio de busca de esclarecimentos de situações conflitantes, polêmicas e contraditórias, orientado pelos recursos dados pela sequência de perguntas que devem levar ao esclarecimento do tema. (MEIHY; HOLANDA, 2010).

A escolha dos colaboradores nesse tipo de pesquisa é fundamental, pois o caráter testemunhal exige qualificação de quem se entrevista. O estabelecimento de comunidades de

destino, colônias e redes é importante para que se respondam perguntas pertinentes aos fatos eleitos como temas. Então, além da caracterização do colaborador, é crucial saber como se porta em face de outras versões. Pretende-se, mesmo considerando que a história oral temática é a narrativa de um fato, que busque a variante considerada legítima de quem presenciou um acontecimento ou que, pelo menos, dele tenha alguma variante que seja discutível. Assim, a história oral temática não só admite o uso do questionário, mas este se torna peça fundamental para a aquisição dos detalhes procurados (MEIHY; HOLANDA, 2010).

Meihy (2005, p.17) diz-se que:

História oral temática é um conjunto de procedimentos que se iniciam com a elaboração de um projeto e que continuam com a definição de um grupo de pessoas (ou colônias) a ser entrevistadas. O projeto prevê: planejamento da condução das gravações; transcrição; conferência [...] com texto; autorização para uso; arquivamento e, sempre que possível, publicação dos resultados, que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevistas.

É importante enfatizar que a história oral temática articula diálogo com outras fontes, como documentos oficiais e extras oficiais, valendo-se do produto da entrevista como se fosse mais um documento. Bom Meihy esclarece que "quanto mais informações se tem previamente, mais interessantes e profundas podem ser as questões" (2005, p.162). E ainda que muitas pessoas confundam o ato da entrevista com história oral, ela deve ser vista como mais uma etapa do projeto, sendo permitido, inclusive, o uso de questionário para melhor esclarecer certos pontos, aspectos ou detalhes do assunto.

Com base no exposto, para começar este estudo, foi escolhido como cenário da nossa pesquisa o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, localizado na cidade de João Pessoa/PB, por ser um hospital de referência no estado da Paraíba e devido ao grande contingente de acidentados adultos jovens que sofrem traumatismo crânio encefálico. Sendo as entrevistas realizadas no mês de abril de 2012, logo após a aprovação do projeto de pesquisa pelo colegiado da Pós-graduação em Ciências das Religiões e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

O primeiro passo foi averiguar a possibilidade da realização da pesquisa no hospital mencionado, portanto, fui até o hospital, sendo encaminhado ao Núcleo de Estágios, Capacitação e Eventos (NECE), responsável pela autorização de pesquisa daquela instituição, também com o objetivo de identificar a colônia, ou seja, pessoas com características

preponderantes para participarem da entrevista, que nesta pesquisa foram os médicos intensivistas que trabalham na unidade de terapia intensiva e que lidam com a situação de morte iminente de pacientes com traumatismo crânio encefálico, pois são eles que comunicam aos familiares da situação clínica do seu parente.

Meihsy (2002), conceitua colônia como uma coletividade que tem um destino marcado. É por meio da definição da colônia que se estabelece a rede, a qual é o conjunto de relações e pontos comuns que ligam os entrevistados. Para definição da colônia e da rede, observamos a quantidade de médicos plantonistas na UTI adulto, composta por um total de vinte médicos, com os quais foram feitos os contatos individuais visando sua possível colaboração, ou seja, eles foram abordados pessoalmente pelo pesquisador durante seus plantões na UTI, quando foram explicados os objetivos da pesquisa, bem como a função do entrevistado e do entrevistador.

A partir deste contado, dez médicos aceitaram participar da pesquisa, sendo duas mulheres e oito homens, com experiência de mais de 5 anos. Então, foi combinado com o colaborador o local desejado para a realização da entrevista, pois o local escolhido é fundamental, e sempre que possível, deve-se deixar o colaborador decidir onde gostaria de gravar o depoimento. Portanto, alguns deles decidiram realizar a entrevista no HETSHL, em horários e datas marcadas de acordo com a disponibilidade de cada um, antes ou durante os seus plantões e outros em seus consultórios médicos.

Após os contatos realizados, foram registradas as entrevistas em um gravador portátil, de uso do entrevistador. Nelas o pesquisador fez uso de um caderno de campo, para registrar as impressões sobre o contato com os colaboradores, bem como as dificuldades encontradas durante o percurso para a produção do material empírico. Após a entrevista foram seguidas as etapas chamadas de pós-entrevistas que tem por finalidade manter a continuidade do processo, servindo também para obter esclarecimentos acerca de questões não completamente definidas no encontro anterior. Assim, a pós-entrevista foi composta pelas seguintes fases: transcrição do material gravado, textualização, transcrição, identificação do tom vital, conferência e autorização para uso e publicação e análise do material empírico produzido.

A transcrição é o processo de mudança do estágio oral para o código escrito e para efetivá-la, foi feita a escuta cuidadosa e repetida das entrevistas. Tentou-se manter um intervalo curto de tempo entre as realizações das entrevistas e as transcrições para que o texto se tornasse o mais fiel possível. Assim sendo, a transcrição foi feita logo após a gravação do depoimento.

A textualização é a fase em que o texto foi trabalhado em sua plenitude. As perguntas foram retiradas do texto e diluídas nas respostas, dando-lhe, uma organização cronológica, preservando-se de idéias em detrimento da transcrição absoluta, pois segundo Meihy, “A entrevista deve ser corrigida, e o ideal é a manutenção do sentido intencional dado pelo narrador, que articula seu raciocínio com as palavras. Logicamente não são as palavras que interessam, e sim, o que elas contêm” (MEIHY, 2002, p.172).

Na fase de transcrição, o texto foi recriado em sua plenitude, para o autor acima deve-se teatralizar o que foi dito, recriando a atmosfera da entrevista, e procurando trazer ao leitor o mundo das sensações provocadas pelo contato e, como é evidente, isso não ocorreria reproduzindo-se o que foi dito palavra por palavra. A partir da transcrição foi identificado o tom vital que corresponde a frase que serve de epígrafe para a leitura da entrevista. Portanto, a frase escolhida funciona como um farol a guiar a recepção do trabalho. Após a transcrição das entrevistas, foi realizada a análise das narrativas, e as falas foram distribuídas segundo eixos temáticos construídos com base no material empírico (MEIHY, 2002).

A fase de conferência e de autorização para uso e publicação foi o momento em que, depois de trabalhado o texto, quando se supõe que este está em sua versão final, o autor entregou a sua versão para ser autorizada. Neste momento, o pesquisador levou as entrevistas transcritas até o entrevistado, que fizeram a revisão do seu depoimento, sendo incluída ou excluída informações de acordo com sua vontade. Este recebeu uma carta de cessão (Apêndice A), documento que legitimou a conferência do material e a liberação para uso e publicação, cujas assinaturas foram reconhecidas em cartório.

2.3 Produção e Análise do Material Empírico

De acordo com a metodologia da História Oral, a produção do material empírico foi efetuada através da técnica de entrevista. Para o registro dessa entrevista, foi utilizado um gravador portátil de uso pessoal do entrevistador. Entretanto, foi elaborado um roteiro de entrevista (Apêndice B) com quatro perguntas norteadoras, a partir da temática abordada.

Para as entrevistas foram respeitados os horários programados pelos colaboradores, sempre buscando adotar uma postura ética, respeitando os entrevistados nas suas pausas. Foi também utilizado um caderno de campo para possíveis anotações de impressões do pesquisador durante a entrevista.

Após a produção e realização das etapas de tratamento das informações colhidas na entrevista, foi realizada a análise deste material, de onde surgiram três eixos temáticos, criados

a partir dos objetivos da pesquisa e das subjetividades das falas expressas no discurso dos colaboradores. Portanto, os eixos temáticos analisados são:

1. A percepção do médico sobre a terminalização da vida de pacientes jovens;
2. Comunicação e Cuidado: o médico diante da família;
3. A influência da religiosidade e da espiritualidade na comunicação.

A análise foi realizada a partir do processo interpretativo que encontra-se imbricado na estrutura dialógica da entrevista, uma vez que tanto o entrevistador quando o colaborador extraem significações do encontro. Este processo de interpretação explicita-se na criação de arquivos onde histórias podem ser lidas segundo as relações entre si, definindo assim os cenários socioculturais da memória.

2.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

Para realização desse estudo foram obedecidos os aspectos éticos e legais de pesquisa que envolve seres humanos, quando as identidades estão mantidas em sigilo, preservando os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, localizada na cidade João Pessoa, com o título "Espera por um Milagre": Os Médicos Diante da Morte Encefálica de Pacientes Adultos Jovens e, com CAEE: 01974512.9.0000.5188 (Anexo)

Cada colaborador da pesquisa recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), quando foi solicitada a sua participação voluntária, comunicado o objetivo do estudo e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase do trabalho, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Receberam também um termo de cessão (Apêndice A), por meio do qual os colaboradores, após conferência das entrevistas transcritas, cederam à UFPB o direito a elas, podendo inclusive, publicar dados relevantes para a pesquisa. Porém, para preservação dos nomes dos colaboradores, apresentaremos as narrativas com um pseudônimo para cada entrevistado, quando foram escolhidos nomes de grandes médicos e médicas da história no mundo. Sendo duas mulheres: Merit Ptah, Agnodice; e oito homens: Lucas, Avicena, Esculápio, Hipócrates, Jivaka, Cosme, Patch Adams, Damião.

CAPÍTULO III

NARRATIVAS

3.1 LUCAS



Figura 1: Lucas, médico cristão
Fonte: Wikipédia, a enciclopédia livre

- **Idade:** 47 anos
- **Estado Civil:** Casado
- **Tempo de Formado e Instituição:** 23 anos / Universidade Federal de Alagoas
- **Especialidade Médica:** Clínica Médica / Cirurgia Geral / Urologia / Terapia Intensiva
- **Religião Praticante:** Espírita Kardecista

A entrevista foi gravada no repouso médico da UTI 2 do HETSHL, em um plantão noturno relativamente calmo, em um clima de cordialidade, quando passamos em torno de trinta minutos de entrevista e depois conversando sobre a temática abordada, por se tratar de um assunto que chamou atenção do entrevistado, principalmente por ele ter se identificado devido a sua religiosidade.

"Não é tão difícil quando você se mostra uma pessoa humana. Quando você não se mostra ser um semideus, ou um deus, pois algumas vezes os médicos esquecem esse detalhe."

Em minha formação na especialidade de urologia, trabalhei durante muito tempo com transplante de órgãos. Então, vivenciar o processo de terminalização da vida de um paciente adulto jovem, com traumatismo crânio encefálico, passou a ser uma coisa muito mais fácil. Fiz alguns cursos sobre esta temática, desde aceitar a própria evolução do paciente para a morte, como também a abordagem ao paciente e a família. Então, assim, não é difícil a partir do momento em que você entende que, faz parte do limite da medicina. Entender também que você não é um semideus, o médico é um ser humano que teve a oportunidade apenas de conhecer um pouco mais o corpo humano e sua dinâmica e que muitas vezes a situação se torna irreversível. Eu brinco sempre dizendo: a única coisa que persegue todo ser humano durante sua vida é a morte, desde o dia que você nasce. Em todos esses cursos que fiz, percebo justamente isso, de certa forma todos os seres humanos que passam por essas situações, provocaram por livre e espontânea escolha decisões na sua vida, como direção perigosa, alcoolismo, drogas, entre outras causas que levam a esses jovens sofrerem acidentes ou se envolverem com violência física. E assim, chegando aquele momento onde acontece a fatalidade da morte. Vejo que não é fácil o momento de comunicar à família sobre a possibilidade da morte iminente desse jovem. Trata-se de um momento crucial, pois iremos comunicar que alguém perdeu a vida, já que a morte encefálica caracteriza a morte propriamente dita. Ocorre que para as pessoas leigas não significa dessa forma. Eles acham que tendo a respiração, o batimento, à temperatura ainda seria vida. E isso gera um conflito de conhecimento. Na maioria das vezes as pessoas não têm conhecimento. É ignorância de saber. Reconheço que até por nossa própria negligência em divulgar mais informações sobre o paciente com detalhes. Nenhuma família está preparada para perder de forma tão abrupta uma pessoa jovem com um futuro pela frente. Até porque sempre os pais, de certa forma, colocam na vida de seus filhos algumas coisas que eles não realizaram nas suas e querem que os filhos realizem por eles. Muitas vezes os sonhos dos pais não são nem os sonhos dos próprios filhos. Então, é muito difícil! O que você tem que fazer no momento de comunicar a morte iminente é tentar se colocar na posição de um pai. É tentar, ao máximo, se colocar no lugar daquela família, para que você possa transmitir todas as informações necessárias em um processo que está sendo evolutivo e de forma irreversível. Então você se coloca no lugar, mostra sensibilidade à situação, conforta de alguma forma, procura saber a opinião religiosa da família; procura sempre identificar na família quem é a pessoa que teria maior influência sobre todos os outros membros, pois esse seria a referência, um ponto de apoio para receber a notícia, e assim poder repassar aos outros. Eu acho que nessas horas o mais importante é a informação. O momento não é tão difícil quando você se mostra uma pessoa humana, quando você não se mostra ser um semideus, ou um deus, pois algumas vezes os médicos esquecem esse detalhe. Quanto a influência da minha religiosidade e espiritualidade nesse momento de informar a família sobre a morte iminente de seu parente, vejo que apesar do espiritismo não ser uma religião, pois na verdade é uma doutrina com uma maneira diferente de analisar a Bíblia e as passagens que Jesus tão bem deixou escrito Nela. O que acontece é assim, quando você é espírita, você sabe que a morte não é o fim. Que na verdade nós vamos ter várias vidas, várias experiências... e essas experiências serão fundamentais para o crescimento do espírito. O que morre é o corpo, é a matéria. O espírito é eterno e você teve o livre arbítrio para tomar decisões na vida. O carma não é um castigo. É uma escolha sua, de uma experiência de vida que vai fazer você amadurecer, crescer como espírito. Então, você tem uma missão a cumprir. Uma vez você cumprindo essa missão, ou se distanciando muito da sua missão, você pode ser chamado, ou para lembrar a sua missão, e tentar ainda reverter aquele processo, para você melhorar, ou até mesmo você encerrar a sua missão, e assim você ser convocado para uma missão mais importante num outro mundo. Então, em minha opinião, a doutrina espírita

favorece muito ao médico na hora de conviver com a morte. Como espírita você entende que o momento é aquele. Espiritualmente você consegue visualizar a dissociação matéria e espírito... você entende e até conforta muitas vezes o próprio espírito daquele jovem que não estava preparado para aquele momento, de modo que ele possa melhor entender a dinâmica dessa passagem. E sendo espírita você também tem a compreensão que todas as vezes que a gente desencarna, independente do momento e da forma, nós temos sempre a companhia de uma pessoa querida, que a gente conheceu, que já não está nesse plano espiritual. E esse espírito vem justamente para auxiliar na passagem. Primeiro, para você entender que já não está mais no plano material, e segundo para ajudar a pessoa que passa a entender todo o porquê das coisas. Como aconteceram, por que aconteceram, para onde você vai, por que você vai, por que você não vai. Então, isso tranquiliza sempre, independente de ter sido uma morte prematura, violenta ou até mesmo gradativa como, por exemplo, um tumor. Pois, com a doutrina espírita e, as experiências de vida, você tem consciência do processo. O que tranquiliza muito, tanto a pessoa que passa como médico, principalmente para ter mais capacidade de entender a família. Eu sempre procuro saber a crença do outro. Compreendendo se é católico, se é evangélico, se é budista, se é até ateu. Independente do que ele seja, você tem que usar, ou a mãe natureza como uma expressão de Deus, ou Deus na figura como cada um vê, para tentar sempre na crença um conforto maior para essa família. Em UTI a gente presencia algumas situações, e sempre que você lida com o momento da notícia para a família, você usa como se fosse assim: Foi a vontade de Deus, ou então, foi a vontade da mãe natureza. Sempre um acordo entre os dois, Deus e aquela pessoa, aquele ser espiritual, que chegou naquele ponto e precisa cumprir outra missão. Na UTI você tem pessoas que são mais sensíveis, outras menos. No espiritismo a gente consegue visualizar quando já há essa ruptura de um elo que liga o espírito a matéria, então você já sabe que ali é irreversível. E, como urologista, atuando no transplante, eu vejo que doar um órgão significa proporcionar um tempo maior de vida para esse espírito evoluir. Contudo, eu acho que duas coisas são fundamentais na informação à família. Primeiro é educar os médicos; segundo, informar melhor a família, isso facilitaria toda a comunicação. Se você educa o médico para mostrar que ele é um ser humano, que ele não é mais do que ninguém, que ele não é melhor do que nenhum outro ser humano, que do jeito que são outras pessoas que estão passando por aquele momento, poderia ser ele, aquele que estaria passando por uma situação igual, já melhoraria muito. Agora, fundamental também é a informação, pois a partir do momento que você recebe um paciente e que você está percebendo por todas as coordenações e por dados que você tem que a evolução não está sendo favorável, apesar das medidas tomadas, você tem que manter continuamente a família informada, passo a passo da evolução. Fica muito mais fácil para qualquer outra pessoa admitir, dentro das circunstâncias, dentro do possível, que esse momento, quando o processo é feito de forma progressiva, sempre sincera, sem esconder, sem subterfúgio, sempre falando a verdade, mas mostrando, que apesar de tudo que esta sendo feito a resposta não está sendo a ideal e que o paciente vem deteriorando progressivamente seu quadro clínico. Eu nunca vi nenhuma família que foi assistida dessa maneira ter tido uma resposta desfavorável quando recebe uma informação difícil.

3.2 AVICENA



Figura 2: Avicena, médico Islâmico
Fonte: Wikipédia, a enciclopédia livre

- **Idade: 36 anos**
- **Estado Civil: Casado**
- **Tempo de Formado e Instituição: 11 anos / Universidade Federal da Paraíba**
- **Especialidade Médica: Pneumologista**
- **Religião Praticante: Católica**

A entrevista aconteceu em seu consultório particular, numa noite de quinta-feira. Durante a conversa, ficou claro o entusiasmo do colaborador em falar sobre o assunto, apesar dele revelar a dificuldade em lidar com a morte. Mas, enfatizou em todos os momentos a presença de Deus nas suas ações.

“... eu costumo informar à família que quem dá o ponto inicial, o intermediário e o final é Deus.”

Lidar com o processo de terminalização da vida de um paciente adulto jovem com traumatismo crânio encefálico não é fácil, todos nós sabemos que lidar com a morte é muito difícil e, quando esta morte acontece no adolescente, com certeza é mais difícil ainda. O fim da vida é duvidoso para todos e o Traumatismo Crânio Encefálico como lesão grave, já enseja uma grande possibilidade de morte. No geral, para mim como médico, apesar de lidar diariamente com a doença e não poucas vezes com a morte, quando vejo um desses pacientes em estado possível de morte, breve morte, é muito difícil. Quando vou comunicar à família sobre a possibilidade da morte iminente de seu parente, primeiramente, preciso ter segurança sobre a gravidade da doença, sobre a evolução da doença. A partir daí, enxergo a necessidade de um aporte multiprofissional, não só do médico, mesmo sendo ele quem vai informar a família. Mas eu defendo a necessidade de um trabalho em equipe para que se consiga dar o devido suporte, não apenas ao paciente, mas também a família. Desta forma estes profissionais serão nossas armas, como por exemplo, os psicólogos e assistentes sociais. Eles nos dão as ferramentas, digamos, prepara o caminho que o médico possa chegar com melhor condição de informar à família. Contudo esta relação não deverá está representada apenas pela figura do médico, mas pela figura de todo o profissional que está ali dentro daquele serviço de UTI, para que juntos se possa conseguir comunicar à família o momento da iminente perda do seu parente. No momento da informação da morte iminente eu costumo falar para a família que sou apenas médico, minha função é apenas de médico. Uso o máximo de ferramentas possíveis ao meu alcance, com um suporte de todos os profissionais, essencialmente decisivos na conclusão de um bom tratamento. Mas eu costumo informar à família que quem dá o ponto inicial, o intermediário e o final é Deus. Nunca seria a minha pessoa ou nenhum outro profissional que esteja no ambiente comigo de trabalho. E eu acho que, por exemplo, aquele jovem que chega grave em um ambiente de UTI, e que nós traçamos todas as metas possíveis, mas que clinicamente avaliamos que não há um bom prognóstico. Não devemos desistir de investir, pois existe sempre a esperança e eu chamo isso de Deus, sem dificuldade qualquer, e aí sim com o evoluir dos acontecimentos, as conquistas... Todo mundo sabe que nós damos o máximo que podemos dar. Quantos pacientes não chegam grave na UTI e a gente, de repente, vê que um vai ter um bom sucesso? E outro como o mesmo tratamento não tem! Então, eu chamo isso novamente de Deus. Eu tento sempre passar à família que nós somos apenas os profissionais que usamos as ferramentas. Eu sempre falo: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, todo mundo está ali dentro daquele serviço para ajudar, mas quem dá o ponto final é Deus. Enfim, em minha opinião, o que deveria ser feito para melhorar essa comunicação com a família, necessariamente seria o bom contato representado pela melhor função que o corpo de funcionários chega à família desde o seu início, por meio de um bom diagnóstico e uma adequada terapêutica. Então, quando você tem uma boa preparação, desde a psicóloga que traz o apoio à família, o serviço social que deu um bom suporte e a todos de branco que se encontram ali dentro daquela UTI, já se tem um bom prenúncio de uma boa relação. Eu acho que o grande segredo está na relação, e esta é feita por meio de humanos e não apenas de formalidades, pois é aí que reside o grande segredo de você preparar, ter espaço na verdade, para informar ao final algum eventual diagnóstico que não seja tão desejoso aos familiares e, naturalmente isto vai criar uma melhor segurança na família.

3.3 ESCULÁPIO

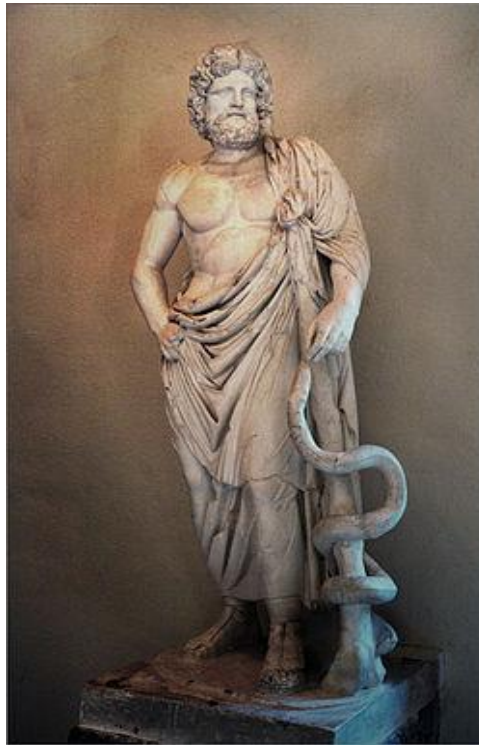


Figura 3: Esculápio, médico grego "Deus da medicina"
Fonte: Wikipédia, a enciclopédia livre

- **Idade:** 50 anos
- **Estado Civil:** Casado
- **Tempo de Formado e Instituição:** 20 anos / Universidade Federal da Paraíba
- **Especialidade Médica:** Cardiologia / Clínica Médica / Terapia Intensiva
- **Religião Praticante:** Espírita Kardecista

A entrevista ocorreu na sala reservada aos médicos na UTI 1 do HETSHL, estando o médico de plantão, porém com tempo disponível para realização da pesquisa, a qual foi realizada com muita cordialidade, quando o entrevistado mostrou de forma simples como lida com a morte de jovens, sendo bastante natural, não havendo nenhuma dificuldade com o assunto.

"E o processo de educação da humanidade, é que vai levar as pessoas com o tempo a irem se preparando para entender que a gente nasce, cresce, reproduz e um dia vai ter que partir."

O processo de terminalização da vida de um paciente seja jovem, idoso ou de qualquer faixa etária, é um processo natural da vida. Agente nasce e também tem o momento de partir... morrer. Com relação ao paciente jovem, paciente que está desfrutando de sua plenitude física... do viver, é mais traumático, porque ninguém desejaria falecer nesta faixa etária. É um momento especial da vida, portanto é uma perda mais dolorosa para o profissional que lida com o processo de vida e morte, se não tiver um preparo prévio. Contudo, o processo de terminalização da vida de um adolescente, na minha visão, é igual a qualquer outro de qualquer faixa etária. É óbvio que tenho as minhas compensações de conhecimentos em outras áreas, que faz com que eu trabalhe com isto e que não sinta tanto quanto alguns médicos. Ou seja, eu procuro me envolver com este processo, igualmente como os demais pacientes de outras idades. Quanto ao momento de comunicar a família sobre a possibilidade da morte iminente de seu parente jovem, vejo que se o médico tem a segurança do que ele está diagnosticando, e que a partir do momento que ele percebe que a situação vai se tornar irreversível, ele poderá, de certa forma, conversar com a família e já prepará-la, principalmente se é uma família que você observa que não tem muito conhecimento, para que ela vá se conscientizando de um fato de que vai ocorrer dentro de horas ou dias. Eu já tenho 20 anos como médico e exercendo a medicina, trabalhando diretamente com o processo de vida e morte. Por trabalhar na UTI presencio o momento de partida de muitos pacientes. É óbvio que quanto mais conhecimento você tiver sobre o fenômeno da vida e da morte, isso vai lhe dar o maior respaldo, para que você, com esse conhecimento, trabalhe melhor com a família do paciente. Neste tempo de profissão, eu já tive várias oportunidades, vários momentos de conversar com famílias realmente bastante preparadas, como também com pessoas sem nenhum preparo para enfrentar o momento da morte de um familiar. Assim, um momento que marcou bastante foi há dois anos. Uma prima minha, jovem, 30 anos de idade, perdeu a vida de maneira súbita num acidente de automóvel, e eu fui chamado pelo hospital para comunicar a minha família, porque até aí, eles ainda não sabiam que ela havia morrido. Portanto, fui o encarregado para transmitir esta notícia para os pais dela, que são meus tios. Neste momento não tem palavras que você diga que vá reparar uma perda, mais se você não tiver uma maneira de passar essa informação, a dor vai ser maior. É muito fácil para um médico dizer, “fulano morreu” e pronto! E quem recebeu a notícia que se vire! Mas se você achar um caminho, um meio para atenuar a dor neste momento, será mais fácil para você que está dando a notícia e para quem está recebendo. Repito: é um momento extremamente difícil. E eu penso que o processo de educação da humanidade, é que vai levar as pessoas, com o tempo, a irem se preparando para entender que a gente nasce, cresce, reproduz e um dia vai ter que partir. Ninguém vai ficar aqui eternamente! Vai existir a hora de partir! Pode ser de acidente de automóvel, por alguma doença, mas enfim, a qualquer momento podemos partir. Quanto ao conhecimento religioso e o conhecimento da espiritualidade, realmente ajuda muito no momento de comunicar a morte, tanto ao profissional, quanto para a família. Se eles tiverem o conhecimento espiritual e religioso, verão a morte de maneira diferente, tendendo a aceitar melhor. Isso é uma experiência pessoal. Dói! É lógico que vai doer! Sempre vai doer! Mas a pessoa passa a entender melhor e não se revolta com o Poder Superior. Contudo, acredito que para melhorar a comunicação com a família sobre a morte encefálica de seu parente, deve-se investir no preparo profissional desde os recepcionistas até o último profissional que presta atendimento na unidade hospitalar. As informações devem ser dadas com muito cuidado e educação. Os familiares estão muitas vezes em casa dormindo e recebem a notícia que tem que vir ao hospital porque um parente foi acidentado, não tomando conhecimento da sua gravidade. A partir daí os familiares já saem com o coração acelerado, adrenalina alta, prontos para uma guerra. E se eles não forem bem acolhidos no hospital, tudo será mais difícil. Assim, cabe ao serviço de saúde preparar seus profissionais para que eles falem a mesma língua. E, por meio da humanização e da espiritualidade de cada profissional,

buscar subsídios no momento de comunicar a perda de um familiar. Essa comunicação deve ser da forma mais suave possível, não aumentando o sofrimento de quem já está triste. É desta forma que procuro fazer no meu dia-dia. É óbvio que sou humano, tenho também os meus defeitos. Porém, procuro sempre quando vejo que o terreno permite conversar e transmitir um calor humano e fazer com que a pessoa não saia tão perdida, pois não é fácil receber uma notícia de uma perda, principalmente quando ela é súbita, a pessoa fica desorientada.

3.4 HIPÓCRATES

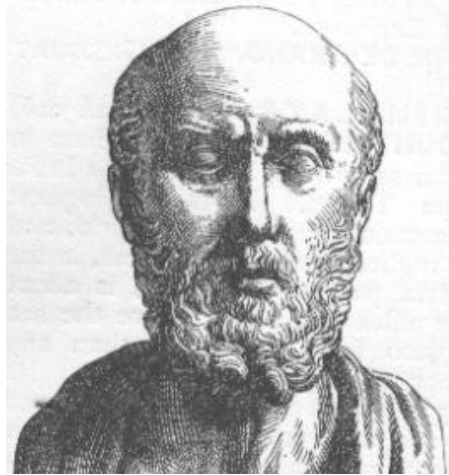


Figura 4: Hipócrates, médico grego "Pai da Medicina"
Fonte: Wikipédia, a enciclopédia livre

- **Idade: 46 anos**
- **Estado Civil: Casado**
- **Tempo de Formado e Instituição: 19 anos / Universidade Federal Rio Grande do Norte**
- **Especialidade Médica: Cirurgia Cardíaca / Terapia Intensiva**
- **Religião Praticante: Budismo**

A entrevista com Hipócrates, foi gravada no repouso médico da semi intensiva do HETSHL, em uma noite de terça-feira. Foi uma das entrevistas que mais me chamou atenção, tanto pelo conhecimento do colaborador sobre a temática pesquisada, como pelo profissional humanizado e ético que pude observar em sua fala, não deixando transparecer em momento que ser médico é mais importante do que qualquer outra profissão da área de saúde.

"Deveríamos ser preparados para lidar com pessoas, mas somos preparados para lidar com doentes."

Hoje em dia eu entendo que o paciente, independente da idade, faz parte de uma cadeia muito maior do que uma relação entre duas pessoas. A ideia que se tem na medicina tradicional é que estamos aqui para curar as pessoas. E, como na graduação não temos uma vivência muito ampla, além de sairmos muito jovem, nós terminamos acreditando que essa premissa é verdadeira, quando na verdade não é. A ideia da medicina deveria ser algo muito mais avançado do que apenas curar. Às vezes as pessoas precisam muito mais de cuidado do que de remédio. Precisam muito mais de atenção. Até porque a maioria das doenças tem um fundo também de necessidade psíquica, talvez mais até do que orgânica. Quanto ao fato do doente ser jovem ou velho, hoje em dia, para mim não faz diferença, como fazia quando era jovem. Quando terminei o curso, não concebia que um doente jovem morresse. Fazia muitas cirurgias cardíacas e, vez ou outra, um morria na troca de válvula aorta ou mitral. No começo a minha relação não era só de empatia com o doente, era uma relação de envolvimento. Então, colocava o sentimento no meio, sendo que atrapalhava muito, porque eu passava três, quatro, cinco dias arrasado, porque o doente tinha morrido. Só que se não tivermos cuidado isso vai te contaminando e penetrando na sua alma de forma que você fica desiludido. Achando em primeiro lugar que o paciente não deveria ter morrido ou que você não conseguiu salvar. E a vida é muito mais que isso. O processo de viver, nascer e morrer não pode está apenas associado à parte física, porque se assim fosse, esse modelo organicista não satisfazia, não teria sentido lógico racional que uma pessoa de 15 anos, andando em uma moto caísse, batesse a cabeça e morresse. Se a ideia é de que ele enterre o pai, então o que passamos a ver no doente jovem é o contrário! São os pais enterrando os filhos. Comecei a aprimorar e depurar essa vivência, quando eu tive as minhas filhas. Eu tenho um colega que diz que quando o filho dele nasceu ele pensou assim: "Bem, se eu souber que esse menino vai viver feliz pelo resto da vida, eu posso morrer tranquilo hoje!" Ouvi aquela fala e pensei: "Interessante como temos um noção Darwiniana da vida! Temos que manter a espécie. Manter o nosso gen funcionando e pronto. Se o meu gen continuar nas gerações seguintes, então eu posso morrer. É uma coisa muito egoísta nesse sentido. Então comecei a trabalhar isso na minha cabeça e me preparar caso uma das minhas filhas morra antes de mim. Penso também na minha vivência do ponto de vista espiritual. Tentei procurar noções dentro da espiritualidade que combinasse com isso. Existe uma história no Budismo muito simples! Uma mulher chega para Buda e pede para ele ressuscitar o filho dela. Ele disse: "Vá à casa de qualquer pessoa aqui da vila em que não morreu ninguém ainda e se você achar essa casa me avise que irei ressuscitar seu filho." Então, na casa em que ela chegava essa dor tinha acontecido. A dor da perda. Filho tinha perdido mãe, filho tinha perdido pai, pais tinham perdido filho. Ela então voltou com outra ideia, de que a perda existe e ela vai acontecer mais cedo ou mais tarde. O que nos choque seja o fato de se criar uma expectativa muito grande em relação a um jovem, como se ele tivesse mais direito de viver do que um senhor de 80 anos. Costuma-se dizer: "Oh meu Deus! É contra a natureza um jovem morrer." Entendo que a morte faz parte da vida. Por exemplo, em um Tsunami que morreu trezentas mil pessoas, duzentas mil eram jovens e crianças. Acredito que esse pensamento vem junto com a maturidade. Mas, precisamos ter cuidado. Porque nós médicos temos mecanismos de defesa para lidar com essa situação. Alguns tem a ilusão de que são poderosos. O que não é verdade. Médico é mais um dentro do sistema, como é o técnico de enfermagem, o fisioterapeuta, o nutricionista. Se um desses não trabalhar bem, o doente morre do mesmo jeito. Então, é ilusão achar que você é o cabeça, é a ponta do negócio. Você não é nada! Você é simplesmente uma criatura que está procurando evoluir nesse universo. Então, achar que se o paciente morrer a culpa é nossa, ou que não fez o que podia, é achar que podemos subverter o processo de nascer, viver e morrer, ou que temos o dom de escolher quando o doente vai morrer. Esse dom não existe! Hoje em dia eu encaro isso de uma forma muito normal, mas precisou de muito tempo para que eu chegasse nesse nível de compreensão. É preciso amadurecer muito

para entender que a única certeza que você tem na vida é que você vai morrer. Não sabendo quando será, com quem você vai viver, se casa, se separa, se tem filhos ou não. A única certeza é de que você vai morrer. Mas é incrível como o ser humano, principalmente o ocidental nega isso. Então, se você começar a trabalhar mais a espiritualidade, começa a entender que você faz parte de um processo maior. E na minha concepção filosófica esse é processo de renovação constante. Nasce um e morre outro. Contudo, quando se trata da comunicação a família sobre a possibilidade da morte eminente do seu paciente, eu sempre fiquei muito angustiado. Trabalhei um tempo com cirurgia cardíaca infantil. Eu pegava a criança do braço da mãe e levava para a sala de cirurgia. Nenhuma mãe deixava de desmaiar. Com o tempo aprendi primeiro a sentar com ela e ter uma relação mais próxima. Quando acontecia da criança morrer eu chegava e dizia: "Sente aqui, precisamos conversar." Elas já sabiam. Bastava olhar! Pela forma de você olhar, elas já sabiam que o filho tinha morrido. Agora eu observo que é mais difícil para as mães de pacientes jovens aceitar. Elas chegam a negar como se não tivesse ouvindo o que você está falando. E aí é questão de esperar que ela assimile a perda. Que pode ser dois dias, dois anos, dez anos, não dá para dizer! É uma questão muito individual! O que percebo é que as pessoas quase nunca estão preparadas para esta notícia, pois não temos a cultura de se nos prepararmos para a morte. Retorno a me lembrar do Tsunami que aconteceu no Japão. Dois ou três dias depois estava todo mundo limpando o mato, pegando os pedaços de pau e juntando as coisas. Ninguém reclamou. Porque a natureza do japonês é associada à espiritualidade. Eles sabem que as coisas são cíclicas. Hoje é ruim, amanhã vai estar melhor. Hoje está bom, mas amanhã pode estar pior. Então, eles não têm essa loucura de achar que tudo sempre estará bem. Que temos que ser felizes o tempo todo. Ou que a felicidade é quando tudo está certo, ou seja, dinheiro no bolso, casa própria, e quando ninguém nunca morreu na sua família. Quando eu vou dar a notícia da morte de um jovem, eu sinto que estou fazendo parte daquele processo, mas não sinto a angústia que eu sentia antes, não sinto a dor que sentia, mesmo tendo uma sensação de tristeza pelo familiar que está sofrendo. Você entende que a forma de trabalhar a perda é muito individual. Infelizmente o que percebo é que não temos muito preparo para isso. Então é complicado porque você vê que as pessoas não acreditam, principalmente quando dizemos que o seu parente está em morte cerebral. A partir daí eu explico que o cérebro é quem cuida de tudo, que é responsável pela temperatura, pela pressão. Entretanto, invariavelmente, 99% das pessoas, principalmente as mães de pacientes jovens, não aceitam e passam a usar a religião como único apego para dizer: "Não! Deus vai salvar meu filho." Eu nunca discuto sobre isso, mas sempre prezo a oportunidade de dizer: "Acreditem que Deus vai salvar o seu filho, mas também acreditem que Deus tem o arbítrio de escolher o que vai querer para cada um." Ou seja, se Deus tem esse arbítrio, temos que aceitar a vontade Dele. Então peço que elas usem um pouco do próprio raciocínio, para fazer com que aceitem a vontade, o querer de Deus. Melhor do que pedir que Deus salve um filho de 20 anos, o que geralmente acontece pela lógica cristã ocidental, seria esperar que Deus fizesse a Sua vontade. Pode até parecer cruel, porque eu estou enquadrando a pessoa, mas ao mesmo tempo é uma forma de explicar que ela deve aceitar, porque no fundo quando aceitamos as condições da vida, sofremos menos. Aceitar não é se conformar, mas aceitando no sentido de você entender que aquilo não pode mais ser desfeito. Essa é a grande dificuldade que eu vejo. As pessoas vão a igreja todos os dias, mas não tem nenhum preparo para aceitar a morte. E o que eu vejo de pior numa mãe que perde um filho jovem, é que muitas vezes o que ela quer do filho, é o que ela não conseguiu do pai, do marido, ou nela própria. Há uma tendência de transferir para os filhos o que não se teve ou o que não conseguiu ser. Morre o filho, mas morre também um pouco dentro da pessoa, porque ela esperava que aquele filho um dia fosse médico, doutor, advogado. Costumam dizer: "Ah! mas ele era tão bom!" Como se a pessoa que fosse boa não tivesse o direito de morrer. Eu pergunto: "O que tem haver se você for uma boa pessoa e

morrer?" Todo mundo vai morrer, os bons e maus. Até Jesus Cristo morreu, mesmo tendo ressuscitado logo após, como é relatado no Cristianismo. Mas morreu! Ou seja, as pessoas associam como se morrer fosse uma punição e não uma condição simples, universal do ser humano. Ainda sobre o processo de comunicação aos familiares da irreversibilidade do quadro clínico, em relação à minha religiosidade e espiritualidade, vejo que hoje influenciam bastante. Antigamente eu era de uma religião em que se pensava: morreu e acabou! E no dia que você morrer irá para o inferno ou para o céu. Minha educação foi Católica, tradicionalista, acreditando que o homem evoluiu a partir de Adão e Eva e que Noé existiu e construiu uma arca. Aprendi que fé é uma coisa que não dá para discutir. Fé é uma coisa que é de dentro para fora. Mas como eu sempre gostei de estudar assuntos sobre espiritualidade, cheguei a uma lógica que me satisfaz. Então, acho que o fato de ter elaborado isso melhor, me faz abordar a família com toda paciência do mundo e ao mesmo tempo tenho que dá a notícia de uma forma que ela entenda. Nunca chego e digo: "Seu filho morreu". Eu sempre explico o funcionamento do cérebro, bem como suas complicações que levam a parada do coração. Assim eles seguem a sequência até que caia a ficha. Dificilmente eu uso a palavra morreu. A palavra morrer é muito forte para quem está passando por esse processo mais agudo. O único caso que me pressionou foi de uma mãe de 78 anos, em que o filho de 55 anos tinha sofrido um acidente de carro e foi diagnosticado com TCE. A família ficou arrasada, todos preocupados para avisar a mãe. Decidiram chamá-la para ver e se despedir do filho. Quando ela chegou expliquei que ele teve uma lesão no cérebro, o que chamamos de morte cerebral. Tudo isso com muita calma! Quando acabei de falar, ela com a maior paz do mundo colocou a mão no meu ombro e disse: "meu filho, quem sou eu para discutir o que Deus quer". Percebi que era uma mulher que já tinha vivido muita coisa na vida e, por incrível que pareça, essa foi uma das poucas pessoas que estava preparada para ver o filho morrer. Então, em minha opinião é uma pessoa extremamente evoluída. Foi uma das mulheres mais lúcidas que já vi, pois chegou a um nível que a levou a sofrer menos. Existe um ditado que diz: "A dor é inevitável, o sofrimento é opcional." Sentir a dor sentiremos! Agora, sofrer e querer sempre explicação para as coisas, ao invés de colocar sua vida para frente e buscar sempre a melhora, é opção das pessoas. Então, em minha opinião o que pode ser feito para melhorar essa comunicação com a família é capacitar os médicos, já que de dez médicos nove não estão preparados para dá esta notícia. Os médicos não têm preparo emocional ou preparo psicológico para nada. O médico não tem esse preparo enquanto estudante, ao término do curso, nem mesmo quando entra na UTI. Porque simplesmente a medicina ocidental é a medicina de remédio, de corte, de costurar e de colocar numa máquina para ventilar e dá função aos rins. Isso não é medicina! É uma coisa tão mecânica! É como você consertasse um carro! Existe uma Universidade nos Estados Unidos que desde 2008, instituiu uma disciplina chamada humanização da medicina. Incrível! Ela ensina como lidar com o ser humano dentro da medicina, pois não somos preparados para tal. Deveríamos ser preparados para lidar com pessoas, mas somos preparados para lhe dar com doentes. Com isso, as formas de se transmitir as notícias são as piores possíveis. Acho que o estudante de medicina não deveria entrar na universidade antes dos 20 anos de idade. Primeiro deveria conhecer um pouco do mundo, maturar um pouco seu juízo, sua cabeça, porque com essa idade ninguém tem juízo para nada, quanto mais para lidar com doença, doente e morte. Você termina o curso entre 22 e 23 anos, sabe 10 livros decorados de trás para frente, mas não sabe como chegar à pessoa e explicar que ela tem uma doença terminal, ou a um parente dela e dizer que o seu familiar está grave e poderá morrer. Medicina é muito mais amplo do que tudo isso. É quase um sacerdócio! Pois, quem está na área de saúde tem que viver com amor, não precisa demonstrar para todo mundo. Mas, na relação com os pacientes você precisa sentir que está lidando com pessoas. A maioria dos médicos não tem esse sentimento, o mecanismo de defesa deles é o de negação. Nega todo o sofrimento e quando vai conversar com o familiar para dizer que o filho morreu, ou está para morrer, lida de uma

forma despreparada, muitas vezes de maneira agressiva ou muito seca. Ouço de alguns familiares que o pessoal da área de saúde, principalmente os médicos informam de maneira cruel, porque não tem preparo emocional. A primeira conduta é negar e tratar o paciente como se fosse um carro e dissesse: "o motor pifou, acabou, não tem mais jeito". Se eu falar com um médico sobre Foucault e Aristóteles ele não sabe nem quem são. Acho isso terrível! Se você sentar com um colega médico e conversar sobre Platão, só vai saber dizer: "penso logo existo", mesmo ele não entendendo nada do que está falando. Somos uma geração que foi cortada o fio do pensamento, ou seja, nós não pensamos! E se você não pensa, fala as maiores aberrações. É por isso que um dos maiores índices de suicídio, divórcio e alcoolismo está na classe médica, porque são pessoas que lidam com situações limites, sem preparo nenhum, principalmente na relação com os colegas e pacientes.

3.5 JIVAKA



Figura 5: Jivaka, médico indiano
Fonte: Wikipédia, a enciclopédia livre

- **Idade: 62 anos**
- **Estado Civil: Casado**
- **Tempo de Formado e Instituição: 34 anos / Universidade Federal da Paraíba**
- **Especialidade Médica: Cardiologia / Terapia Intensiva**
- **Religião Praticante: Católica**

Esta entrevista ocorreu em uma tarde de sábado, em um momento tranquilo do plantão do colaborador, quando o mesmo já havia combinado para que eu ligasse e confirmasse se haveria condições de ser naquele dia. Foi uma entrevista interessante, pois o entrevistado também mostrou-se conhecedor do assunto, referindo estar lendo alguns livros sobre a temática e, ao termino da entrevista passamos um bom tempo conversando.

"A vida é o bem maior e vou continuar achando a morte como o mal maior."

Apesar do longo tempo na profissão, até o momento não lido com naturalidade com o processo de terminalização da vida de um paciente jovem com traumatismo crânio encefálico. Acredito que pela influência dos meus princípios religiosos que é de origem latina. Eu tenho profunda dificuldade até hoje de lidar com a morte e o morrer, principalmente quando o parente é jovem, pois não me convenço que o ser humano tem que nascer e morrer jovem. Acho que em um futuro bem próximo eu passe a aceitar pelo menos a morte do idoso. Mas, o morrer jovem sempre foi muito traumático para minha vida. Admito minhas limitações, porém nunca me conformei em perder um doente jovem. Não consigo conviver bem com essa relação de perda. E, como ser humano, não consigo me livrar do sentimento de por ser jovem não conseguir seguir sua trajetória que seria nascer, crescer, procriar, construir sua história e ter a sua morte natural. Para mim, isto seria a evolução natural da vida. Sei que é utópico, mas eu ainda vivo com muita utopia. Ao longo do tempo tenho tido muita preocupação de ler assuntos relacionados à morte e o morrer. E com essa nova era dos transplantes, passei a me trabalhar emocionalmente como autodidata, lendo: filósofos, psicólogos, antropólogos e sociólogos, procurando um conceito que pudesse assimilar e melhorar o modo como lidar com essa situação. Mas ainda hoje confesso que tenho muita dificuldade do enfrentamento da morte de jovem. Soma agora a história da morte encefálica e a doação de órgãos. Por um lado a doação é positiva, a partir do conceito de que já que não consegue mais prosseguir com a vida, que passe a dar a vida a outro. Por outro lado me pergunto: "Como é que o receptor vai ter uma vida saudável, vivendo pela morte de outra pessoa?" Mesmo sabendo que ninguém foi culpado dessa morte, ela foi consequência da fatalidade da vida. Sendo assim, antes de ter que comunicar à família sobre a possibilidade da morte iminente de seu parente, preciso fazer um auto juízo sobre este processo. Pensar, repensar e me convencer de que estou ali como um profissional. Luto pela vida, mas a vida tem limites. Pois, enquanto médico, me propus a aliviar a dor e o sofrimento do paciente, mas não a garantir que a pessoa não morrerá. Percebo que quando se trata da morte ainda não estou preparado para aceitar. Isto poderia ter sido mais trabalhado na minha formação acadêmica e humanística. Assim, ficaria mais fácil no momento de conversar com os familiares sobre todo este processo. Preciso está preparado e convencido de que não se tem mais nada a ser feito clinicamente com aquele paciente, e a partir dessa certeza, informo para os familiares que não tive outro caminho que pudesse salvar aquela vida. Então, passo a trabalhar no sentido de fazer com que os familiares acreditem que o seu parente ainda pode ser útil após a morte, com a chance de doar seus órgãos. Este diálogo é bastante influenciado pela minha crença, pois tenho a ideia de que existe o absoluto do ponto de vista material, que é a morte, nossa única certeza. E o absoluto do ponto de vista espiritual, que é Deus. Contudo, mesmo com todos esses princípios, nada me trouxe ainda a construção para dentro do meu emocional de que morrer é algo que se possa encarar com muita naturalidade. Apesar de que, o enfrentamento da morte e do morrer para mim, na relação com o potencial doador e sua família, não tem como objetivo chegar a um momento de tratar o fato com naturalidade. Vejo mais como uma busca do crescimento humano, relacionada à própria vida, à atitude humana, à relação da vida com o próprio tempo, à relação das pessoas com o mundo e com a própria natureza. Não quero chegar ao ponto de ter uma capacidade espiritual de aceitar a morte como uma coisa normal. Como dizia o Professor Genival Veloso: "A vida é o bem maior! E eu vou continuar achando a morte como o mal maior!" Nunca vou entender isso com naturalidade! Quero ainda me manter como o ser humano que defende a vida. Não quero também ser absoluto em nada que estou falando; quero na verdade procurar um crescimento dentro da vida na relação com o ser humano e tentar passar como profissional de saúde uma maneira menos dolorosa, uma comunicação que seja menos traumática para os familiares e assim eu possa contribuir com cada um, aliviando sua dor e o seu sofrimento. Além disso, que eu possa ter sucesso em algumas situações de que aquele que não tem mais condição de viver possa ajudar aquele que não viverá mais sem um

determinado órgão. As vezes fico pensando e tenho medo que a sociedade não materialize tanto as suas atitudes na saúde, mas as atitudes de quem faz saúde, tanto do ponto de vista político e do ponto de vista profissional de saúde. Que cada elemento que faz parte desse contexto tome suas decisões sem ser tão materialistas e que todas essas decisões tragam um sentimento humano de amenizar dois sofrimentos, porque de repente pode uma política de saúde esquecer esse tipo de conceito que estou comentando. E por exemplo, passar mais recursos para uma captação de órgãos do que para diminuir criminalidade no meu país e, conseqüentemente, aumentar a mortalidade de nossa juventude. São apenas pensamentos... Mas de repente é preciso que cada decisão tenha uma autocrítica para que sempre se caminhe pensando no viver e não no morrer. Viver é o nosso lema! Defender a vida a qualquer custo, a qualquer preço! Porém uma vida com qualidade, sempre com respeito ao próximo. Mas, para que isso aconteça é preciso dar ao ser humano mais condições intelectuais para que ele melhore sua capacidade de decisão, discernimento e compreensão da vida humana.

3.6 COSME



Figura 6: Cosme (à esquerda), médico cristão
 Fonte: Wikipédia, a enciclopédia livre

- **Idade: 49 anos**
- **Estado Civil: Casado**
- **Tempo de Formado e Instituição: 16 anos / Universidade Federal de Passo Fundo**
- **Especialidade Médica: Cardiologia / Terapia Intensiva**
- **Religião Praticante: Espírita Kardecista**

Esta entrevista, para qual foi dispensada total atenção, ocorreu no consultório do colaborador. No início ele pediu para que eu explicasse todos os questionamentos, pois o mesmo não lembrava mais o que eu havia falado com ele no primeiro contato. Logo após, ele demonstrou segurança em suas respostas, principalmente quando se tratou da influência da espiritualidade e religiosidade em sua comunicação com os familiares.

"Na minha percepção como Espírita fica mais fácil entender esta situação, pois a morte é apenas uma passagem."

Apesar do tempo que lido com pacientes graves terminais em UTI, para mim sempre é difícil comunicar a morte à família, pois quanto a morte acontece subitamente fica mais complicado

para aceitar. É diferente quando se tem uma doença crônica; quando a família tem um tempo até para se preparar. Pelo tempo que tenho de formado, vivo essa experiência quase diariamente e, apesar de não ter dificuldade em lidar com esse processo, sempre soufrô junto. Você quer amenizar a situação, situar a família, tirar o processo de culpa que às vezes aparece em alguns familiares, mas é uma situação que precisa ser enfrentada. Contudo, acredito que pela experiência e pelos cursos que já fiz, lido bem com este momento. Sendo assim, no momento de comunicar à família sobre a possibilidade da morte iminente de seu parente, tento ter uma relação médico/paciente/família muito aberta, sempre jogando limpo. Não se pode ficar às vezes iludindo, querendo amenizar uma situação que não existe, então temos que ser objetivo, realista. Claro que você tem que entender o lado da família, como a dificuldade de enfrentar o luto! Não ser ríspido em nenhum momento, pois existem muitas maneiras de falar a verdade do que está acontecendo, sem precisar ser frio. Além disso, vejo que o acontece é que as famílias, nesse processo de possibilidade de morte encefálica por TCE do seu parente se apegam muito na questão da religião. Considero a religião como um suporte importante para a família é como se o chão saísse debaixo dos pés. Então, você fica tentando se apegar a alguma coisa. Muitas vezes demora para a família entender a situação e por mais que o médico explique, existe toda a negação no momento. Então o médico diz: "existe a possibilidade do paciente está em morte encefálica." Porém aquilo não está sendo filtrado por eles. A partir daí se unem e passam a fazer grupos de orações. Na minha percepção de Espírita fica mais fácil entender esta situação, pois a morte é apenas uma passagem. Estamos aqui por um tempo. Mas, claro que entendo o lado das famílias, porque poderia está acontecendo comigo. E como nunca aconteceu, não tenho a noção se eu seria tão calmo como costume ser com os familiares. Quando eu lido com situações de pacientes que estão em morte encefálica e que a família tem uma base espírita, vejo que é muito mais fácil abordá-la no momento de informar sobre a morte. As famílias espíritas não são desesperadas! São bem mais centradas. Entendem e lamentam muito a perda, mas aceitam a situação. Já com famílias que professam outras religiões, fica muito difícil a abordagem, como por exemplo, os evangélicos. As maiores dificuldades que tive na época que trabalhei com transplante no diagnóstico de morte encefálica e abordagem às famílias foram com os evangélicos. Eles tem a ideia de que sempre vai haver uma solução. Deus vai ressuscitar uma pessoa que já está com diagnóstico fechado. Então até o último minuto eles tem esperança, ficando mais difícil aceitar quando a morte realmente acontece. Mas independente da religião, o grande diferencial mesmo é a abordagem inicial aos familiares, desde o momento que o paciente chega ao hospital. Se esta abordagem for feita de forma criteriosa, com bastante atenção, no final fica mais fácil a família aceitar. Mas, quando a família não é bem acolhida, começa a acontecer bloqueios e revoltas, passando a culpa para os profissionais e para o hospital, impedindo muitas vezes que se tenha sucesso na doação de órgãos. Desta forma, vejo que para se ter uma boa comunicação com os familiares, muitos fatores estão envolvidos. Porém o mais importante deles é um bom preparo dos profissionais que lidam com esta situação. E a partir de um atendimento multiprofissional, a família passe a ter uma melhor estrutura. O ideal seria uma equipe especializada com o tema da morte, em lidar com a morte, dentro do hospital. Até mesmo o médico que está cuidando dos outros pacientes da UTI talvez não fosse o modelo ideal para se envolver com esse tipo de situação. Ou seja, seriam necessário profissionais específicos que lidam diariamente com pacientes com diagnóstico de morte encefálica.

3.7 PATCH ADAMS

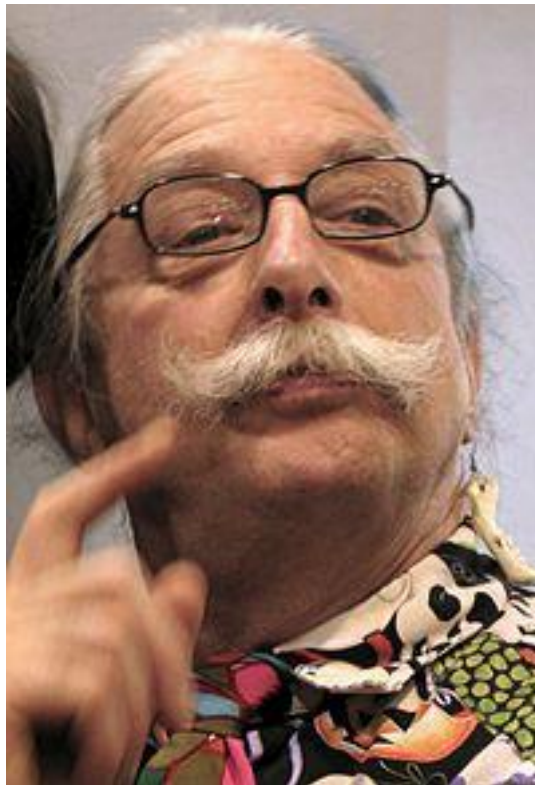


Figura 7: Patch Adams, médico norte-americano
Fonte: Wikipédia, a enciclopédia livre

- **Idade:** 47 anos
- **Estado Civil:** Casado
- **Tempo de Formado e Instituição:** 17 anos / Universidade Federal da Paraíba
- **Especialidade Médica:** Terapia Intensiva
- **Religião Praticante:** Espírita Kardecista

A entrevista aconteceu no consultório do médico entrevistado, em um início de noite de segunda-feira, quando o mesmo estava tranquilo em suas respostas, demonstrando uma larga experiência com o assunto abordado e facilidade para falar sobre ele.

"... na vida temos uma missão e um dia essa missão termina."

Enfrento o processo de terminalização da vida de um paciente adulto jovem com traumatismo crânio encefálico, com um sentimento de perda. Às vezes você transfere um pouco daquele momento para sua família, pondo-se no lugar do outro. Pergunto: "Como seria se fosse com alguém mais próximo?" E talvez para justificar, ou para sentir menos contato com aquela situação, procuro considerar sendo parte de algum plano superior, do Plano Divino. Para mim é como se aquela pessoa tendo cumprido a sua missão. E que, por uma ordem divina, ela foi chamada de volta. E essa morte acontece não só na vida daquela pessoa que parte, mais também como uma espécie de motivo de reflexão daqueles que ficam... Para experiência daquelas pessoas que permanecem aqui e que estão perto deste plano divino. Contudo, me deparo com uma situação muito delicada no momento de comunicar a família sobre a possibilidade de morte iminente de seu parente, mesmo porque, na formação médica não se tem uma preparação específica para tal. Existe algumas instruções, algumas abordagens, alguns cursos que falam sobre o assunto, bem como congressos e palestras que participamos. Procuro assim, abordar a família dependendo do que eu conheço um pouco dela. O grau de instrução, o momento de sofrimento, o impacto que aquilo está causando para família e também a sua religiosidade. Busco informar da melhor maneira possível que ela possa receber aquela notícia. Procuro ser o mais objetivo possível, obviamente observando a reação da pessoa, à medida que vou comunicando e percebendo o entendimento dela sobre aquele assunto. A partir daí eu aprofundo. Mas quando vejo que não há um grau de interação, de maturidade psicológica para receber aquela notícia, eu não finalizo. Deixo um espaço para que a família possa elaborar aquela notícia e depois completar a mensagem. Se percebo que é uma família que tem um grau de instrução bom, que vai receber a informação com menos impacto, dou todas as informações naquele momento. Portanto, é neste momento que busco recurso na minha espiritualidade, pois como eu acredito na possibilidade de vida após a morte, apesar de não me aprofundar sobre o assunto, enfatizo a ideia de que a pessoa cumpriu uma missão e foi chamada por algum motivo, que ainda não sabemos e não entendemos por um ser superior que chamamos de Deus. No entanto, quando esta pessoa com quem me comunico tem uma tendência religiosa muito forte, ou seja, protestante, católica, ou até não tenha nenhuma crença, procuro não interferir, não entrar muito a partir da minha visão. Eu, até dependendo da forma como ela se comporta, como pensa sobre o assunto e caso não pense de forma absurda sobre morte prematura, procuro concordar para amenizar o impacto da notícia. Quando observo que a família não tem uma base muito sólida ou tem um posicionamento muito radical, ou muito firme, é nesta situação que eu procuro mostrar uma visão do que eu acredito, ou seja, que na vida temos uma missão e um dia essa missão termina. Na verdade, não tenho muitas experiências com estas situações de comunicar aos familiares sobre a possibilidade de morte de seu parente. Porém, eventualmente, me deparo com quadros bem dramáticos, principalmente da mãe. Procuro sempre confortar, analisando o grau cultural e social da família. Tento tornar a situação menos traumática possível. A maioria das vezes são quadros de uma certa dramaticidade, apesar de em determinadas situações ter me surpreendido com algumas pessoas que lidam com a morte com certa frieza. Enfim, acredito que para melhorar esse processo de comunicação com a família, deve haver uma formação sólida na graduação, por parte das próprias equipes, como também pelos gestores hospitalares. Acho que são poucas informações e pouca importância que se dá a esse momento tão delicado da vida das pessoas! Eu vejo uma ação muito mecanizada, pouco pessoal, principalmente por parte da gestão do hospital. Vejo pouco empenho das pessoas com relação à comunicação neste momento! Em alguns casos até me decepciono com a forma que os próprios profissionais da saúde encaram esta situação. Talvez pela rotina do dia-dia, a morte se torna mais um fato do plantão, do que a possível morte de um ente querido de uma família, de um ser humano que morrerá de forma trágica. Por isso, precisamos de uma formação mais consistente, de uma atenção maior dos gestores para o caso, para que haja essa

conscientização dos profissionais. Não só o médico, mas também os técnicos de enfermagem e enfermeiros... dos próprios psicólogos e assistentes sociais, pois alguns, infelizmente, não tem uma formação adequada e, penso eu que deveriam ter até mais do que nós médicos. Fala-se muito em atendimento humanizado, mas, parece só mais uma campanha como qualquer uma outra. A formação é o principal foco de ser, para que assim se possa lidar melhor com a situação de informar a família sobre a morte.

3.8 DAMIÃO



Figura 8: Damião (à direita), médico cristão
 Fonte: Wikipédia, a enciclopédia livre

- **Idade:** 60 anos
- **Estado Civil:** Casado
- **Tempo de Formado e Instituição:** 35 anos / Universidade Federal da Paraíba
- **Especialidade Médica:** Cardiologia / Terapia Intensiva
- **Religião Praticante:** Protestante

Esta entrevista aconteceu no repouso médico do HETSHL, uma hora antes de iniciar o plantão do colaborador, como havia combinado previamente comigo, em uma tarde de segunda-feira. O entrevistado colocou ser um leitor da temática morte e religião, por curiosidade e necessidade de responder à alguns questionamentos que fazia desde o início de sua profissão, bem como para definir uma religião que pudesse satisfazer as suas dúvidas.

"Acredito que para melhorar a comunicação aos familiares, tudo depende da religiosidade."

Atualmente lido com o processo de terminalização da vida de um paciente jovem com naturalidade, porque, no início da minha carreira, foi um dos meus questionamentos. Espantava muito ver um paciente jovem, da minha idade, às vezes mais novo, falecer com traumatismo craniano, causado muitas vezes por acidente de moto e violência. Questionava bastante o fato. Então, procurei fazer pesquisas sobre esse tema, buscando realmente na espiritualidade uma resposta para o término precoce da vida. Na época, eu trabalhava no Rio de Janeiro, em um hospital de emergência. Então, era muito comum acontecer esses casos como em todo hospital de emergência. Porém, aquilo me chocava! Eu perguntava por que um indivíduo com 15 anos, um atleta, por exemplo, com saúde perfeita, morre de forma repentina. Assim, encontrei no espiritismo respostas para esses questionamentos. Vi que a morte prematura de um jovem servia como lição de vida para a família, além de aproximar a família da espiritualidade, de Deus, como a mãe e o pai, que poderiam estar afastados desse caminho. A partir daí, fui revendo os casos dia a dia, por exemplo, o caso do cantor Cazusa, que apesar de não ter sido TCE, mas foi uma morte prematura e que transformou a vida da família dele, inclusive da mãe, que passou a se dedicar as causas sociais. Portanto, passei a sentir muito conforto com essa resposta. Hoje em dia, mais maduro, acredito que a vida é passageira. Converti-me ao protestantismo e a visão do cristianismo é que a vida pertence a Deus. Então, Ele conhece todos os propósitos. Antes de nascermos Ele já conhece a cor do cabelo, a cor dos olhos, o tempo de vida... Quando a morte acontece, realmente para mim é uma coisa normal! Pode acontecer inclusive com meus filhos. Pode um filho meu sofrer um acidente e vir a falecer. Contudo, constitui claro, em um choque muito grande, levando a uma situação desesperadora de morte em uma UTI. É difícil você passar essa tranquilidade para a família pois eles sempre recebem esta notícia com revolta e incompreensão. Sendo assim, quando vou comunicar aos familiares sobre a morte iminente de seu parente jovem, primeiro falo tecnicamente sobre a gravidade do quadro clínico e da sua irreversibilidade. Geralmente as famílias não aceitam de imediato, pois a esperança é a última que morre. Espera por um milagre... Porém, em uma outra oportunidade de falar com os familiares, vou preparando e digo que o morrer faz parte da existência. Quando se nasce, nós começamos a morrer também e, que, apesar do choque, nós não temos domínio sobre a vida, porque ela pertence realmente a Deus. Ou seja, a minha religiosidade influencia diretamente neste momento de comunicação da morte, pois foi principalmente por este motivo que passei a me aprofundar no estudo das religiões. Consegui aprender muitas coisas, inclusive que esta informação deve ser dada em equipe, principalmente devido a captação de órgãos, dos transplantes, pois aí se torna mais difícil ainda a aceitação dos familiares. É difícil para a família a morte e é difícil compreender a importância da doação de órgãos. Enfim, acredito que para melhorar a comunicação aos familiares, tudo depende da religiosidade. Deveria existir uma autoridade religiosa nos hospitais! Um departamento que tivesse pastores, padres, espíritas... E, a partir daí, procurar saber qual a religião da família, para que essas autoridades preparassem espiritualmente as famílias para receber a notícia da morte. Acho que melhoraria muito a aceitação.

3.9 MERIT PTAH



Figura 9: Merit Ptah (egípcia), primeira médica do mundo
Fonte: Wikipédia, a enciclopédia livre

- **Idade: 45 anos**
- **Estado Civil: Casada**
- **Tempo de Formado e Instituição: 17 anos / Universidade Federal da Paraíba**
- **Especialidade Médica: Cardiologia / Terapia Intensiva**
- **Religião Praticante: Espírita Kardecista**

A entrevista ocorreu em uma tarde de terça-feira, durante o plantão da colaboradora, que se apresentou muito atenciosa e prestativa para entrevista, pois a mesma relatou que era um assunto que lhe chamava bastante atenção e que tinha interesse de aprofundar e buscar como melhor lidar com as situações em que ela precisava dar informações dolorosas para os familiares.

"...sempre pergunto a família: Qual a sua religião? Porque sempre a família quer fazer alguma coisa para amenizar o sofrimento do parente."

É sempre difícil para o médico se ver limitado diante da morte! Só que nós entendemos que a morte é a única coisa certa que se tem na vida, apesar de não sabermos o momento em que vai ocorrer. É imprevisível! Porém, quando se trata de pacientes jovens, com morte encefálica por TCE, torna-se bastante doloroso, pois nos deparamos com a situação em que pessoas tão cheias de vida são abruptamente retiradas daquele convívio. Sempre de forma muito aguda e inesperada. Ninguém está preparado. Por este motivo, hoje em dia, depois de ter acompanhado vários casos, penso que as vezes é melhor perder aquela pessoa do que ficar com um sequelado grave que transforma a vida de toda família. Digo isso apesar de saber que esses pacientes sequelados ensinam muito para os que cuidam dele. Já acompanhei alguns desses indivíduos, e em conversas com seus familiares, vejo que mesmo diante de tantos problemas, nenhum pai quer que o filhinho morra. Eles são bem cuidados! São bem tratados! Assim, aprendi a lidar com estas situações, tentando ajudar a dor do outro, pois percebi que naquele momento estou ali mais para dar apoio. Entretanto, o momento de comunicar a família, sobre a possibilidade de morte iminente do seu parente, não é fácil! Eu acho que a família tem que ser preparada. Deve estar sempre informada sobre o quadro clínico durante todo o período da internação. Pois, uma vez ela sendo totalmente esclarecida, principalmente sobre a situação de morte iminente, ficará mais fácil assimilar a mensagem quando for dita de forma concreta. De certa forma, depende muito da maneira como você fala, porque às vezes parece que há um bloqueio da família e eles não entendem que não tem mais volta. Então, eu costumo dizer que é uma situação sem retorno. Porque eles perguntam: "E ai Doutora? Mas está fazendo alguma coisa? Tem jeito?" E nessas situações temos que ser claros: Não tem retorno. Assim eu acho muito importante entendermos que nós não somos só um corpo físico, não somos apenas células, mas que temos uma alma e que estamos nesse corpo físico de passagem. Ele, o corpo físico, é uma coisa passageira... Momentânea! Então, sempre que vejo um paciente em estado grave, não só em morte encefálica, mas em situação de morte iminente, sempre pergunto a família: Qual a sua religião? Porque sempre a família quer fazer alguma coisa para amenizar o sofrimento do parente. E, muita vezes, você não diz que aquele poderá ser o último momento. Então eu sempre pergunto: Você que trazer alguém? E a maioria sempre quer trazer alguém para fazer uma oração e dá uma palavra de conforto. Portanto vejo que ajuda muito sabermos que, apesar daquela dor, aquele é um momento que temos que passar. E que infelizmente não somos preparados para morte, mas ela faz parte da nossa vida. Aquele é uma momento de dar apoio a família. Procurar escutar a dor de cada um, porque muitos negam a iminência da morte. Lembro de um caso no Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa. Eu expliquei todo o processo para a família, do estado grave de um familiar. Uma mulher de repente se ajoelhou nos meus pés e começou a se bater no chão dizendo: "Ai Jesus! Salva meu filho!" Ou seja, vi naquela senhora que ela acreditava que ainda ia ter conserto, como Lázaro se levantou do túmulo. Jesus ia fazer um milagre... Curar seu parente... Acho que existe muita negação da família. Enfim, acredito que para melhorar o processo de comunicação aos familiares o mais importante é que haja um canal claro de informação da situação clínica do paciente. A família precisa perceber que seu doente está sendo bem cuidado. Nesse momento toda informação é necessária. Na rede SUS e na rede privada ainda existe muita falha de comunicação. A partir do momento que você informa e o familiar sente que seu doente está sendo bem cuidado, que está sendo tratado como deveria, eles começam a aceitar melhor. Eu já presenciei casos de famílias que a princípio não desejavam fazer doação. Então, o colega médico não insistiu e decidiu não investir no paciente. Depois chegou outra pessoa, que era o cabeça da família e decidiu doar. Não tinha mais volta, não dava mais para fazer a captação de órgãos! O diálogo deve sempre existir. Você deve ouvir, sentir a dor do outro, saber o que está acontecendo e explicar com detalhes.

3.10 AGNODICE



Figura 10: Agnodice, médica grega
Fonte: Wikipédia, a enciclopédia livre

- **Idade:** 32 anos
- **Estado Civil:** Casada
- **Tempo de Formado e Instituição:** 9 anos / Universidade Federal da Paraíba
- **Especialidade Médica:** Clínica Médica / Terapia Intensiva
- **Religião Praticante:** Católica

A entrevista com Agnodice, aconteceu antes de iniciar seu plantão noturno, em uma sexta-feira. A colaboradora mostrou-se apressada, porém muito educada respondeu a todos os questionamentos com cordialidade e cooperação. Por fim terminou contando uma história de um familiar jovem que passou pela situação de morte encefálica após um acidente de carro, quando a mesma relatou ter ficado abalada por não ter podido fazer mais nada após o diagnóstico de ME de seu parente.

"Não cabe a nós dizer aos familiares como lidar com a situação. Tento encarar o processo da forma mais ética e profissional possível."

Como intensivista, tento encarar o processo de terminalização da vida de um paciente adulto jovem, com traumatismo crânio encefálico, da forma mais natural possível. Mas, confesso que não é fácil aceitar. A morte encefálica é difícil para o médico. Muito difícil! Mas, como sabemos que aquele paciente poderá ser um potencial doador e salvar vidas de outros doentes, até mesmo jovem, tento enfrentar de forma mais tranquila. Penso que não cabe a nós dizer aos familiares como lidar com a situação. Tento encarar o processo da forma mais ética e profissional possível. Cuidando do doente da maneira mais correta e seguindo protocolos médicos para que ele seja um potencial doador, apesar da complexidade do processo. Então, neste momento de comunicar a família sobre a possibilidade da morte iminente de seu parente, exponho alguns detalhes do ponto de vista clínico. Para que a partir daí eles passem a assimilar que o doente é muito grave e que não terá a possibilidade de sair do quadro mesmo com toda estratégia terapêutica instituída. Nestas situações percebo que a religiosidade e a espiritualidade influenciam bastante, inclusive para mim enquanto intensivista. Já tive uma experiência própria com uma cunhada da minha irmã, ... A médica que sofreu um acidente e que faleceu por conta da irreversibilidade do quadro de TCE. Acredito que sou muito resiliente em não desistir, porque por em vários momentos eu já passei por situações e me perguntei: Estou na especialidade correta? É isso que quero para mim? Assim, tento fazer com que a espiritualidade não influencie na minha conduta, mas óbvio que vai influenciar um pouco nos meus pensamentos e nos meus conceitos. Isso me traz insônia. O intensivista normalmente tem problema para dormir. Outra situação que posso citar foi um caso de um ente querido que não conseguiu tirar do quadro de TCE grave. Até hoje sofro com isso. É muito difícil realmente, porque a gente fica naquele questionamento, por que um doente jovem? Porque Deus tira um doente jovem? Porque nós vamos até aonde podemos ir, ou seja, no limite dos nossos conhecimentos e não conseguimos salvar? É quando mais uma vez vem a questão da religiosidade. Tento separar, mas confesso que é muito difícil. Entretanto, vivenciando todo esse processo na UTI, vejo que para melhorar a comunicação com a família, é fundamental um bom treinamento da equipe. Além disso, apoio psicológico ao médico intensivista, pois é ele que vai abordar os familiares. Esse acompanhamento deve existir para a melhoria da saúde mental do médico. A sobrecarga de plantões vai tornando você cada vez mais ríspido e insensível com os casos. Acredito que a sensibilidade tem que existir. É um paciente. Você acaba se envolvendo com a família. Não que você vá chorar a dor com a família, mesmo podendo acontecer isso um dia. Por esse motivo acredito que o apoio da psicologia e o treinamento contínuo desse profissional são pontos-chaves para que você possa expor da melhor maneira possível a família que o paciente está em morte encefálica. E assim, fazer com que o familiar entenda a situação, pois não é fácil fazer com que um leigo compreenda que o coração está batendo e que o doente está morto devido à ausência de fluxo sanguíneo no cérebro. Pois é sabido pela maioria das pessoas que o conceito de morte se dá pela ausência dos batimentos cardíacos.

CAPÍTULO IV

ANALISANDO AS HISTÓRIAS

Neste capítulo, faremos uma análise da percepção dos médicos sobre o processo de terminalização da vida de pacientes adultos jovens, bem como a sua relação com os familiares, identificando pontos que podem ser melhorados nessa comunicação. Além disso, discutiremos como a religiosidade e a espiritualidade do profissional médico está inserida neste contexto, partindo da premissa que são aspectos importantes no atendimento humanizado.

Quanto aos colaboradores da pesquisa, observamos que houve uma significativa heterogeneidade de fatores relacionados à idade e tempo de trabalho, além de se declararem de distintas religiões, sendo um budista, um protestante, três católicos e cinco espíritas. Tais diferenças são de grande valia, uma vez que podem gerar uma importante riqueza dos depoimentos, visto que a representação da classe médica é construída de diversos elementos da vida social e particular, elementos estes que advêm da esfera pública e adentram o ser enquanto indivíduo pertencente a um determinado contexto social.

4.1 A percepção do médico sobre a terminalização da vida de pacientes jovens

Diante do contexto apresentado nas entrevistas dos sujeitos da pesquisa, podemos observar que eles apresentaram diversas formas de lidar com a terminalidade da vida de pacientes adultos jovens com traumatismo crânio encefálico. Entretanto, após a análise desta questão, identificamos que metade deles revelaram lidar com naturalidade com este processo, por fazer parte da evolução da vida, quando o indivíduo, nasce, cresce, reproduz e morre. Porém, é importante destacar que esta facilidade em lidar com esse processo, segundo os relatos, foi adquirida com a experiência e amadurecimento em anos de trabalho na UTI, bem como pela participação em cursos de capacitação e em pós-graduações, como podemos ver a seguir:

Em minha formação na especialidade de urologia, trabalhei durante muito tempo com transplante de órgãos. Então, vivenciar o processo de terminalização da vida de um paciente adulto jovem, com traumatismo crânio encefálico, passou a ser uma coisa muito mais fácil. Fiz alguns cursos sobre esta temática, desde aceitar a própria evolução do paciente para a morte, como também a abordagem ao paciente e a família (LUCAS).

O processo de terminalização da vida de um paciente seja jovem, idoso ou de qualquer faixa etária, é um processo natural da vida. Agente nasce e também tem o momento de partir... morrer... (ESCULÁPIO).

Hoje em dia eu encaro isso de uma forma muito normal, mas precisou de muito tempo para que eu chegasse nesse nível de compreensão. É preciso amadurecer

muito para entender que a única certeza que você tem na vida é que você vai morrer (HIPÓCRATES).

...acredito que pela experiência e pelos cursos que já fiz, lido bem com este momento (COSME).

Atualmente lido com o processo de terminalização da vida de um paciente jovem com naturalidade, porque, no início da minha carreira, foi um dos meus questionamentos. Espantava muito ver um paciente jovem, da minha idade, às vezes mais novo, falecer com traumatismo craniano, causado muitas vezes por acidente de moto e violência (DAMIÃO).

Starzewski Júnior, Rolim e Morrone (2005) corroboram com as colocações dos entrevistados quando evidenciaram em sua pesquisa que 30% a 60% dos médicos aprenderam a lidar com a morte durante a residência médica, ou seja, na pós-graduação, mesmo não tendo esta prática durante sua graduação.

Este fato reflete a falta de importância dada na graduação pelos cursos de medicina ao atendimento humanizado, quando em situações de morte iminente do paciente o médico deveria estar preparado para enfrentar este processo, sendo em sua maioria enfatizado a atuação técnico-científica deste profissional.

Porém para outros médicos não se torna tão fácil este momento, para profissionais mais jovens e inexperientes, a morte é mais difícil de ser encarada, visto que, como coloca Shimizu (2007), é o maior contato que os ajuda a enfrentar, de maneira menos sofrida, a morte dos pacientes. Assim, apesar de existirem diferenças singulares a cada um nos mecanismos de defesa, construídos em detrimento do sofrimento frente à morte, possivelmente os trabalhadores da saúde que contam com maior experiência profissional consigam suportar melhor tal situação. Contudo, alguns relatos de nossos colaboradores não condiz com esta afirmativa:

Apesar do longo tempo na profissão, até o momento não lido com naturalidade com o processo de terminalização da vida de um paciente jovem com traumatismo crânio encefálico (JIVAKA).

tento encarar o processo de terminalização da vida de um paciente adulto jovem, com traumatismo crânio encefálico, da forma mais natural possível. Mas, confesso que não é fácil aceitar. A morte encefálica é difícil para o médico. Muito difícil! (AGNODICE).

Com isso, podemos constatar que independente do tempo de profissão, o lidar com a morte pode não ser tão fácil. Este fato pode ser analisado dada a dificuldade de pensar sobre a concretude da morte. Foi o que ficou claro na outra metade dos entrevistados, quando mostraram não lidar bem com este momento tão difícil de sua profissão. Pontuando algumas

razões: primeiro por se tratar de um paciente jovem, que naturalmente deveria estar desfrutando do ápice de sua vida; segundo, devido ao despreparo durante a graduação para lidar com a morte; e por fim pela concepção da alteridade, sendo este um pressuposto básico de que todo o homem social interage e interdepende do outro, seja o paciente ou seus familiares, e a partir daí, o processo se torna mais difícil por haver um envolvimento com a história do paciente.

Assim, independente da forma como lidar com este processo, poderemos identificar pontos importantes para se reconhecer um profissional humanizado, preocupado não apenas com o tratamento clínico, mas principalmente com uma vida que está com risco de morte e que por trás dela está uma família em estado de tensão e agonia.

Segundo Aleluia e Peixinho (2002), o conceito de morte sofreu mudanças marcantes através dos tempos. A morte é dita hoje como medicalizada, consequência do modelo biomédico hegemônico que estimula a sua negação e a dessensibilização do profissional de saúde para lidar com o paciente terminal.

Transformações profundas aconteceram na medicina de todo o mundo ao longo do século XX, trazendo avanços tanto na prática médica, como na tecnologia e, assim foram evidenciadas melhorias significativas na saúde, no controle ou eliminação de doenças, porém tudo isso traz à tona decisões éticas acerca das condutas dos profissionais de saúde (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

A medicina dos tempos pós-modernos, com sua alta tecnologia, não se mostra suficiente para satisfazer as demandas da população, especialmente quando falamos em sofrimento humano e morte. Muito se fala na eficiência dos avanços tecnológicos, principalmente voltados à área da saúde e pouco se tem falado na arte da humanização. O profissional de saúde sabe manejar de forma eficaz a alta tecnologia, porém nem todos são tão eficazes quando se fala em manejar o processo da terminalidade. Manejar no sentido de humanizar o morrer, oferecer conforto ao paciente e ao seu familiar. É necessário o resgate urgente do verdadeiro sentido do cuidar e deve-se lembrar que nem sempre curar é possível, ou seja, o curar é finito. Porém, o cuidar é sempre possível, pois é infinito.

Entretanto, a morte, um evento presente de maneira contínua no ambiente hospitalar, faz com que, voluntariamente ou não, o estudante, por si só, muitas vezes, tente aprender a lidar técnica e emocionalmente com o paciente terminal (MENEZES, 2001). Todavia, este aprendizado nem sempre acontece, como afirma os seguintes colaboradores:

A ideia que se tem na medicina tradicional é que estamos aqui para curar as pessoas. E, como na graduação não temos uma vivência muito ampla, além de sairmos muito jovem, nós terminamos acreditando que essa premissa é verdadeira, quando na verdade não é. A ideia da medicina deveria ser algo muito mais avançado do que apenas curar (HIPÓCRATES).

Percebo que quando se trata da morte ainda não estou preparado para aceitar. Isto poderia ter sido mais trabalhado na minha formação acadêmica e humanística... (JIVAKA).

Entretanto, sabe-se que o processo de formação do profissional médico deve ser trabalhado de forma generalista, primando pelo cuidado em todas as fases da existência humana, incluindo o morrer, porém, o que se observou nas falas, lacunas a esse respeito são deixadas durante sua graduação. Assim, na concepção destes colaboradores não se ensina ao estudante para a atuação profissional na terminalidade da vida.

Esta lacuna na formação com relação à morte, se dá muitas vezes por este assunto desafiar a onipotência humana e os profissionais de saúde, os mesmos somente são ensinados a cuidar da vida. Desta forma, boa parte dos cursos de graduação não apresenta, em sua estrutura curricular, uma disciplina que ministre tal temática de forma não tecnicista e holística. (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

Para Pessini (2001) a medicina possui três objetivos clássicos: salvar e prolongar a vida, promover e manter a saúde e aliviar a dor e o sofrimento. Ao defender os dois primeiros, o profissional da saúde deve levar em conta que a morte pode ser adiada, mas não inteiramente evitada. Tratando-se do terceiro objetivo, a ciência médica deve ter a consciência de reconhecer seus limites de atuação e de reconhecer que algumas vidas ou mortes podem ser controladas por um determinado tempo, mas não todas.

Isto foi comprovado em um estudo realizado por Machado, Pessini e Hossne (2007) o qual relatou que durante os cursos de formação profissional, prima-se pela qualidade técnico-científica, subvalorizando os aspectos humanistas. Essa prioridade de atualização técnico-científica sobre os aspectos humanistas, principalmente quando relacionados à terminalidade da vida, foi evidenciada quando médicos pesquisados responderam em sua totalidade que tinham educação continuada em relação as ações técnicas e científicas e quanto as ações humanísticas apenas 50% dos entrevistados informaram. Quando podemos concluir que o preparo e a formação desses profissionais, seja durante a graduação ou em educação continuada, estão em geral voltados para formar profissionais técnicos, criando uma lacuna no cuidado humanizado, da qual o profissional sente falta ao se deparar com dilemas que requerem tomadas de decisão no seu dia-a-dia.

Desta forma, a falta de preparo para lidar com a morte é reconhecida pelos profissionais entrevistados, estando evidente em alguns discursos a relação da morte com um sentimento de perda, ou seja, o médico não se convence que aquele seria o momento para aquela vida acabar.

Eu tenho profunda dificuldade até hoje de lidar com a morte e o morrer, principalmente quando o parente é jovem, pois não me convenço que o ser humano tem que nascer e morrer jovem. Acho que em um futuro bem próximo eu passe a aceitar pelo menos a morte do idoso (JIVAKA).

Enfrento o processo de terminalização da vida de um paciente adulto jovem com traumatismo crânio encefálico, com um sentimento de perda (PATCH ADAMS).

Assim, podemos destacar que o sentimento aqui descrito demonstra certo despreparo para a situação de morte do paciente, haja visto que a morte, segundo alguns sujeitos da pesquisa, deve ser percebida como um processo natural da vida e, obviamente, como um evento já previsto, no caso dos pacientes com doença incurável e/ou em estado terminal.

Conforme Sorcinelli et al, (2003, p.577) por ocasião do acometimento de uma doença incurável e/ou de uma doença terminal, surge um momento caracterizado por muito sofrimento e marcado também pelo sentimento de impotência e de busca de sentido para a vida.

...apesar de não ter dificuldade em lidar com esse processo, sempre sofro junto. Você quer amenizar a situação, situar a família, tirar o processo de culpa que às vezes aparece em alguns familiares, mas é uma situação que precisa ser enfrentada (COSME).

Para uma equipe de unidade de terapia intensiva, situações de pacientes terminais indo a óbito devem ser uma constante, entretanto, imaginamos que também para cada profissional deve causar algum sofrimento de perda. De acordo com Papaléo Netto e Spinoza (2007) quando a equipe perder a capacidade de se emocionar frente à situação de óbito do paciente é indicativo de que há algo errado, a sensibilidade e a emoção afetiva é a melhor qualidade no humanismo. Como podemos identificar na fala deste colaborador:

No geral, para mim como médico, apesar de lidar diariamente com a doença e não poucas vezes com a morte, quando vejo um desses pacientes em estado possível de morte, breve morte, é muito difícil (AVICENA).

Seguindo estes pensamentos, Kübler-Ross (2008) considera que o temor da morte não mudou através dos tempos. Ao contrário, ainda é um evento pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo que podemos dominá-lo em vários níveis. O que mudou foi nosso modo de

conviver e lidar com a morte, com o morrer e com os pacientes moribundos. Este temor permanece no âmago do ser humano, sendo acrescido todas as vezes em que é despertado por algum motivo, pessoal ou não, ou seja, tanto pelo risco de morte do próprio indivíduo, enquanto seu eu e a partir de sua autoconsciência, quanto por presenciar este risco com relação a outra pessoa.

Tementes da sua finitude, as equipes hospitalares articulam-se e se organizam de modo a fazer com que a morte se torne silenciada, regulada e rotinizada, talvez como uma tentativa de banalização desse fenômeno. Assim sendo, o paciente terminal, muitas vezes, permanece à margem dos cuidados cotidianos e dos olhares humanos presentes dentro de um serviço de internação hospitalar, sendo até mesmo ignorado pelos profissionais.

Nos dias atuais, a busca pela vida não abarca a compreensão de que o fim da vida é inevitável, pois ninguém está preparado para este último evento do processo vital. Como consequência, a morte é concebida como algo que não só angustia o paciente, como também assusta familiares, amigos e profissionais de saúde.

A convivência com a morte, que já é extremamente desgastante, psicologicamente, para todos os envolvidos na situação, sejam familiares, cuidadores ou profissionais de saúde, torna-se ainda mais penosa quando se trata de jovens. Nesta fase da vida, a aceitação da finitude humana torna-se muito mais complexa e dolorosa de ser aceita, visto que a morte é normalmente aguardada nos mais velhos. Neste sentido, Silva, Ribeiro e Kruse (2009) afirmam que o maior impacto no momento da perda de um paciente é a idade, é o paciente jovem. Esse pensamento é evidenciado pelos colaboradores do estudo.

quando se trata de pacientes jovens, com morte encefálica por TCE, torna-se bastante doloroso, pois nos deparamos com a situação em que pessoas tão cheias de vida são abruptamente retiradas daquele convívio. Sempre de forma muito aguda e inesperada. Ninguém está preparado (MERIT PTAH).

Lidar com o processo de terminalização da vida de um paciente adulto jovem com traumatismo crânio encefálico não é fácil, todos nós sabemos que enfrentar a morte por si só já é difícil e, quando esta morte acontece no adolescente, com certeza é mais difícil ainda (AVICENA).

Destaca-se o fragmento "ninguém está preparado". Então, não há preparo para lidar com a finitude e, principalmente, quando se trata de pessoas jovens. Confirmando esta afirmação, Shimizu (2007), enfatiza que a morte do ancião é mais aceita pelos profissionais de saúde, pois é considerada como um componente da trajetória natural da vida, porém os mesmos sofrem de grandes dificuldades em aceitar a morte de um jovem, pois, na sociedade

atual, tal fato não é benquisto, visto que o jovem está iniciando sua vida. Isso gera sentimentos angustiantes relacionados ao temor em perder seus próprios filhos. Além de provocar uma enorme inquietação no sentido de identificação dos profissionais com aquele que morreu. Como podemos observar a seguir:

Às vezes você transfere um pouco daquele momento para sua família, pondo-se no lugar do outro. Pergunto: "Como seria se fosse com alguém mais próximo?" (PATCH ADAMS).

Nesta fala podemos destacar um traço de humanização por meio da alteridade, que possui o significado de se colocar no lugar do outro na relação interpessoal, com consideração, valorização, identificação e o dialogar com o outro. Como bem expressado por Gusmão (1999, pp. 44-45):

se no passado o outro era de fato diferente, distante e compunha uma realidade diversa daquela de meu mundo, hoje, o longe é perto e o outro é também um mesmo, uma imagem do eu invertida no espelho, capaz de confundir certezas pois, não se trata mais de outros povos, outras línguas, outros costumes. O outro hoje, é próximo e familiar, mas não necessariamente é nosso conhecido.

Neste sentido, o atendimento aos pacientes terminais nas unidades de terapia intensiva, configura-se como algo que gera sofrimento, negação do acontecimento e até mesmo produz determinada rejeição ao paciente terminal. Como se percebe, a morte traz sentimentos negativos aos profissionais de saúde, visto que muitos deles, ainda não conseguem compreender o verdadeiro significado desse evento. Consequentemente, este fenômeno derradeiro desencadeia grande sofrimento e, por isso, as pessoas têm grande dificuldade em lidar e aceitar.

De acordo com Kübler-Ross (2008) quanto mais se avança na ciência, mais parece que se teme e se nega a realidade da morte. No mínimo perturbador esse pensamento para os tempo de hoje. Vive-se em uma sociedade onde a morte ainda é concebida como um tabu, algo terrível a ser vencido, e a maioria dos debates sobre este tema são passíveis de críticas.

O que se tem na verdade é que no âmbito hospitalar é instituído que nenhum dos integrantes da equipe deve emocionar-se ou manifestar algum tipo de envolvimento com o paciente, principalmente o terminal. Portanto, sem se envolver com o mesmo, a equipe permanece na rotinização de suas tarefas, muitas vezes sem parar para refletir sobre o que é a morte e como ela é compreendida no contexto hospitalar. Sendo assim, os profissionais, de maneira geral, buscam implantar estratégias coletivas de defesa com vistas ao enfrentamento

da dor provocada pela morte do paciente, e, como consequência, são criadas rotinas para lidar com a morte, como por exemplo, o desempenho do serviço de modo robotizado, independentemente do paciente ser terminal ou não, e oferta de cuidado apenas como uma função meramente técnica (SHIMIZU, 2007).

Outra tática dos profissionais médicos, com o objetivo de se resguardarem da dor, sofrimento e impotência ocasionados pela doença e morte dos pacientes sob seus cuidados, constitui na estratégia do distanciamento, a qual navega em torno da necessidade de instituir certo distanciamento no cotidiano de trabalho para que o profissional não se sinta incapacitado, psicologicamente, em desempenhar suas atividades, devido ao envolvimento emocional com os pacientes (SOUZA; LISBOA; CRUZ, 2007).

Tento encarar o processo da forma mais ética e profissional possível. Cuidando do doente da maneira mais correta e seguindo protocolos para que ele seja um potencial doador, apesar da complexidade do processo (AGNODICE).

Nesta fala vemos que a colaboradora tenta não se envolver emocionalmente com a situação do paciente e trata o assunto de forma técnica, relacionando a morte do paciente com a doação dos órgãos, seguindo as regras necessárias para tal procedimento. Porém, sabemos que o envolvimento é inevitável, apesar da recusa dos médicos para que não haja desgaste na sua saúde mental, como vemos nesta fala:

No começo a minha relação não era só de empatia com o doente, era uma relação de envolvimento. Então, colocava o sentimento no meio, sendo que atrapalhava muito, porque eu passava três, quatro, cinco dias arrasado, porque o doente tinha morrido. Só que se não tivermos cuidado isso vai te contaminando e penetrando na sua alma de forma que você fica desiludido (HIPÓCRATES).

Outro fator importante neste processo, citado anteriormente, são as questões éticas. No Brasil, o órgão que aponta os deveres do médico é, por lei federal, o Conselho Federal de Medicina (CFM). Este conselho elaborou o novo Código de Ética Médica (Resolução CFM 1805/2006), aprovado em 24 setembro de 2009, e retificado em outubro do mesmo ano (Resolução CFM 1931/2009). O código destaca, no artigo sexto, que “o médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral”. O novo código salienta, em seu artigo 41, que é vedado ao profissional “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”. E em casos de pacientes incuráveis e/ou terminais, “deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou

terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou de seu representante legal” (CFM, 2009).

Em um estudo realizado por Moritz et al. (2010) o principal profissional citado como responsável pelas decisões terapêuticas com o paciente foi o médico. Pois ele é formado do ponto de vista ético e técnico para proporcionar o melhor cuidado possível ao seu paciente e dar informações aos seus familiares.

aprendi a lidar com estas situações, tentando ajudar a dor do outro, pois percebi que naquele momento estou ali mais para dar apoio (MERIT PTAH).

não é fácil fazer com que um leigo compreenda que o coração está batendo e que o doente está morto devido a ausência de fluxo sanguíneo no cérebro. Pois é sabido pela maioria das pessoas que o conceito de morte se dá pela ausência dos batimentos cardíacos (AGNODICE).

Então é complicado porque você vê que as pessoas não acreditam, principalmente quando dizemos que o seu parente está em morte cerebral. A partir daí eu explico que o cérebro é quem cuida de tudo, que é responsável pela temperatura, pela pressão (HIPÓCRATES).

Enfim, identificamos nas respostas apresentadas pelos entrevistados quanto a percepção da terminalidade da vida de jovens com TCE, posturas diferenciadas, quando alguns mostraram lidar com naturalidade com este processo, fazendo parte da evolução natural da vida, enquanto outros veem a morte ainda como um processo difícil de lidar, principalmente por não se sentirem preparados e na maioria das vezes se colocarem no lugar daquelas famílias e, assim, precisam buscar subsídios em outras áreas, que não seja a médica, para que possam de alguma forma realizar um atendimento humanizado, com respeito ao próximo, principalmente quando se trata da comunicação com os familiares.

4.2 A Comunicação e o Cuidado Humanizado: o médico diante da família

A situação de morte iminente de pacientes adultos jovens nas UTI's, se torna a cada dia uma constante, por este motivo a equipe de saúde daquele setor deve estar preparada para estes momentos difíceis. O médico em especial por ser o responsável direto em diagnosticar a morte cerebral, é aquele também que comunica primeiramente a família sobre a condição clínica do seu parente. Portanto, acredita-se que este profissional deve estar preparado para esta função, ou seja, apresentar capacidade técnica e científica, porém com uma visão humanizada e agindo com ética nas suas condutas.

A adequada comunicação entre o médico, o paciente, seus familiares e a equipe multiprofissional da UTI é um dos principais fatores que interferem na satisfação, tanto dos pacientes quanto daqueles que trabalham nesse setor. Para a adequada informação o médico intensivista deve ter a consciência dos seus limites terapêuticos curativos e deve aprender a tratar do paciente e de sua família durante o processo do morrer, dessa forma sentir-se-á seguro para falar sobre a morte. Seria ideal que o profissional responsável por fornecer a notícias fosse experiente, tanto do ponto de vista técnico, quanto ético e que fosse, sempre que possível, o mesmo emissor (MORITZ, 2007)

De acordo com Vila e Rossi (2002) a humanização é a capacidade de tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual, envolvendo para tanto a família, a equipe e o ambiente.

O que você tem que fazer no momento de comunicar a morte iminente é tentar se colocar na posição de um pai. É tentar, ao máximo, se colocar no lugar daquela família, para que você possa transmitir todas as informações necessárias em um processo que está sendo evolutivo e de forma irreversível. Então você se coloca no lugar, mostra sensibilidade à situação, conforta de alguma forma, procura saber a opinião religiosa da família... Eu sempre procuro saber a crença do outro (LUCAS).

Procuro assim, abordar a família dependendo do que eu conheço um pouco dela. O grau de instrução, o momento de sofrimento, o impacto que aquilo está causando para família e também a sua religiosidade... (PATCH ADAMS).

Como podemos ver nas colocação acima, percebe-se uma ação humanizada de alteridade, na tentativa de colocar-se no lugar do outro, dentro desse processo de informação, bem como a necessidade de ver o paciente e sua família como um todo, ou seja, considerar sua cultura e religião como fatores importantes neste momento.

Os familiares merecem um cuidado especial, desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre eles, que veem seu mundo desabar após a descoberta de que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros. Isso faz com que, em muitas circunstâncias, suas necessidades psicológicas excedam as do paciente e, dependendo da intensidade das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar torna-se um dos aspectos de mais difícil manejo (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

Diante disso, Deslandes (2004) acrescenta que a humanização deve valorizar a qualidade do cuidado sob o ponto de vista técnico somada ao reconhecimento dos direitos do paciente e de sua família, de sua subjetividade, referências culturais e religiosas, além do diálogo intra e interequipes.

...primeiro falo tecnicamente sobre a gravidade do quadro clínico e da sua irreversibilidade. Geralmente as famílias não aceitam de imediato, pois a esperança é a última que morre. Espera por um milagre... Porém, em uma outra oportunidade de falar com os familiares, vou preparando e digo que o morrer faz parte da existência. Quando se nasce, nós começamos a morrer também e, que, apesar do choque, nós não temos domínio sobre a vida, porque ela pertence realmente a Deus (DAMIÃO).

Segundo Deslandes (2004) este pensamento não é uma unanimidade, pois não é visto no atendimento de alguns médicos, quando destaca-se cenários de banalização do sofrimento, pois banalizar é justamente a ação de um sujeito, grupo ou instituição em considerar algo comum, ordinário e corriqueiro. Não havendo então perspectivas de mudanças em um quadro pré-estabelecido É um exercício de designar que envolve um capital de poder nesta atribuição, não raro revelando relações de hierarquia e domínio. Assim, podemos destacar o seguinte discurso:

... exponho alguns detalhes do ponto de vista clínico. Para que a partir daí eles [a família] passem a assimilar que o doente é muito grave e que não terá a possibilidade de sair do quadro mesmo com toda estratégia terapêutica instituída (AGNODICE).

A partir deste tipo de conduta, é importante ressaltar que a humanização é o ato ou efeito de se tornar humano, onde tal ato se concretiza através da vivência de toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, de acordo com as circunstâncias em que ele se encontra durante a internação. Desta forma a capacidade de falar e ouvir estabelece o nível de humanização a ser atingido para com os semelhantes, visto que, todas as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo (GUANAES; SOUZA, 2004).

Segundo os autores Vila e Rossi (2002), o atendimento humanizado está voltado para o cuidado integral onde se faz necessário personalizar o atendimento, tornando-o o mais individual possível com base nos princípios da ética, do respeito e do amor. No que tange a participação familiar, Burlá (2002) e Sorcinelli et al, (2003) defendem a importância de se incluir os familiares e pessoas queridas do paciente como participantes ativos no processo de comunicação e tomada de decisão.

Eu acho que a família tem que ser preparada. Deve estar sempre informada sobre o quadro clínico durante todo o período da internação. Pois, uma vez ela sendo totalmente esclarecida, principalmente sobre a situação de morte iminente, ficará mais fácil assimilar a mensagem quando for dita de forma concreta (MERIT PTAH).

Felício, Pereira e Gomes (2006) complementam afirmando que o cuidado humanizado não têm a intenção de substituir ou rejeitar a medicina curativa, mas somar-se a esta dando maior amplitude da dimensão do tratamento, focalizando de modo especial o paciente e sua família, em detrimento da doença.

Na possibilidade de ocorrência do óbito, é muito importante que haja uma conversa entre a equipe médica e a família para esclarecimentos sobre o caso. Essa comunicação deve ser clara, em local adequado e passando serenidade para a família que está vivendo um momento tão difícil. Os casos que apresentam maior dificuldade como de pacientes jovens ou de quadros agudos exigem um melhor relacionamento do profissional com a família e que essa esteja mais a par dos acontecimentos. Apesar de sabermos que a gama de palavras disponíveis para uso nessas ocasiões é pequena, tratando-se de um desafio que passa a ser difícil para todo profissional de saúde que lida com a morte, principalmente os médicos, é preciso nesse momento deixar de lado a comunicação técnica e fazer uso da humanização. Portanto, faz-se necessário uma formação profissional voltada para o cuidado como valor (STARZEWSKI JUNIOR; ROLIM; MORRONE, 2005).

Confirmando a fala dos autores acima, um estudo realizado por Machado, Pessini e Hossne (2007) constatou que os médicos mantiveram um equilíbrio na sua formação sobre a temática humanização em detrimento aos assuntos mais técnicos científicos, já os enfermeiros são os profissionais que mais recebem formação sobre a forma de abordagem para com o paciente e a família.

Sorcinelli et al. (2003) afirmam que é prerrogativa na prática de cuidados a pacientes terminais, a comunicação aberta e franca com os familiares. Isto foi identificado em boa parte de nossos colaboradores, demonstrando neste aspecto a maturidade em perceber que a participação familiar é fundamental em todo o processo de internação do seu parente, como apresentaremos a seguir:

... vejo que se o médico tem a segurança do que ele está diagnosticando, e que a partir do momento que ele percebe que a situação vai se tornar irreversível, ele poderá, de certa forma, conversar com a família e já prepará-la, principalmente se é uma família que você observa que não tem muito conhecimento, para que ela vá se conscientizando de um fato de que vai ocorrer dentro de horas ou dias (ESCULÁPIO).

...tento ter uma relação médico/paciente/família muito aberta, sempre jogando limpo. Não se pode ficar às vezes iludindo, querendo amenizar uma situação que não existe, então temos que ser objetivo, realista... Claro que você tem que entender o lado da família, como a dificuldade de enfrentar o luto! Não ser ríspido em nenhum momento, pois existem muitas maneiras de falar a verdade do que está acontecendo, sem precisar ser frio (COSME).

Diante dessa prática de preparar a família antecipadamente para a informação da possibilidade da morte de um ente querido, destacamos duas falas. Na primeira, observamos que o médico transfere para si a responsabilidade de concluir que não se tem mais nada a fazer clinicamente e a partir daí prepara a família para o fato da morte iminente de seu parente. Na segunda, o colaborador prepara a família antecipadamente, porém, coloca diante deles toda sua limitação médica, incluindo nesta perspectiva a sua visão espiritual.

Preciso está preparado e convencido de que não se tem mais nada a ser feito clinicamente com aquele paciente, e a partir dessa certeza, informo para os familiares que não tive outro caminho que pudesse salvar aquela vida. (JIVAKA)

No momento da informação da morte iminente eu costumo falar para a família que sou apenas médico, minha função é apenas de médico. Uso o máximo de ferramentas possíveis ao meu alcance, com um suporte de todos os profissionais, essencialmente decisivos na conclusão de um bom tratamento. Mas eu costumo informar à família que quem dá o ponto inicial, o intermediário e o final é Deus (AVICENA).

Diante da informação fornecida, pode-se observar as diferentes reações emocionais dos familiares tais como raiva, culpa, acusação, luto e negação, as quais devem ser levadas em conta para a comunicação deste fato, devendo essa ser planejada além dos aspectos clínicos. Nesse contexto, o aperfeiçoamento do diálogo estruturado deve fazer parte do arsenal terapêutico das equipes.

De acordo com Lacerda e Oliniski (2004), a família é um grupo de pessoas que vivem juntas ou em contato íntimo, cuidam umas das outras e proporcionam cuidado, apoio, criação e orientação para seus membros dependentes, uns aos outros. Dessa forma, torna-se difícil assistir ao indivíduo (doente ou sadio) de forma completa quando não se considera pelo menos o seu contexto mais próximo, que é a família à qual ele pertence. Assim, a participação da equipe neste processo de comunicação e cuidado é essencial, tornando-se um elemento base para o atendimento humanizado.

Para Guanaes e Souza (2004), pequenas atitudes por parte da equipe multidisciplinar na UTI podem indicar o processo de humanização. Corroborando com a afirmação desses autores, sobre a necessidade da equipe para o desenvolvimento de ações concretas, Bersusa e Riccio (2003, p 76) ressaltam que “o homem não consegue trabalhar só”, revelando que a equipe é um requisito vital para a obtenção de resultados e que o trabalho em equipe é um instrumento básico para que os profissionais de saúde resgatem a sua especificidade enquanto profissão e assim, cada profissional possa exercer sua função específica de forma harmoniosa com o restante da equipe.

Shimizu e Ciampone (2004, p. 3) afirmam que

o trabalho em equipe constitui prática onde a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício do cotidiano e onde os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da mediação simbólica da linguagem. Assim, devem ser consideradas duas dimensões como inerentes ao trabalho em equipe: a articulação das ações e a interação dos profissionais. A centralidade do trabalho em equipe está na obtenção de resultados que expressem a finalidade do trabalho, ou seja, a atenção integral às necessidades de saúde do paciente.

Com base na afirmação dos autores acima, para que o trabalho em equipe seja eficiente é necessário a comunicação e a interação entre os profissionais. Fato este preocupante em nossa pesquisa, pois observamos a ênfase desta relação em apenas duas entrevistas, o que nos faz acreditar que a percepção do trabalho em equipe é pouco valorizada pelos profissionais médicos, possivelmente pela hierarquia profissional representada pelo seu diploma que lhe confere status e poder sobre os demais profissionais, sendo assim este um fator determinante nas ações dos mesmos sem que haja uma comunicação mais humana e enriquecedora entre os profissionais de saúde.

enxergo a necessidade de um aporte multiprofissional, não só do médico, mesmo sendo ele quem vai informar a família. Mas eu defendo a necessidade de um trabalho em equipe para que se consiga dar o devido suporte, não apenas ao paciente, mas também a família... (AVICENA)

Alguns tem a ilusão de que são poderosos. O que não é verdade. Médico é mais um dentro do sistema, como é o técnico de enfermagem, o fisioterapeuta, o nutricionista. Se um desses não trabalhar bem, o doente morre do mesmo jeito. Então, é ilusão achar que você é o cabeça, é a ponta do negócio. Você não é nada! Você é simplesmente uma criatura que está procurando evoluir nesse universo (HIPÓCRATES)

Peduzzi (2001), considera que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. O trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho, tal como encontradas na atualidade, nas quais se mantêm relações hierárquicas entre médicos e não-médicos e diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência. A necessidade de se formar uma equipe coesa, harmoniosa e entrosada, facilitaria o trabalho na UTI, podendo levar a estruturação de grupos para reuniões científicas, discussão de casos

clínicos, estruturação de condutas discutidas em equipe, facilitando, assim, o processo comunicacional e o aperfeiçoamento do atendimento.

Portanto, o trabalho em equipe é de fundamental importância para a humanização das ações na UTI e os sujeitos da pesquisa precisam cada vez mais atentar para essa realidade e buscar valorizar mais as ações individuais da sua equipe para que o total seja um resultado efetivo e concreto para todos que vivenciam a realidade de uma UTI, seja ele paciente, familiar ou profissional de saúde.

Segundo Knibel e Celli (2004) a pedra fundamental do processo de humanização é a comunicação efetiva entre pacientes, familiares e equipe com o objetivo de solucionar os problemas existentes, além de, conseguir por meio da comunicação construir uma UTI mais humana, harmoniosa e eficiente.

A humanização do profissional de saúde estaria vinculada ao fato dele gostar do que faz, amar a sua profissão, ou seja, a importância da escolha de se trabalhar em uma UTI como sendo, um ato livre e de desejo próprio. Porém, muitas vezes o idealizado e o esperado pelos profissionais de saúde que escolhem trabalhar numa UTI não é a realidade vivenciada por eles. Segundo Mendes, Lustosa e Andrade (2009) muitos dos profissionais de saúde escolhem trabalhar numa UTI por causa da valorização social do cuidado humano realizado para com o próximo que eles recebem da sociedade através de sentimentos como carinho e gratidão, mas do ponto de vista psicológico as atividades realizadas por esses profissionais podem gerar neles sentimentos opostos, tanto de gratidão como de estresse, justificando, muitas vezes, a razão pela qual um profissional de saúde comprometido com sua profissão acaba agindo de forma incoerente e desumana.

Diante de todas essas prerrogativas, foi investigado nesta pesquisa o que pode melhorar neste processo de comunicação entre médicos e familiares na situação de morte iminente de uma paciente jovem com diagnóstico de morte encefálica. Assim foi analisado que ações simples e humanísticas são consideradas fatores essenciais neste momento.

A primeira delas se dá pela falta de informação ao familiar sobre o estado geral do paciente interno na UTI, o que passa a ser um fator estressante para família, recaindo mais uma vez na importância da comunicação e do diálogo para a humanização que segundo Knibel e Celli (2004) envolvem o paciente, a família e a equipe onde a falta de comunicação entre eles pode causar confusão nos familiares e, conseqüentemente, o estresse dos mesmos.

...fundamental também é a informação, pois a partir do momento que você recebe um paciente e que você está percebendo por todas as coordenações e por dados que você tem que a evolução não está sendo favorável, apesar das medidas tomadas,

você tem que manter continuamente a família informada, passo a passo da evolução (LUCAS).

... o mais importante é que haja um canal claro de informação da situação clínica do paciente. A família precisa perceber que seu doente está sendo bem cuidado. Nesse momento toda informação é necessária. Na rede SUS e na rede privada ainda existe muita falha de comunicação. A partir do momento que você informa e o familiar sente que seu doente está sendo bem cuidado, que está sendo tratado como deveria, eles começam a aceitar melhor. (MERIT PTAH)

Esta percepção se confirma em um estudo realizado por Santos e Bassit (2011), quando foram entrevistados 60 familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva geral adulto do Hospital do Servidor Público Estadual em São Paulo, 85,0% dos entrevistados responderam que gostariam que a equipe médica discutisse claramente o quadro clínico do paciente, para que se pudesse participar ativamente da qualidade de vida do seu parente. Quanto à satisfação dos familiares em relação às informações médicas: 93,3% consideraram ter adequada frequência na comunicação do estado clínico; 81,7% conseguiram tirar as dúvidas sobre o estado clínico do paciente; em 83,3% a comunicação foi compreendida e 80,0% consideraram terem recebido as informações com clareza e honestidade.

Na comunicação de más notícias, a informação tem uma conotação especial, pois conduz as famílias dos pacientes a um estado de crise emocional e, para os profissionais de saúde, essa situação gera tensão. Muitos desses profissionais manifestam dificuldades para estabelecer contato com familiares de pessoas falecidas. Isso decorre, principalmente, da falta de treinamento para esse tipo de comunicação (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012).

É de fundamental importância que o médico mantenha contato com a família para fornecer informações sobre a doença e o estado geral do seu ente querido, buscando esclarecer sobre os equipamentos que vão estar ao redor do seu familiar para que o ambiente desconhecido que eles irão vivenciar na UTI não seja assustador e não aumente o nível de estresse deles. Além disso, esta relação é um aspecto chave para melhora da qualidade dos serviços de saúde, que se desdobra em diversos componentes como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação.

Lourenço e Neves (2008), realizaram uma pesquisa com vinte familiares que estavam com parentes internados na UTI do Hospital do Câncer, na cidade do Rio de Janeiro e, questionaram se o visitante se sentia confortável no atendimento dos profissionais, bem como o que eles pontuavam como facilitadores neste processo. A partir daí foi analisado que um dos

pontos mais importantes no atendimento era o direito a informação, proporcionado pelos profissionais por meio da comunicação e acompanhamento da situação de seu parente.

Diante desta pesquisa, foi criada uma proposta de implementação de um ambiente de cuidado e conforto ao visitante em UTI, fundamentada no referencial teórico de Florence Nightingale e Jean Watson. Sendo um dos tópicos abordados na proposta o direito de obter informações sobre o seu familiar ou pessoa significativa internada em UTI. Quando é dito que os profissionais da UTI devem estar preparados para fornecer as informações aos visitantes, de modo que compreendam, de maneira clara e objetiva, o que foi dito sobre o seu familiar. Para que isto ocorra, é preciso que os profissionais estejam informados sobre a situação do familiar internado ou encaminhem os visitantes para quem possa melhor informar ou responder às dúvidas e questionamentos feitos por eles. A forma como será facilitado o acesso à informação deverá ser amplamente discutida com os profissionais de saúde da UTI.

Portanto, assim como a família, a equipe multidisciplinar que trabalha na UTI também é vulnerável ao estresse devido a sua rotina diária de trabalho. o sofrimento psíquico da equipe hospitalar pode ser identificado pelas jornadas prolongadas e pelo ritmo acelerado de trabalho, a quase inexistência de pausas para descanso ao longo do dia, a intensa responsabilidade por cada tarefa a ser executada com a pressão de ter “uma vida nas mão”. Isto fica evidenciado na seguinte colocação:

... apoio psicológico ao médico intensivista, pois é ele que vai abordar os familiares. Esse acompanhamento deve existir para a melhoria da saúde mental do médico. A sobrecarga de plantões vai tornando você cada vez mais ríspido e insensível com os casos. (AGNODICE)

Nogacz e Souza (2004) corroboram com a afirmação descrevendo que os profissionais de saúde que trabalham em UTI são constantemente confrontados com questões relativas à morte, podendo ser um dos fatores principais da causa de estresse experimentada pela equipe. Os mesmos autores consideram o estresse como um dos fatores mais importantes para a diminuição no ritmo de trabalho da UTI, causando sofrimento nas equipes que atuam nessas unidades.

Fica claro que o trabalho em equipe neste processo é fundamental para o bem estar desses profissionais, bem como da família dos paciente, mas para isso é preciso que aconteça primeiro uma boa relação entre os diversos profissionais, para que assim possa se estender para os familiares. Foi o que podemos perceber na fala do seguinte colaborador;

o bom contato representado pela melhor função que o corpo de funcionários chega à família desde o seu início, por meio de um bom diagnóstico e uma adequada terapêutica. Então, quando você tem uma boa preparação, desde a psicóloga que traz o apoio à família, o serviço social que deu um bom suporte e a todos de branco que se encontram ali dentro daquela UTI, já se tem um bom prenúncio de uma boa relação. Eu acho que o grande segredo está na relação, e esta é feita por meio de humanos e não apenas de formalidades... (AVICENA)

Para que haja uma humanização do trabalho dentro da equipe multidisciplinar é necessário primar pela qualidade da comunicação entre os profissionais, preservar a dignidade do funcionário como pessoa e profissional independente da sua categoria profissional, valorizar o relacionamento interpessoal paralelamente ao conhecimento técnico-científico, destacar as características pessoais de cada profissional e motivar o profissional através do reconhecimento e do respeito (BRASIL, 2000).

Silva (2003) acrescenta que o fator estresse na equipe pode ser amenizado quando se cria um espírito de coleguismo entre os profissionais e quando os mesmos reconhecem que a equipe é um “time” responsável pelas ações diárias que envolvem o cuidar na UTI tendo como base sempre a ética e o respeito.

Em relação à necessidade do componente humano e menos técnico na UTI, a visão de Nascimento e Méier (2001) esclarece essa necessidade quando destaca que deve haver uma integração do saber (conhecimento científico) e do fazer (técnicas), com o objetivo de desenvolver um processo reflexivo, proporcionando um cuidado singular e tecnológico através da interação profissional-pessoa, profissional-profissional e profissional-família.

Assim, identificamos nas entrevistas a necessidade de capacitação do profissional de saúde, em particular nesta pesquisa o médico, pois é ele quem informa da condição clínica do paciente, quando em algumas situações precisa falar sobre a possibilidade de morte. São estes profissionais que devem prestar o cuidado humanizado, com solidariedade a família que passará por um momento tão difícil e que muitas vezes ver neles a possibilidade de seu parente ainda sobreviver, ou de pelo menos ter uma morte digna.

...em minha opinião o que pode ser feito para melhorar essa comunicação com a família é capacitar os médicos, já que de dez médicos nove não estão preparados para dá esta notícia. Os médicos não têm preparo emocional ou preparo psicológico para nada. O médico não tem esse preparo enquanto estudante, ao termino do curso, nem mesmo quando entra na UTI... (HIPÓCRATES).

Fala-se muito em atendimento humanizado, mas, parece só mais uma campanha como qualquer uma outra. A formação é o principal foco de ser, para que assim se possa lidar melhor com a situação de informar a família sobre a morte (PATCH ADAMS).

Para que haja uma verdadeira humanização na UTI os autores Vila e Rossi (2002) enfatizam que a humanização deve fazer parte da filosofia dos profissionais de saúde, pois o ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, mas não são mais significativos do que a essência humana, pois só ela poderá conduzir o pensamento e as ações da equipe tornando-os capazes de criticar e construir uma realidade menos agressiva e hostil para as pessoas que vivenciam a UTI.

Dentro desta perspectiva, podemos dizer que uma boa acolhida, pode fazer toda a diferença no processo de comunicação e cuidado. Ou seja, todos os profissionais de uma unidade hospitalar devem estar inseridos nesta formação. Desde o gestor do hospital, os recepcionistas, até chegar aos profissionais da UTI. Esta é uma preocupação de alguns dos nossos colaboradores, para que assim possa se falar em atendimento humanizado.

o grande diferencial mesmo é a abordagem inicial aos familiares, desde o momento que o paciente chega ao hospital. Se esta abordagem for feita de forma criteriosa, com bastante atenção, no final fica mais fácil a família aceitar. Mas, quando a família não é bem acolhida, começa a acontecer bloqueios e revoltas, passando a culpa para os profissionais e para o hospital... (COSME).

...deve-se investir no preparo profissional desde os recepcionistas até o ultimo profissional que presta atendimento na unidade hospitalar... E se eles não forem bem acolhidos no hospital, tudo será mais difícil. Assim, cabe ao serviço de saúde preparar seus profissionais para que eles falem a mesma língua (ESCULÁPIO).

Desta forma, a humanização do atendimento à saúde precisa caminhar em direção à profissionalização de suas iniciativas, à sistematização de suas ações e resultados e à capacitação dos profissionais e das instituições. Precisa da criação de espaços coletivos de discussão e proposição de novas modalidades de assistência, destinados a empreender uma política institucional progressiva e permanente de humanização que delegue à própria instituição os destinos de suas ações (BRASIL, 2000).

Entretanto, mesmo as políticas públicas evidenciando a necessidade de ações nas unidades hospitalares em especial, o que podemos identificar em algumas falas é exatamente o contrário, devido a falta de acompanhamento institucional, por meio de educação continuada e cursos de formação.

Infelizmente o que percebo é que não temos muito preparo para isso. Então é complicado porque você vê que as pessoas não acreditam, principalmente quando dizemos que o seu parente está em morte cerebral (HIPÓCRATES).

...me deparo com uma situação muito delicada no momento de comunicar a família sobre a possibilidade de morte iminente de seu parente, mesmo porque, na formação médica não se tem uma preparação específica para tal... (PATCH ADAMS).

Por fim, outro ponto importante mencionado pelos sujeitos da pesquisa para a melhora da comunicação entre médico e família foi a espiritualidade e a religiosidade, pois se trata de elementos fundamentais dentro da complexidade humana, quando sabemos que o indivíduo se complementa não apenas nos aspectos físico e mental, mas também no espiritual. Portanto, abriremos uma maior discussão sobre este aspecto no próximo tópico. Partindo das colocações desses dois colaboradores a seguir:

Assim, cabe ao serviço de saúde preparar seus profissionais para que eles falem a mesma língua. E, por meio da humanização e da espiritualidade de cada profissional, buscar subsídios no momento de comunicar a perda de um familiar (ESCULÁPIO).

...tudo depende da religiosidade. Deveria existir uma autoridade religiosa nos hospitais! Um departamento que tivesse pastores, padres, espíritas... E, a partir daí, procurar saber qual a religião da família, para que essas autoridades preparassem espiritualmente as famílias para receber a notícia da morte. Acho que melhoraria muito a aceitação. (DAMIÃO)

Porém, todos esses pontos apresentados podem ser concretizados pela dedicação e empenho daqueles que querem fazer a diferença. O hospital precisa ter um grupo de trabalho humanizado, pois é uma das três recomendações básicas do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) para o estabelecimento da nova cultura de humanização para os serviços de saúde. Assim, a formação deste grupo pode ser considerada como a célula para o desenvolvimento e concretização das ações que os sujeitos da pesquisa propuseram para alcançar uma comunicação humanizada na UTI.

4.3 A influência da religiosidade e da espiritualidade na comunicação

A política de humanização leva em consideração o ser humano no seu aspecto físico, mental e espiritual. Este último, torna-se um assunto cada vez mais discutido nos ambientes hospitalares, por estar inserido na vida da maioria dos indivíduos e, não diferentemente dos profissionais de saúde. Em especial neste estudo, analisamos a influência da espiritualidade e da religiosidade dos médicos intensivistas na comunicação aos familiares sobre a morte iminente de seu parente adulto jovem acometido por um traumatismo crânio encefálico.

A comunicação da morte encefálica para os familiares é tarefa difícil para os médicos, principalmente porque depois desta notícia será solicitado aos familiares a doação de órgãos e tecidos para transplante. Tal situação pode evidenciar dilemas éticos permeados por aspectos

religiosos, espirituais, culturais, econômicos e/ou sociais. Exigindo do profissional de saúde uma visão holística, pois só assim ele terá resultados satisfatórios em sua conduta (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012).

Quando se fala sobre espiritualidade, o fato de ser espiritual é o primeiro sentido de cunho ontológico, que se refere a uma determinada característica do ser humano. A espiritualidade conduz o indivíduo para, a partir dos seus conhecimentos, realizar suas escolhas vitais, pois toda atividade humana consciente trás consigo uma espiritualidade que impulsiona suas atividades reflexivas e propositivas (ANJOS, 2007).

...o enfrentamento da morte e do morrer para mim, na relação com o potencial doador e sua família, não tem como objetivo chegar a um momento de ter frieza, de tratar o fato com naturalidade. Vejo mais como uma busca do crescimento humano, relacionada à própria vida, à atitude humana, à relação da vida com o próprio tempo, à relação das pessoas com o mundo e com a própria natureza (JIVAKA).

A partir daí, quando se aborda espiritualidade, ainda que não seja sinônimo de religiosidade, supõe-se a presença de um conjunto seletivo de anseios e alentos que almejam, além da responsabilidade, a proteção e o cuidado diante da vida e da morte. Portanto, em nossa pesquisa este fator foi citado pelos médicos como elemento fundamental no processo terapêutico. Além disso, também identificamos a religiosidade dos médicos como outro elemento bastante utilizado e decisivo no processo de morte e morrer do paciente, pois, as religiões (Espírita, Católica, Protestante e Budismo), citadas como práticas dos colaboradores entrevistados, apresentam dentro de suas realidades as diversas percepções sobre esta temática.

a minha religiosidade influencia diretamente neste momento de comunicação da morte, pois foi principalmente por este motivo que passei a me aprofundar no estudo das religiões. Consegui aprender muitas coisas, inclusive que esta informação deve ser dada em equipe, principalmente devido a captação de órgãos, dos transplantes, pois aí se torna mais difícil ainda a aceitação dos familiares (DAMIÃO).

Tento fazer com que a espiritualidade não influencie na minha conduta, mas óbvio que vai influenciar um pouco nos meus pensamentos e nos meus conceitos. (AGNODICE)

A espiritualidade e a religiosidade, rotineiramente, estão presentes nos hospitais, bem como na UTI, como referem Pessini e Bertachini (2011), nos quais, além do silêncio e inquietude presentes nos momentos de despedida da vida, as orações e meditações encontram-se nos oratórios e capelas existentes nos ambientes hospitalares. Porém, é entre a própria família, nas salas de espera, que se vê a maior mobilização espiritual no momento que se

comunica a gravidade de um paciente. Assim, pode o médico está sensível a esta situação de dor, desespero e negação da morte de um ente querido. Esta prática, ficou visível em nossos entrevistados, como mostraremos a seguir:

[...]Então, sempre que vejo um paciente em estado grave, não só em morte encefálica, mas em situação de morte iminente, sempre pergunto a família: Qual a sua religião? Porque sempre a família quer fazer alguma coisa para amenizar o sofrimento do parente. E, muita vezes, você não diz que aquele poderá ser o último momento. Então eu sempre pergunto: Você quer trazer alguém? E a maioria sempre quer trazer alguém para fazer uma oração (MERIT PTAH).

O médico sob a concepção de diversidade deve ouvir e tentar entender o ponto de vista dos familiares. Ouvir respeitosamente não exige que o médico concorde ou modifique seus próprios pontos de vista. Familiares que percebem que o médico os entende e se preocupa com eles podem estar mais dispostos a considerar as opiniões do médico sobre o prognóstico e tratamento. Ao responder às preocupações espirituais e religiosas dos familiares, além de suas necessidades, os médicos podem ajudá-los a encontrar conforto do fim da vida. Esta prática é comum no oriente, quando se tem uma visão antropocêntrica sobre a saúde, a vida e a morte, pois jamais são consideradas como fenômenos naturais, mas sim humanos e culturais e tendo no próprio ser humano e na sua cultura a explicação primeira e fundamental. (BERNARD et al., 2002, MUNANGA, 2007).

O fator espiritualidade e religiosidade, como elementos relacionados, auxilia, incomensuravelmente, na compreensão sobre a finitude humana, embora seja fundamental que estes fatores não possam ser reduzidos às panacéias terapêuticas. Apesar disso, existe uma literatura emergente que demonstra um impacto salutar na crença de práticas religiosas para o bem estar do paciente e sua família. Além disso, se a espiritualidade é vista como a busca de sentido transcendente, então todos os seres humanos, secular ou religiosos, devem lidar com questões espirituais. A gravidade da doença de um paciente, pode portanto, ser encarada pelos médicos como termo biológico, mas contudo passa também a ser um desafio espiritual e religioso, sendo assim uma necessidade humana a busca através das religiões por respostas sobre a morte e o morrer (ASTROW; PUCHALSKI; SULMASY, 2001).

Quando olhada pelo aspecto religioso, a morte passa a ter vários significados e explicações. Os católicos creem na vida após a morte, pois, posteriormente a este evento, serão conduzidos, após o Juízo Final, para o céu ou o inferno, ou ao meio-termo: o purgatório. Os espíritas aguardam a passagem para a outra vida, outra chance de, a partir do que se viveu na existência terrena, encarnarem-se, com maior elevação espiritual, em outro corpo até

alcançar um nível espiritual em que a encarnação, no campo físico, não seja mais necessária. O Budismo prega o renascimento ou reencarnação. Após a morte, o espírito volta em outros corpos, subindo ou descendo na escala dos seres vivos (homens ou animais), de acordo com a sua própria conduta. O ciclo de mortes e renascimentos permanece até que o espírito liberte-se do carma (ações que deixam marcas e que estabelece uma lei de causas e efeitos). Como no catolicismo, os protestantes acreditam no julgamento, na condenação (céu ou inferno) e na eternidade da alma. A diferença é que o morto faz uma grande viagem e a ressurreição só acontecerá com o retorno de Jesus à Terra, na chamada 'Ressurreição dos Justos'. (GAARDER; HELLERN; NOTAKER, 2005).

Se por um lado, a crença espírita preconiza uma possibilidade infinita de reencarnações, quando os homens podem aprimorar-se espiritualmente e moralmente, os cristãos têm apenas uma única vida no sentido de alcançar esse progresso, ou como seria mais apropriado dizer a partir de suas religiosidade, conseguir a sua salvação no mundo vindouro (NASCIMENTO; ROAZZI, 2007).

Assim, identificamos em nossos colaboradores a influência direta de suas religiões no processo de comunicação e cuidado, principalmente quando se fala na relação com os familiares. A presença do espiritismo foi a mais evidente entre os colaboradores. Cinco deles (Lucas, Esculápio, Cosme, Patch Adams, Merit Ptah) professam essa doutrina. A seguir mostraremos a posição de três entrevistados, quando enfatizam a diferença e a importância do espiritismo no processo de morte e morrer, principalmente quando a família do paciente é pertencente a esta mesma doutrina. Segundo esses médicos,

...a doutrina espírita favorece muito ao médico na hora de conviver com a morte. Como espírita você entende que o momento é aquele. Espiritualmente você consegue visualizar a dissociação matéria e espírito... você entende e até conforta muitas vezes o próprio espírito daquele jovem que não estava preparado para aquele momento, de modo que ele possa melhor entender a dinâmica dessa passagem (LUCAS).

Na minha percepção de espírita fica mais fácil entender esta situação, pois a morte é apenas uma passagem. Estamos aqui por um tempo. Mas, claro que entendo o lado das famílias, porque poderia está acontecendo comigo. E como nunca aconteceu, não tenho a noção se eu seria tão calmo como costumo ser com os familiares. Quando eu lido com situações de pacientes que estão em morte encefálica e que a família tem uma base espírita, vejo que é muito mais fácil abordá-la no momento de informar sobre a morte. As famílias espíritas não são desesperadas! São bem mais centradas. Entendem e lamentam muito a perda, mas aceitam a situação. Já com famílias que professam outras religiões, fica muito difícil a abordagem, como por exemplo, os evangélicos (COSME).

Se percebo que é uma família que tem um grau de instrução bom, que vai receber a informação com menos impacto, dou todas as informações naquele momento. Portanto, é neste momento que busco recurso na minha espiritualidade, pois como

eu acredito na possibilidade de vida após a morte. Apesar de não me aprofundar sobre o assunto, enfatizo a ideia de que a pessoa cumpriu uma missão e foi chamada por algum motivo, que ainda não sabemos e não entendemos por um ser superior que chamamos de Deus (PATCH ADAMS).

Observa-se que os médicos que são espíritas encontram o conforto na certeza de que teremos outras vidas, pois a atual é mais uma missão, na qual existe um tempo para se cumprir, ou seja, poderão haver novos encontros entre eles neste mundo. E isto de certa forma tranquiliza os corações dos familiares e dos próprios médicos, crentes nessa modalidade religiosa.

Segundo a doutrina espírita, a morte seria uma espécie de ilusão, posto que o espírito evolui por meio de constantes reencarnações. Os espíritos são criados de uma forma simples e ignorante, e evoluem intelectualmente e moralmente em cada reencarnação até alcançar a perfeição. Nessa perspectiva, não há possibilidade de uma regressão e a rapidez da evolução do espírito dependerá exclusivamente do esforço pessoal (DINIZ; AQUINO, 2009)

A possibilidade de entrar em comunicação com os espíritos é uma bem doce consolação, visto que ela nos proporciona o meio de conversar com nossos parentes e nossos amigos que deixaram a terra antes de nós (KARDEK, 1994, p. 363).

Dessa forma, ao perderem um ente querido, apesar de sentirem tristeza eles creem que a vida continua. No instante da morte, todo homem retorna ao mundo dos espíritos, que é o verdadeiro lar. O corpo sofre mais durante a vida do que no momento da morte.

Já para os colaboradores católicos (Avicena, Jivaka e Agnodice) e o protestante (Damião) percebemos na comunicação com os familiares uma mistura de sentimentos como esperança, medos e receios pessoais. Entretanto, diante de um longo processo reflexivo, quando é possível, este assunto é mencionado para facilitar a relação e o entendimento da mensagem de conforto que se quer deixar. Enfatizando que a equipe de profissionais de saúde são apenas coadjuvantes neste momento, e que na verdade Deus é o centro de tudo.

Não devemos desistir de investir, pois existe sempre a esperança e eu chamo isso de Deus, sem dificuldade qualquer, e aí sim com o evoluir dos acontecimentos, as conquistas... Eu tento sempre passar à família que nós somos apenas os profissionais que usamos as ferramentas. Eu sempre falo: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, todo mundo está ali dentro daquele serviço para ajudar, mas quem dá o ponto final é Deus. (AVICENA)

...tenho a ideia de que existe o absoluto do ponto de vista material, que é a morte, nossa única certeza. E o absoluto do ponto de vista espiritual, que é Deus (JIVAKA).

a religiosidade e a espiritualidade influenciam bastante, inclusive para mim enquanto intensivista (AGNODICE).

Quando se nasce, nós começamos a morrer também e, que, apesar do choque, nós não temos domínio sobre a vida, porque ela pertence realmente a Deus (DAMIÃO).

Segundo Diniz e Aquino (2009), no cristianismo, para que o ser humano obtenha a salvação de sua alma após a morte, é necessário que ele se arrependa dos seus pecados e aceite os ensinamentos de Jesus Cristo que sacrificou a sua vida para redimir os pecados da humanidade. A doutrina do cristianismo baseia-se na crença de que todo o ser humano é eterno e que após a morte ressuscitará. O céu ou Paraíso é a recompensa para aqueles que amaram e obedeceram à vontade de Deus, enquanto que o inferno é reservado para aqueles que morreram em pecado mortal

O sentido cristão da morte é revelado à luz do mistério pascal da Morte e Ressurreição de Cristo, em que repousa nossa única esperança. A páscoa é comemorada em várias religiões e culturas, mas para os cristãos a páscoa é a esperança na vida eterna. Os símbolos usados por eles, significam, portanto, um novo desabrochar da vida, uma passagem da morte para a vida, através da ressurreição (FUINTEM, 2001).

Quanto ao médico praticante da religião budista (Hipócrates), podemos analisar em sua entrevista uma postura de uma profissional ético, humanizado, com uma visão integral do paciente, preparado para prestar cuidados integrais na comunicação com os familiares. Contudo, percebemos que ele se sente um entre muitos médicos de sua especialidade que tem pensamento e filosofia de vida diferente, dificultando assim a construção de um atendimento humanizado, partindo de um olhar crítico e reflexivo da humanidade.

...quem está na área de saúde tem que viver com amor, não precisa demonstrar para todo mundo. Mas, na relação com os pacientes você precisa sentir que está lidando com pessoas. A maioria dos médicos não tem esse sentimento, o mecanismo de defesa deles é o de negação. Nega todo o sofrimento e quando vai conversar com o familiar para dizer que o filho morreu, ou está para morrer, lida de uma forma despreparada, muitas vezes de maneira agressiva ou muito seca. Ouço de alguns familiares que o pessoal da área de saúde, principalmente os médicos informam de maneira cruel, porque não tem preparo emocional. A primeira conduta é negar e tratar o paciente como se fosse um carro e dissesse: "o motor pifou, acabou, não tem mais jeito". Se eu falar com um médico sobre Foucault e Aristóteles ele não sabe nem quem são. Acho isso terrível! Se você sentar com um colega médico e conversar sobre Platão, só vai saber dizer: "penso logo existo", mesmo ele não entendendo nada do que está falando. Somos uma geração que foi cortada o fio do pensamento, ou seja, nós não pensamos! E se você não pensa, fala as maiores aberrações (HIPÓCRATES).

Segundo Pessini e Bertachini (2011) o objetivo de todos os budistas é a iluminação, um estágio de espírito e perfeição moral que pode ser conseguido por qualquer ser humano

que viva de acordo com os ensinamentos de Buda. O budismo não acredita em um ser superior ou em um Deus criador. Portanto, o budismo não é uma religião de Deus, mas uma via não-teísta, o que não quer dizer o mesmo que ateuísta.

Para o budismo, a morte não é o fim completo da existência, mas apenas o encerramento de um capítulo e o módulo seguinte é aberto imediatamente em seguida. Esses dois sempre ocorrem logo na sequência – morte e renascimento. Na abordagem budista, a vida e a morte são vistas como um todo, onde a morte é o começo de um novo capítulo da vida. A morte é um espelho no qual o inteiro significado da vida é refletido. Assim, o budismo fala que, se não houver uma plena aceitação da morte não haverá também significado e ação eficazes em nenhuma vida humana. Aquele que tenta ignorar a morte pensando que esta não chegará para si e seus familiares e que suas posses durarão para sempre, acabam por privar-se de uma vida significativa que só acontece para os que aceitam a morte como parte integrante da vida (LONG, 1996).

A maioria das doutrinas religiosas concebe a morte como um momento fundamental da vida do ser humano, pois determina a passagem para o além. Por outro lado, para o ser humano menos religioso, a morte pode tolher as realizações pessoais bem como seus projetos de vida. Segundo Frankl (2003), a morte em vez de aniquilar o sentido da vida, estimularia as ações responsáveis do ser humano, tendo em vista que a consciência da finitude faz com que o ser humano aproveite as possibilidades de sentido da vida alertando a consciência de não deixar passar os momentos em vão, aproveitando ao máximo as suas escolhas.

Carvalho et. al (2006) concebem que as várias religiões oferecem diversos ângulos de perceber a morte. Dessa forma, a religiosidade tem cumprido um papel preponderante nas questões relativas às visões de morte, oferecendo aos indivíduos visões positivas da morte, tais como: vida do além, coragem e fim natural, proporcionando também uma menor percepção da morte como fracasso, o que conferiria um sentido para a morte.

Contudo, devemos considerar que apesar das expressivas diferenças religiosas, as religiões anteriormente elencadas compartilham uma crença de base no que concerne à sobrevivência da alma/mente após a destruição do corpo físico, embora difiram, substancialmente, na descrição dos destinos possíveis da alma após o trespasse, como também em relação à possibilidade de a alma/mente entrar de novo em um veículo biológico e ganhe nova existência terrestre, visão compartilhada apenas pelos espíritas, que são reencarnacionistas.

Pôde-se compreender também, durante as observações efetivadas, que o aspecto religioso é fundamental no processo de aceitação e na tentativa de minimizar o sofrimento

daqueles que encaram a gravidade do quadro de um paciente internado na UTI ou nos casos de terminalidade. E este aspecto é, muitas vezes, passado despercebido.

Em outras colocações, notou-se que alguns profissionais compadeciam não somente do sofrimento do enfermo, mas também dos familiares. Ao notar sentimentos de desespero ou tristeza, por exemplo, os profissionais buscam encorajamento por meio da religiosidade para auxiliar o familiar naquele momento angustiante, ao ver seu ente querido em estado grave ou morrendo. As palavras de conforto, advindas de médicos ou dos membros da equipe, sempre estão acompanhadas da lembrança de um Ser Superior (Deus) que olha por todos.

Como podemos ver, Deus (não se tratando, apenas, do Deus cristão) é considerado o centro de poder espiritual para o enfrentamento dos momentos de risco de morte, independentemente do tipo de religião seguida. Neste sentido, apesar de considerar a subjetividade do indivíduo, o ser humano encontra a resposta para muitas das suas indagações e dúvidas em um ente transcendental, que não está no mundo, mas está para o mundo, ou seja, uma espécie de força divinizadora que sustenta e dá a existência ao indivíduo. Este transcendente ocupa e preenche o vazio da humanidade (RAMOS, 2007).

Desse modo, tal concepção não poderia escapar ao assunto morte, pois é exatamente neste momento que o ser humano mais carece do auxílio de outrem, pois estará despedindo-se do conhecido, do manifesto, do experimentado, e dará adeus às pessoas queridas, ao seu mundo, passando a estar separado por um novo e incógnito espaço ou dimensão espiritual.

Encontrar um sentido para a existência terrena é tarefa árdua para o ser humano e este sentido passa, durante todo o trajeto da história, à procura de uma explicação admissível para o seu fim no mundo e a todos os acontecimentos que se agregam ao seu existir, isto é, o propósito de encontrar algo ou alguém que possa justificar o sentido de sua vida. Esta é a grande busca do Homem, alicerçada no significativo tripé existencial, que é a totalidade da existência humana: “quem sou eu? De onde vim? Para onde vou?” Estas três questões são de complexa resposta, mas, após conhecer o mundo no qual se viveu uma história inteira, o questionamento mais desconhecido e mais difícil na última fase da vida aqui na terra é: para onde vou? (RAMOS, 2007).

Espantava muito ver um paciente jovem, da minha idade, às vezes mais novo, falecer com traumatismo craniano, causado muitas vezes por acidente de moto e violência. Questionava bastante o fato. Então, procurei fazer pesquisas sobre esse tema, buscando realmente na espiritualidade uma resposta para o término precoce da vida (DAMIÃO).

Por sua vez, Pessini e Bertachini (2011) consideram que a dimensão espiritual, para os enfrentamentos da vida, surge em detrimento do significado, do sentido e da esperança. É-se carente, social e pessoalmente, de um sentido, e, com isso, busca-se uma razão, ainda que metafísica, para viver e para morrer. Busca-se um sentido para a existência terrena, uma missão a ser executada no transcorrer da vida, porém não se tem a certeza que essa missão finda com a morte.

Se este último evento da vida não é experimentado, pois somos consecutivamente impossibilitados de refletir e falar sobre a nossa morte, a experiência que deveria ser plena, quando chegado o seu momento, não existe, pois não é o término da vida, mas a “passagem” para outra vida que acontece. Pensando desta maneira, a morte, então, deixa de existir. Em consequência, apesar da crença do ser humano, muitas vezes inabalável, sobre a vida após a morte, não se sabe se a mesma realmente existe. Tudo permanece envolto a mistérios e indagações de cunho essencialmente religioso e espiritual.

Em nosso estudo vimos que, independente da religião praticada pelos nossos sujeitos, podemos encontrar nas suas falas uma ação humanizada por meio da sua religiosidade, ficando claro que este fator está cada vez mais abordado nas práticas de saúde, sendo uma forma de favorecer no cuidado e no conforto dos pacientes e de seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o avanço técnico-científico que o mundo e o Brasil estão vivenciando a cada dia, pode-se dizer que o ser humano passou a ser dependente da máquina e da tecnologia para poder atuar profissionalmente, o que não foi diferente dentro da área da saúde, porém, essa visão tecnológica adquirida pelos profissionais de saúde desencadeou um processo de desumanização assistencial. Assim, um dos lugares que mais sofreu avanços nesse sentido foi a Unidade de Terapia Intensiva, que por ser um lugar onde estão presentes pacientes em estado crítico, necessitando de cuidados especializados, tornou-se o ambiente mais preparado, equipado e com uma equipe multiprofissional especializada neste atendimento. Diante disso, as UTI's tem sido alvo de muitas discussões a respeito da humanização no atendimento, principalmente quando se lida com a possibilidade de morte dos pacientes, pois os profissionais de saúde são movidos pelo forte desejo de tratar, curar e salvá-los, e não conseguem, muitas vezes, encarar, com naturalidade, o fim da vida.

Com a realização desse trabalho foi possível analisar a concepção dos médicos sobre a morte, além de poder verificar a influência da espiritualidade e da religiosidade deste profissional durante a comunicação com os familiares após o fechamento do diagnóstico de morte encefálica de pacientes jovens que sofreram um traumatismo crânio encefálico.

Observamos que os profissionais entrevistados não apresentaram receio em falar sobre terminalidade da vida. Contudo, identificamos que cinco deles lidam bem com o assunto, agindo com naturalidade diante da situação, pois entendem que a morte faz parte do processo natural da vida, e relacionam esta forma de pensar a cursos realizados durante toda sua vida profissional, ao amadurecimento pelos anos trabalhados em UTI, bem como pela busca individual por respostas não encontradas na graduação sobre a morte.

Já os outros cinco médicos, relataram ter dificuldade para lidar com esta situação, principalmente pelo fato dos indivíduos serem jovens, pois não aceitam que pessoas nesta faixa etária possam morrer, relacionando o sentimento de perda, quando transferem naquele momento para sua família, pondo-se no lugar do outro, ou seja, tem dificuldade de construir alteridade. Por este motivo, muitas vezes preferem não se envolver emocionalmente com a situação do paciente nem com sua história. Estes fatos são relacionados ao despreparo em sua formação acadêmica, quando as questões técnicas são bem mais enfatizadas em relação aos aspectos humanísticos.

Dessa forma, o que se constrói em relação a morte no cotidiano hospitalar, é que a mesma é edificada com base em um não dito que apenas dá continuidade às atitudes de negação ao processo de morrer. Se não se fala, busca-se não se sentir, como forma de defesa. Se não se sente, espera-se não sofrer com isso, como mecanismo de proteção. Se não se sofre

com isso, não são criadas possibilidades de se colocar no lugar do outro e oferecer um cuidado humanizado com vistas ao bem-estar do paciente e da família.

Neste sentido, chamamos a atenção neste estudo para a comunicação entre médicos e familiares, pois a base da humanização está na comunicação e, ela deve estar presente nas UTI's como um elemento facilitador e não como um fator estressante. O diálogo entre as pessoas está desaparecendo a cada dia, e como consequência disso temos, no caso da UTI, uma equipe impessoal, com baixo nível de relação interpessoal e pequeno crescimento científico porque não há troca de experiências. Então, o que poderia crescer a cada dia por meio da comunicação e exteriorização de pequenas ideias, termina estagnando por comodismo em relação a uma realidade que, mesmo com tantos problemas, continua funcionando.

Entretanto, encontramos nas falas dos médicos da UTI do HETSHL, características de profissionais preocupados com uma ação humanizada no cuidado aos seus pacientes, estando todos conscientes da importância da comunicação entre a equipe multiprofissional, bem como os familiares, a partir da admissão do paciente na UTI, caracterizando uma boa acolhida ao paciente e seus parentes. Dentro desta perspectiva do diálogo, podemos destacar a influência da espiritualidade e da religiosidade utilizada pelos médicos como fator primordial na construção de uma bom atendimento humanizado.

Assim, podemos destacar algumas ações mencionadas pelos colaboradores para a melhora da comunicação na UTI. São elas: treinamento e capacitação de pessoal; informação aos familiares desde o início da internação, havendo assim uma maior participação dos familiares; preparo espiritual dos profissionais de saúde, bem como a presença de pessoas específicas na área religiosa no hospital, para que pudessem dar apoio aos médicos e familiares no momento da informação de um óbito. São ações que podem ser alcançadas através da organização e comprometimento dos gestores do hospital, utilizando para isso uma gestão participativa, responsável e engajada com o projeto de consolidação da humanização.

Em destaque, vemos como ação já utilizada neste processo, a espiritualidade e religiosidade dos entrevistados, quando ficou evidente que todos eles usam sua espiritualidade e religião, para facilitar a comunicação com os familiares sobre a possibilidade de morte de seu parente. Pois os médicos acreditam que além da informação técnica e científica, os familiares precisam sentir o apoio necessário naquele momento de dor e angústia. E é por meio da espiritualidade e da religiosidade que eles encontram uma forma de amenizar o sofrimento sentido naquele momento pelos familiares. Então, a religião, independente da qual se professe, passa a ser um fator importante na comunicação na UTI.

Ao término desse estudo constatamos que há avanços no sentido do cuidado humanizado na UTI do HETSHL. Porém, ainda há necessidade de se falar sobre humanização neste ambiente, no sentido de alcançar um amplo atendimento com dignidade e respeito. Não podemos ficar estáticos, por mais paradoxal que seja, partindo do pressuposto que todos são seres humanos formados em uma profissão que tem como base a vida e a pessoa como um todo, mas infelizmente, ainda se percebe o distanciamento que os profissionais têm da visão holística do ser humano.

Esse trabalho será de grande relevância para todos os profissionais da área de saúde, como também, para todas as pessoas, pois as mudanças que a humanização causa no atendimento ao paciente crítico dentro de uma UTI, certamente, estarão beneficiando não só o paciente, mas todos os que estão a sua volta de forma direta ou indireta. Toda profissão é uma vocação e toda vocação exige doação, dedicação e senso de responsabilidade, então cabe a cada profissional de saúde exercer sua profissão da maneira mais condizente com aquilo que ela significa para si, para o próximo e para sociedade como um todo.

A realização dessa pesquisa foi de grande importância, pois despertou ainda mais o meu desejo de continuar a estudar e pesquisar sobre essa temática, pois a humanização na UTI ainda está muito distante da compreensão e da importância do seu real sentido pelos profissionais de saúde e gestores.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, L.M.; PEIXINHO, A.L. O médico diante da morte: aspectos da relação médico-paciente terminal. **RBTI – Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Vol. 4, nº 3, p. 99-102, julho-setembro, 2002.

ANJOS, M. F. Para compreender a espiritualidade em bioética. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 155-160, abr./jun. 2007.

AQUINO, T. A. A. et al., Atitude religiosa e sentido de vida: um estudo correlacional. **Psicologia Ciência e Profissão**, 29 (2), 228-243, 2009.

ASTROW, A. B.; PUCHALSKI, C. M.; SULMASY, D. P. Religion, Spirituality, and Health Care: Social, Ethical, and Practical Considerations. **AmJ Med**. 110:283–287, 2001.

BARRETO, S. S. M.; VIEIRA, S. R. R.; PINHEIRO, C. T. **Rotinas em Terapia Intensiva**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BERNARD L.O. et al. Discussing Religious and Spiritual Issues at the End of Life. **The Journal of the American Medical Association (JAMA)**. 287(6):749-754, 2002.

BERSUSA, A. A. S.; RICCIO, G. M. G. Trabalho em equipe- Instrumento Básico de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. **Um desafio para a qualidade de Assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BITTES, A.; MATHEUS, M. C. C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T. I. **Um Desafio para a Qualidade de Assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BONGARD, F.; SUE, B. **Terapia Intensiva: Diagnóstico e Tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BRANDÃO, M. L. R. Saúde e fé cristã: um ensaio ético-teológico. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.24, n. 6 nov/dez, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Apresentação do Manual e do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2000.

_____. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. Brasília, 2009.

BRÊTAS, J. R. S., OLIVEIRA, J. R., YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev Esc Enferm**. 40(4):477-83, 2006.

BROCKMEIER, J.; HARRÉ, R. Narrativa: Problemas e Promessas de um Paradigma Alternativo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Nova York, 16(3), pp. 525-535, 2003.

BURLÁ, Claudia. Palição: cuidados ao fim da vida. In: FREITAS, Elizatette Viana de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

CARVALHO, V. A. de. Atendimento psicossocial a pacientes de câncer: relato de uma experiência. In: KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 213-234, 1992.

CARVALHO, L. S.; OLIVEIRA, M. A.; PORTELA, S. C.; SILVA, C. A.; OLIVEIRA, A. C. P.; CAMARGO, C. L. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 551 – 557, out/dez. 2006.

CHIATTONE, H. B. de C. Uma vida para o câncer. In: CAMON, Valdemar. Augusto Angerami; CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho; NICOLETTI, Edela Aparecida. **O Doente a Psicologia e o Hospital**. São Paulo: Pioneira, p. 71 – 108, 1994.

COLLIN, C.; DALY, G. Traumatismo Craniano. In: STOKES, M. **Neurologia para Fisioterapeutas**. São Paulo: Premier, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM 1805/2006. **Código de Ética Médica**. São Paulo, 2009.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**. 9(1): p. 7-14. 2004.

DINIZ, A. C.; AQUINO, T. A. A. A relação da religiosidade com as visões de morte. **Religare – Revista de Ciências das Religiões**. João Pessoa. Vol. 1, no 6, p. 90-105. Set. 2009.

FEIJÓ, O. Espiritualidade e reabilitação da saúde. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, set, nov, ano 6, n. 5, p.325, 2005.

FELÍCIO, Eliane C. S.; PEREIRA, Erica Fernandes; GOMES, Débora. **Cuidados paliativos e fisioterapia: reflexões atuais**. Cadernos. Centro Universitário S. Camilo. São Paulo: v 12 n.2, p.87-92.abril;jun 2006.

FRANKL, V. E. E. **Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial**. trad: CASTRO, A. M. 4. ed. São Paulo: Quadrante, 2003.

FUINTEM, D. L. (2001). **A fé católica em perguntas e respostas**. São Paulo. SP. Loyola. 2001.

GAARDER, J., HELLERN, V., NOTAKER, H. **O Livro das Religiões**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

GUANAES, A; SOUZA, R. P. de. Introdução: Objetivos, Conceito, Histórico e Filosofia. In: FARIA; M. D. G. de. et al. **Humanização em Cuidados Intensivos**. São Paulo: AMIB, 2004.

GUIMARÃES, H. P. et al. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**. n. 34, supl I; 88-94, 2007.

GUSMÃO, N. M. M. Linguagem, cultura e alteridade: imagens do outro. **Cadernos de Pesquisa (Fundação Carlos Chagas)**, 107 (jul.), 41-77, 1999.

IBÁÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. **Medicina e saúde: um enfoque histórico**. In: CANESQUI, A.M. (Org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: HUCITEC, p. 49-74, 2000.

KARDEC, A. **O livro dos espíritos**. 82 ed. Araras: São Paulo. IDE., 1994.

KNIBEL, M.; CELLI, C. B. P. Comunicação no Processo de Humanização em uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). In: FARIA; M. D. G. de. et al. **Humanização em Cuidados Intensivos**. São Paulo: AMIB, 2004.

KNOBEL, E.; NOVAES, M. A. F. P.; BORK, A. M. G. T. Humanização dos CTI's. In: KNOBEL, E. **Conduta no Paciente Grave**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LACERDA, M. R; OLINISKI, S. R. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá**, v. 26, n. 1, p. 239-248, 2004.

LAROCCA, L. M.; MAZZA, V. A. A Comunicação permeando a metodologia da Assistência de Enfermagem. In: WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. **Metodologias para a Assistência de Enfermagem: Teorizações, Modelos e Subsídios para a prática**. Goiânia: AB-Editora, 2001.

LEITE, D. P. M. Grupos em uma Unidade de Terapia Intensiva. In: MELLO, J. et al. **Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo com pacientes**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

LONG, J. B. A morte que termina com a morte no Hinduismo e no Budismo. In KUBLER-ROSS, E. **Morte: estágio final da evolução**. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.

LOURENÇO E. C.. NEVES, E. P. As necessidades de cuidado e conforto dos visitantes em UTI oncológica: uma proposta fundamentada em dados de pesquisa. **Revista Brasileira de Cancerologia**. UFSC. 54 (3): 213-220, 2008.

MACHADO, K. D. G., PESSINI, L., HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Bioéthikos** - Centro Universitário São Camilo. 1 (1): 34-42, 2007.

MAROCNI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa e elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MENEZES, R. A. Etnografia do ensino médico em um CTI. **Revista Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 117-130. 2001.

_____. Etnografia de um hospital de cuidados paliativos. In: **Tanatologia e Subjetividades: Revista do núcleo de estudos e pesquisa em tanatologia e subjetividade da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Ano 1. No 1. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Publicação Eletrônica. RJ, Março, 2006.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

_____. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA, Fabíola. **História Oral**. Como Fazer, Como Pensar. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2010.

MENDES, J. A., LUSTOSA, M. A., ANDRADE, M. C. M. Paciente Terminal, Família e Equipe de Saúde. **Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar**. v. 12, n. 1, Rio de Janeiro, jun. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORITZ, R. D. Como Melhorar a Comunicação e Prevenir Conflitos nas Situações de Terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. 19:4:485-489, 2007.

MORITZ, R. D., DEICAS, A., ROSSINI, J. P., SILVA, N. B., LAGO, P. M. do, MACHADO, F. O. Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai. **Rev Bras Ter Intensiva**; 22(2):125-132, 2010.

MUNANGA, Kabengele. Saúde e diversidade. **Saúde e Sociedade**. v. 16, n. 2, São Paulo, maio/agosto, 2007.

NASCIMENTO, S. R.; MEIER, M. J. Uma Visão tecnológica do Exame Físico. In: WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. **Metodologias para a Assistência de Endermagem**: Teorizações, Modelos e Subsídios para a prática. Goiânia: AB-Editora, 2001.

NASCIMENTO, A. M.; ROAZZI, A. A Estrutura da Representação Social da Morte na Interface com as Religiosidades em Equipes Multiprofissionais de Saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 20(3), 435-443, 2007.

NOGACZ, F. R.; SOUZA, R. P. Fatores Estressores em UTI. In: FARIA; M. D. G. de. et al. **Humanização em Cuidados Intensivos**. São Paulo: AMIB, 2004.

NOGARE, P.D. **Humanismos e Anti-humanismos**: Introdução à Antropologia Filosófica. 3. ed. Petrópoles: Vozes, 1977.

OLIVEIRA, R. K.; HEIMANN, T. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In: NOÉ, S. V. (org). **Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral**. 2 ed. São Leopoldo - RS: Sinodal, 2004.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia**: Avaliação e Tratamento. 5. ed. São Paulo: Manole, 2010.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol.34, supl 1; 105-115, 2007.

PAPALÉO NETTO, Mateus; SPINOZA, Gustavo Lima. Doente idoso terminal: considerações gerais e cuidados paliativos. In: PAPALÉO NETTO, Mateus. **Tratado de gerontologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

PARGAMENT, K. F. et al. Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. **Journal of Clinical Psychology**, v. 54, n. 1, p. 77-89, 1998.

PASTORELLO, L.M. A insistência do singular: práticas de leitura e produção da subjetividade na formação de profissionais de saúde. In BERBERIAN. AP; MORI-DE ANGELIS, C. MASSI, G. **Letramento - referências em saúde e educação**. São Paulo, Plexus, 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, 35 (1): 103-9, 2001.

PEDRÃO, R. B., BERESIN, R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Einstein**. São Paulo, 8 (1 Pt 1): 86-91, 2010.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. vol. 34, supl.1; 136-145, 2007.

PESSINI, L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

RAMOS, V. B. **Espiritualidade no contexto hospitalar**: uma visão filosófica e cristã arraigada no Carisma de Champagnat. Cajuru, 2007.

ROWLAND, L. P.; MAYER, S. P. Traumatismo Cranioencefálico. In: ROWLAND, L. **Tratado de Neurologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RZENIK C, DALLAGNOL, C. M. (Re) Descobrimos a vida apesar do câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 21(nº esp): 84-99, 2000.

SANTOS, M. F. G. dos, BASSIT, D. P. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. **Rev Bras Ter Intensiva**. 23(4):448-454, 2011.

SANTOS, M. J. dos; MORAES, E. L. de; MASSAROLLO, M. C. K. B. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo; 36(1):34-40, 2012.

SCANLAN, G. L.; WILKINS, R. L.; STOLLER, J.K. **Fundamentos da Terapia Respiratória-Egan**. 7. ed. São Paulo: Manole, 2000.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, maio/jun. 2007.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. **As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. [online]. jul./ago., vol.12, no.4. 2004.

SILVA, M. J. P. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo.** 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

_____. **Comunicação tem remédio** - A comunicação nas relações interpessoais em saúde. 7. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

_____. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

SILVA, K. S.; RIBEIRO, R. G.; KRUSE, M. H. L. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 451-456, maio/jun. 2009.

SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Narrativas como Técnicas de Pesquisa em Enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem.** maio-junho; 10(3); 423-32, 2002.

SORCINELLI, R.; JOHNSON-HURZELER, R.; ABBOTT, J. W.; THISTLE, D.; FLATOW, F. A. O tratamento do paciente terminal: a assistência terminal, uma forma para a vida. In: BUSLEY, J. G.; WHITE, H.; RAIRNS, T. V.; SILENEARH, R. A. **Assistência ao Idoso: aspectos clínicos do envelhecimento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SOUZA, N. V. D. O.; LISBOA, M. T. L.; CRUZ, J. R. R. Estratégias coletivas de defesa: táticas para mitigar o sofrimento no trabalho hospitalar da enfermeira. **Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2007.

STARZEWSKI JUNIOR, A; ROLIM, L. C; MORRONE, L. C. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2005, vol.51,n.1,pp.11-16.

STÁVALE, M. **Bases da Terapia Intensiva Neurológica: fisiopatologia e princípios terapêuticos.** 2. ed. ampliada e revisada. São Paulo: Santos, 2011.

TURATO, E. R. **Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** 2 ed. São Paulo: Vozes, 2003.

UMPHRED, D. A. **Fisioterapia Neurológica** 4. ed. São Paulo: Manole, 2004.

VILA, V. S. C; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** vol.10, no.2, p.137-144, mar./abr. 2002.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo; 37 (4), 440-445. 2003.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A**TERMO DE CESSÃO**

João Pessoa, ____/_____/____

Eu, _____, estado civil _____, RG/CRM número _____ declaro, para fins, que cedo os direitos da minha entrevista, gravada para a Universidade Federal da Paraíba, na pessoa do mestrando Ivaldo Menezes de Melo Junior, a ser usada com as especificações relacionadas abaixo, autorizando inclusive a publicação da mesma.

Da mesma forma, estendo os limites a terceiros, ficando vinculado o controle à Universidade Federal da Paraíba, que terá a guarda da mesma.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo o presente, que terá minha firma reconhecida em cartório.

Assinatura do colaborador/entrevistado

1 testemunha

2 testemunha

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA****I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome (Siglas): _____
2. Idade: _____
3. Estado Civil: _____
4. Tempo de Formado e Instituição: _____
5. Especialidades Médicas: _____
6. Religião: _____

II – QUESTÕES NORTEADORAS

1. Descreva como você lida com o processo de terminalização da vida de um paciente adulto jovem com traumatismo crânio encefálico.
2. Descreva o momento de comunicar à família sobre a possibilidade da morte iminente de seu parente.
3. Fale como a sua religiosidade e espiritualidade influencia no momento de comunicar à família sobre a irreversibilidade do quadro clínico do paciente com TCE. Dê exemplo.
4. Em sua opinião, o que deveria ser feito para melhorar a comunicação à família sobre a morte encefálica de um paciente jovem?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Na qualidade de aluno da Pós-graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, pretendo realizar um estudo cujo objetivo é analisar a presença da religiosidade e da espiritualidade na comunicação feita pelo médico aos familiares diante da situação de morte iminente de um paciente adulto jovem.

A finalidade deste trabalho é contribuir na identificação de aspectos ligados a religiosidade e a espiritualidade no processo de comunicação feito pelo profissional médico à família em caso de morte iminente de seu parente, resgatando experiências do mesmo no momento desta informação.

Caso concorde, neste trabalho, o (a) Sr.(a) será entrevistado por meio de gravação, quando será questionado sobre a temática acima citada. Esta gravação será copiada e organizada para construção de um texto. A publicação desse texto só ocorrerá se o referido colaborador autorizar por meio de um documento chamado carta de cessão. A entrevista será realizada no local de escolha do colaborador.

Informamos que esta pesquisa não oferecerá riscos previsíveis a sua saúde, e informamos, ainda, que a sua participação é voluntária, que não receberá pagamento para isto, e que não será prejudicado de forma alguma caso não queira participar do estudo, sendo-lhe também garantido o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o(a) prejudique.

Caso o Sr. (a). consinta, será necessário assinar este termo de acordo com a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos sua colaboração.

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador responsável: Ivaldo Menezes de Melo Junior; Endereço profissional: Praça Dom Ulrico, 56, Centro. Telefone: 3247-4607 / 9115-9200 / 8821-0801

E-mail: ivaldo_menezes@yahoo.com.br

Atenciosamente,

Assinatura do pesquisador responsável

Após ter sido devidamente esclarecido sobre a pesquisa, consinto em participar da mesma. Informo que estou recebendo uma cópia deste Termo.

Assinatura do Colaborador da pesquisa

João Pessoa, ____/____/____.

ANEXO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 5ª Reunião realizada no dia 05/062012, o projeto de pesquisa intitulado: “SÓ UM MILAGRE:MÉDICOS DIANTE DA MORTE ENCEFÁLICA DE PACIENTES ADULTOS JOVENS” do Pesquisador Ivaldo Menezes de Melo Junior. CAEE: 01974512.9.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr^a Eliane Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618