

MORTE E LUTO: REAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DIANTE DA MORTE DO PACIENTE

Francielle Bernardi Valim*

Carmen Lúcia Arruda de Figueiredo D'Agostini**

Resumo

Com o tema dos aspectos psicológicos da equipe multidisciplinar diante da morte de um paciente oncológico, neste trabalho verificaram-se as emoções sentidas nesse momento. Os objetivos referiram-se à percepção da equipe sobre a morte, a notícia diante da família enlutada e as formas de bloqueio da lembrança e de eventuais sentimento do paciente que foi a óbito. De acordo com a mudança do meio, ou a intensificação e procedimentos do tratamento, existem alguns laços entre profissional e paciente que precisam ser estudados. O método consistiu em uma entrevista inicial, com a aplicação do Teste de Apercepção Temática (TAT) em sujeitos de até 40 anos e da Escala dos Pilares da Resiliência (EPR) em sujeitos com mais de 40 anos. O referencial teórico está em compreender a morte a partir das referências literárias e o processo de luto em diferentes contextos; existem aspectos psicológicos, físicos e de organização do dia a dia que vão desde questões sociais que são modificadas até a redefinição de papéis e de identificação que há com a pessoa falecida. Os resultados alcançados, enfatizados na reação de enfrentamento com o óbito do paciente, faz com que o profissional utilize mecanismos de defesa automáticos nas situações de luto. A relevância da pesquisa está em mais dados para a literatura, visando a aspectos tanto físicos quanto psicológicos identificados pelos sujeitos.

Palavras-chave: Morte. Luto. Paciente. Profissional. Oncologia.

1 INTRODUÇÃO

Uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais da oncologia, tem horários intensos e com forte apelo ao tão sonhado dia das férias ou, então, das folgas. Considerando que há nessa rotina a vida de inúmeras pessoas que a qualquer momento podem ser acometidas por adoecimentos ou até pela morte, é possível perceber a importância da resiliência no profissional, em que estar resolvido é um fator decisivo para não misturar os conteúdos pessoais e manter a relação a mais amparadora e confortadora possível. O setor oncológico é um ambiente natural e acalentador, em que suas formas afetuosas transformam o bem-estar para aqueles que lutam para não perder um bem muito importante: a vida!

Durante um processo de tratamento, o paciente conhece pessoas novas, uma equipe que, por meio de seus conhecimentos, auxilia na questão de dores internas e externas e que, com o máximo de atenção, busca sempre realizar todos os procedimentos para alcançar a cura. Existem momentos em que o paciente permanece por um período em uma cama de hospital e que recebe os cumprimentos do dia dos profissionais dos plantões, criando um laço, que pode vir a ser uma amizade, uma identificação, ou um carinho sem explicações necessárias. Esse acontecimento ocorre também no Setor da Oncologia, onde as visitas para as sessões de quimioterapia são constantes e se repetem por um período de semanas a meses.

Um profissional da Saúde, que está todos os dias próximo de vários pacientes, carrega em si uma carga de emoções muito forte. Mas e quando esse paciente oncológico vem a óbito? O profissional precisa saber lidar com a ausência repentina de um paciente que, apesar de não ser íntimo, era alguém por quem tinha carinho e sentia-se realizado em fazer sua dor cessar por muitos momentos.

A morte pode estar atrelada a uma lembrança de melancolia; esse é um assunto que geralmente as pessoas procuram não abordar com tanta intensidade, gerando uma ideia contraditória ao que, na verdade, em consciência procuramos evitar, seja com nossas próprias vidas seja com a vida das pessoas próximas. As demandas de cuidados

* Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; franci.bernardi@hotmail.com

** Mestre em Educação pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; Especialista em Psicopedagogia; Professora do Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Getúlio Vargas, 2125, Flor da Serra, 89600-000, Joaçaba, Santa Catarina, Brasil; carmen.dagostini@unoesc.edu.br

que pacientes oncológicos precisam são importantes para a sua recuperação e para lidar com tantos extremos, assim, toda a equipe precisa de uma força que falta ao paciente, buscando cumprir seu papel na melhora da doença.

O adoecer faz parte da natureza humana e é um fato real, podendo vir a aparecer em qualquer etapa da vida; ensina a ver o mundo com outros olhos, novas experiências e faz com que as pessoas desenvolvam outros aspectos nunca antes imaginados (MENEZES et al., 2007).

A pesquisa com profissionais que lidam com a morte de seus pacientes das áreas oncológicas, sobre o olhar da Psico-oncologia, visa ao cuidado com esses profissionais e à maneira com a qual eles lidam com certas emoções dentro do ambiente hospitalar. A demanda de cuidados e apoio dos familiares caracteriza ainda mais a relevância do estudo, pois observa-se que os profissionais estão em constante zelo ao paciente e ao mundo da família naquele momento.

O objetivo com esta pesquisa se referiu à percepção da equipe oncológica sobre questões ligadas à vida e à morte, a formas de bloqueio, mecanismos de defesa e formas de enfrentamento da morte, além de buscar entender como é a questão de resiliência desses profissionais e como lidam com a profissão perante a sociedade. Durante o percurso da vida, muitos ideais são construídos em relação à percepção de mundo e de futuro que está prestes a acontecer. Interpretações equivocadas dessas vivências podem transformar esses pensamentos em sofrimentos físicos, emocionais e psicológicos; como descrevem Dattilio e Freeman (2004), nessas crenças disfuncionais acontecem eventos de crise, da morte e perda de uma pessoa próxima ou não, mas que é significativa, fazendo de um processo natural da vida em algo patológico. Na contemporaneidade, a sociedade é marcada por um ritmo acelerado e envolvente, no qual se deixa de lado o fato de o ser humano ser finito. É perceptível um despreparo sobre o que se refere a essas questões e ao seu enfrentamento.

Diante do exposto, a visão da equipe multidisciplinar nos casos de luto foi o objetivo central com esta pesquisa, compreendendo esse processo da vida para aqueles que o vivem por diversas vezes, em razão da profissão que escolheram. O universo desses profissionais é rico de experiências e faz com que cada detalhe ou simplesmente uma palavra marque a vida e os sentimentos de cada momento. De maneira mais específica, o que se pode obter de mais concreto dessas vivências são sentimentos e experiências adquiridas ao longo do tempo, os quais nem sempre são explorados, voltando em forma de recordação ou necessitando de elaboração meses ou até anos depois.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O LUTO E O CÂNCER

Entre os vários significados, o câncer é visto erroneamente como algo sem cura e que causa a morte, sem que haja uma saída. Por mais que os estudos estejam progredindo rapidamente e de maneira geral, os pensamentos dos pacientes ou das pessoas acometidas por esse mal se caracterizam por algo que seja fatal e imune a todos os remédios, cirurgias, radioterapias ou quimioterapias.

Torres (2002) destaca que o homem, geralmente, expressa em símbolos as ameaças à vida. O câncer suscita a ideia de um caranguejo – animal que vive em profundidade, invisível e se desloca mal coordenado e imprevisível; é agressivo, apodera-se de suas presas e as tortura até a morte.

Dessa maneira, quando a pessoa se coloca frente a frente com o perigo, é representada por aquilo que teme. A dor, o sofrer e a doença são partes da condição humana, no entanto, a sociedade não está disposta a considerar essas condições, assim, “[...] parece que a questão da morte e do que ela segue perdeu atualidade.” (ZILLES, 2007).

Em momento de doença é cogitado que a vida esteja sendo ameaçada ou em perigo. Moraes (2002) considera que seja um animal interno entrando em extinção, mas que busca a todo instante por vida, esta que traz monstros e medos de companhia e uma bagagem de incertezas, tudo isso por falta de aceitação. “O homem não tende a encarar abertamente seu fim de vida na Terra; só eventualmente e com certo temor é que lançará um olhar sobre a possibilidade de sua própria morte. Uma dessas ocasiões é a consciência de que sua vida está ameaçada por uma doença.” (MORAES, 2002).

Diante desse desafio de aceitação, percebe-se que o medo é a resposta psicológica, ou seja, a válvula de escape, em se tratando da morte, então, esse descontentamento é de maneira geral um temor universal e que aparece para que a angústia esteja atrelada ao tratamento e a força à cura (KOVÁCS, 1992).

Aceitando a possível condição de morte (pelos tabus criados durante as décadas) que vive uma pessoa com diagnóstico de câncer, começa aí a conscientização de que todos morrem, e que esta é uma diretriz que se conhece; portanto, existe a finitude e todos um dia morrerão (MELO, 1999; VENDRUSCOLO, 2005).

Dentro da abordagem em luto, alguns autores, como Nunes et al. (1998), Speece e Brent (1984) e Torres (2002) fazem referência ao conceito de morte como três dimensões: irreversibilidade (morte como algo final, permanente), não funcionalidade (compreensão de que as funções vitais cessam com a morte) e universalidade (todas as coisas vivas morrem).

Existem aqueles pacientes cuja doença inevitavelmente se torna refratária ao tratamento. Nesse momento, ao lidar com esses pacientes, os objetivos mudam de medidas curativas para medidas apenas paliativas (LIMA, 2003; RIBEIRO DOS SANTOS, 2000).

No momento em que a doença é maior do que os possíveis tratamentos de cura são criadas medidas de cuidado, nas quais se prezem o bem-estar e o alívio dos pacientes, os quais apesar de tranquilizarem e amenizarem o sofrimento, não estarão sendo fontes de cura.

2.2 PSICO-ONCOLOGIA

Para que seja entendido o real significado do termo Psico-oncologia, faz-se necessário saber que *psico* (de psique, é mente), *onco* (tem origem grega e significa tumor) e *logia* (conhecimento, estudo). A Psico-oncologia surgiu como área sistematizada de conhecimento, a partir do momento em que a comunidade científica passa a reconhecer que tanto o aparecimento quanto a manutenção e a remissão do câncer são intermediados por uma série de fatores cuja natureza extrapola condições apenas de natureza biomédica (CARVALHO, 2003).

A partir de casos voltados a pacientes que sentiam dor física sem nenhuma causa orgânica, surge o modelo biopsicossocial, destacando três campos: Medicina Psicossomática, Medicina Comportamental e Psicologia da Saúde.

A Medicina Psicossomática oferece subsídios para se compreender a relação entre os estados emocionais e o aparecimento de sintomas somáticos e diferentes tipos de doenças físicas; preocupa-se com a relação entre fatores sociais e psicológicos, funções biológicas e fisiológicas, bem como com o desenvolvimento de doenças físicas diversas (LIPOWSKI, 1986 apud CARVALHO, 2003).

No final dos anos 1970, surgiram o *Jornal da Medicina Comportamental* e a *Sociedade de Medicina Comportamental*, que adotaram a seguinte definição:

A Medicina Comportamental representa uma área interdisciplinar cujo foco central preocupa-se com o desenvolvimento e a integração de conhecimento advindo das Ciências Sociais e Biomédicas e de técnicas relevantes à saúde e à doença, bem como à aplicação deste conhecimento e destas técnicas à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação. (SCHWARTZ; WEISS, 1978 apud CARVALHO, 2003).

Uma terceira área emerge no final dos anos 1970, que surge e se desenvolve especificamente dentro da Psicologia: A Psicologia da Saúde, que segundo Matarazzo (1982 apud CARVALHO, 2003):

[...] agrega o conhecimento educacional, científico e profissional da disciplina Psicologia, para utilizá-lo na promoção e na manutenção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença, na identificação da etiologia e nos diagnósticos relacionados à saúde, à doença e às disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema de política de Saúde.

Segundo Carvalho (2003) e Holland e Rowland (1900 apud ANGERAMI, 2000), a Psicologia da Saúde, a Medicina Comportamental e a Medicina Psicossomática vêm fornecendo subsídios teóricos e práticos para a pesquisa e a atuação em Psico-oncologia, a qual busca estudar as duas dimensões psicológicas do câncer: o impacto do câncer na

função psicológica do paciente, na sua família e nos profissionais da Saúde que o cuidam; e o papel que as variáveis psicológicas e comportamentais possam ter no risco do câncer e na sobrevivência a este.

Visando a uma melhor compreensão da doença e de formas para lidar com ela, são utilizados conhecimentos educacionais, profissionais e metodológicos, sempre focando na melhoria de qualidade de vida e no enfrentamento da doença (BACELAR; BRANDÃO, 2005; ANGERAMI, 2000).

2.2.1 Possibilidades de atuação da Psico-oncologia

De forma prática, quanto às possibilidades de atuação da Psico-oncologia, de acordo com Carvalho (2003), são possíveis destacar quatro níveis de intervenção descritos a seguir. Em nível primário, os estilos de vida do indivíduo, o estresse diário e o comportamento alimentar, provendo, assim, mudanças de atitudes e comportamentos para um estilo de vida saudável; conhecer o estresse, ou seja, orientar para a percepção de quando se mantém sobrecarregado física ou emocionalmente; educar para situações estressantes do ciclo vital (morte e/ou velhice) e promover mudança de hábitos alimentares adequados.

Em nível secundário, no que diz respeito à educação para a detecção do câncer, incluindo nisso a informação para a população sobre os procedimentos preventivos do tipo de câncer; a orientação a hábitos periódicos e sistemáticos de detecção precoce da doença; a análise de fatores psicológicos e sociais responsáveis pela não adesão a programas preventivos e a divulgação de estratégias que facilitam procedimentos preventivos aprendidos, na população em geral.

Em nível terciário, ao que se refere às intervenções que deverão ser realizadas durante o processo de tratamento, incluindo levar o portador de câncer a aderir às prescrições de tratamento, da melhor forma possível, ou assumir as consequências e os riscos de não as aderir; conhecer técnicas de enfrentamento psicológico (*coping*) em pacientes com câncer em diferentes estágios; treinar profissionais da Saúde para lidarem com indivíduos com câncer e suas famílias, com isso, uma forma eficiente de lidar com a depressão do profissional e a sua ansiedade diante do câncer; encontrar maneiras de solução de problemas relevantes ao contexto do tratamento de câncer e colaborar na solução de problemas modificáveis por meio psicológico, como náuseas e vômitos em razão dos tratamentos médicos prescritos.

A intervenção na fase terminal tem inúmeros objetivos e aborda diferentes aspectos presentes no contexto de morte da pessoa com câncer. Isso está em atender às necessidades emocionais da pessoa, a partir de seus medos e da ansiedade diante do sofrimento; facilitar a tomada de decisões de problemas pendentes, como os que se referem à família, às finanças, etc.; apoiar a família e suas emoções no contexto de morte e separação; apoiar a equipe da Saúde que lida com o paciente terminal, para que esta possa lidar melhor com a frustração e os sentimentos de perda na morte do paciente, e colaborar para que o tratamento fornecido à pessoa, em fase terminal, mantenha sua dignidade e produza a sua qualidade de vida.

2.3 DESAFIOS PARA O PROFISSIONAL DA SAÚDE

2.3.1 Os cinco estágios do luto por Kubler-Ross

Kubler-Ross (2005) propõe a descrição de cinco estágios pelos quais as pessoas costumam passar decorrentes da perda e do conseqüente luto de alguém. De acordo com esse modelo criado, os pacientes que estão com doenças consideradas terminais passam por esses estágios. O modelo dos cinco estágios do luto proposto por Elisabeth Kubler-Ross foi publicado em 1969, em seu livro com o tema *On Death and Dying*, conforme:

- a) *Negação*: o primeiro estágio é de negação e isolamento, os quais se apresentam como um mecanismo de defesa de forma temporária, um para-choque que faz o papel de amenizar o impacto que tal notícia traz, um medo, uma recusa de enfrentar o momento. Esse estágio, embora considerado o primeiro, pode

aparecer em outros momentos, porém, ocorre mais precisamente no momento da notícia de forma rápida e inesperada.

- b) *Raiva*: o segundo estágio, a raiva, é o momento em que geralmente é colocada para fora todo o sentimento diante da situação, fazendo com que a perturbação consciente causada seja exalada por meio de questionamentos e procura por culpados pelo fato ocorrido. Nesse estágio as pessoas podem até apresentar comportamentos agressivos.
- c) *Barganha*: o terceiro estágio, a barganha, vem com a inconsciente tentativa de negociar o fato ocorrido, ou então adiar os medos diante do que está ocorrendo. Nesse momento, o apelo se volta para os objetos de fé e crença. Assim, esses acordos e promessas às suas figuras de devoção estão voltados a Deus e aos médicos, profissionais que cuidam e acompanham o caso.
- d) *Depressão*: o quarto estágio é de depressão, a qual é dividida em duas etapas: reativa e preparatória. A depressão reativa ocorre quando uma perda está envolvida por mais outras perdas, por exemplo, a perda de um emprego aliada a prejuízos financeiros e a perda dos papéis no ambiente familiar. A depressão preparatória ocorre quando há a aceitação do fato ocorrido e na qual as pessoas permanecem a pensar e a refletir sobre o rumo que a vida tornou.
- e) *Aceitação*: o quinto estágio, a aceitação, ocorre quando as pessoas se encontram mais calmas e conseguem expressar de forma mais fácil os sentimentos envolvidos naquele momento. Quanto mais houver o primeiro estágio (negação), mais dificilmente chegarão ao último estágio. Destaca-se, porém, que esses estágios não tendem a ser seguidos nessa ordem e podem se modificar de acordo com o envolvimento emocional e de perspectiva.

Com os estágios apresentados, pode-se acentuar que o processo de luto é fatal e que todas as pessoas que passam pela perda de alguém tendem a vivenciar esse momento. Todos possuem uma vasta diversidade de sentimentos, mudanças e interferências no modo de encarar a situação por cada um em particular. Quando a perda é inusitada e rápida, há um grau ainda maior na dificuldade de encarar a situação, podendo incapacitar uma pessoa de resolver conflitos e desenvolvendo um comportamento disfuncional em resposta à perda.

Parke (1998) aborda que o processo do luto tende a causar desconforto, alterar funções e aumentar níveis de ansiedade, em potencial maior para aqueles que presenciaram o momento em que o indivíduo faleceu. Dessa maneira, o estresse criado pela perda de uma pessoa querida, se não for executado de forma funcional, traz conflitos à vida dessa pessoa.

2.3.2 Reações diante do luto

A experiência do luto traz uma bagagem de sentimentos atrelados ao modelo dos cinco estágios propostos por Kubler-Ross. Nesse período, há um conglomerado de reações somáticas que causam aparentes desvios em relação ao funcionamento normal do corpo no dia a dia:

- a) *Sentimentos*: choque, tristeza, culpa, raiva ou hostilidade, solidão, agitação, ansiedade, desamparo e alívio fazem parte dos sentimentos envolvidos com a perda de um ente querido e da elaboração e compreensão deles.
- b) *Sensações físicas*: vazio no estômago, aperto no peito, nó na garganta, hipersensibilidade ao barulho, sensação de despersonalização, falta de ar, fraqueza muscular, falta de energia, boca seca, queixas somáticas e susceptibilidade a doenças aparecem como sensações sentidas por alguém que está enfrentando o luto.
- c) *Comportamentos*: distúrbios do sono, perda ou aumento de apetite, aumento no consumo de psicotrópicos, álcool e fumo, comportamento aéreo, isolamento social, evitar coisas que lembrem a pessoa que morreu ou a situação perdida, procurar e chamar pela pessoa, sonhos, hiperatividade e inquietação, assim como comportamentos extremos que permanecem com o enlutado, em busca de respostas à sua perda.

- d) *Cognições*: descrença, confusão, déficit de memória e concentração, pensamentos obsessivos e alucinações que para as pessoas que os enfrentam são sintomas de um luto mal-elaborado e com dificuldades em se desligar da pessoa ou objeto perdido (ANDRADE, 2001).

Com essas etapas, pode-se perceber a quantidade de reações que o corpo produz pelo impacto de uma perda e uma quebra de rotina na vida de uma pessoa. Muitas buscam a todo o momento a conquista em vida dessa pessoa perdida, mesmo que para isso sejam necessário sacrifícios e insônias constantes. Com o passar do tempo, tudo se torna mais claro e os sintomas que, por sua vez, podem não desaparecer, ficam instalados e internalizados em cima de uma carga de lembranças de tudo o que foi presenciado e sentido ao lado da pessoa que se foi.

2.3.3 O profissional e o enfrentamento com a doença

No processo de luto, o enfrentamento com a doença também deve partir do profissional que atende e ampara a dor vivida naquele momento; posturas são sustentadas por quatro pilares fundamentais (CAMON, 2002):

- a) *Colosidade profissional*: a prática traz a indiferença pela dor do paciente, fazendo com que ele não seja tocado pelo sofrimento naquele momento. É uma maneira fria, distante, em que a identidade profissional é preservada, não humanizada, assim, há um foco total na doença do paciente.
- b) *Distanciamento crítico*: a dor do paciente é aprendida e compreendida, sendo a maneira adequada de equilíbrio, permitindo ampla intervenção, assim, o foco é no doente e na sua compreensão.
- c) *Empatia genuína*: existe o envolvimento com o paciente, não havendo nenhuma barreira, no qual o profissional não resguarda os limites de sua vida pessoal, assim, um exemplo claro seria um médico de família.
- d) *Profissional afetivo*: trabalho sistematizado, havendo respeito pela doença, no entanto com certo distanciamento, podendo ser aprendido e se assemelhar às práticas nos dias de hoje.

Para o médico, o luto é um pesar na alma, visto que aquela pessoa esteve durante dias, semanas ou anos sob seus cuidados e atenta ao seu comando. Muitos fatores vivenciados pelos profissionais da Saúde fazem com que eles se sintam culpados ou desmotivados diante da perda, porém, essa ideia fixa é somente pelo envolvimento e pelas questões que a família do paciente traz de momento. Uma tarefa fácil não será a adaptação às perdas diárias de mortes e pessoas que passam pelas mãos dos médicos no decorrer do dia; para isso, há alguns questionamentos e técnicas desde o levantar do dia até o cair da noite, de que o trabalho trouxe vida e saúde, assim, em um segundo, a mente se torna como fardos leves e mais fáceis de carregar, tudo em seu tempo.

2.3.4 Resiliência e seus fatores de risco e proteção

O termo resiliência é recente no campo da saúde, dessa forma, ainda se encontra em fase de construção, discussão e debate, pois não existe um consenso em relação à definição do termo (PESCE et al., 2005, p. 436). De acordo com Yunes e Szymanski (2001), na Língua Portuguesa, a palavra resiliência aplicada às ciências sociais vem sendo utilizada há poucos anos e restringe-se, ainda, a um grupo bastante limitado de pessoas de alguns círculos acadêmicos. Na Psicologia, o estudo desse constructo vem sendo pesquisado há aproximadamente 30 anos, porém, é utilizado há muito tempo pela Física e pela Engenharia. Em estudos, Yunes (2003) constatou que o cientista inglês Thomas Young foi um dos precursores do tema. No ano 1807, ao considerar as ideias de tensão e compressão, Thomas Young introduziu pela primeira vez a noção de módulo de elasticidade. Dessa forma, tornou-se um dos pioneiros na análise de estresses trazidos pelo impacto, tendo elaborado um método para o cálculo dessa força.

Outro fator determinante é que o conceito de resiliência é construído sócio-historicamente, impregnado de valores e de significados próprios da cultura em que está inserido. Dessa forma, segundo Souza e Cervený (2006), o significado da palavra e os fatores de risco e proteção podem ser distintos para diferentes populações, da mesma

maneira que as pesquisas já existentes são um retrato dos problemas enfrentados por cada país/região em sua particularidade.

A origem etimológica da palavra resiliência vem do latim *resiliens* e significa saltar para trás, voltar, ser impellido, recuar, encolher-se, romper. De acordo com a origem inglesa, *resilient* remete à ideia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação e também possui dois raciocínios para o termo: habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades, entre outras situações estressoras; e habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida, flexibilidade (YUNES; SZYMANSKI, 2001), sendo possível afirmar que o termo pode ser atribuído a pessoas e materiais, dessa forma, seu conceito original remete-se à física.

Em estudos de Tavares (2001), este discute a origem do termo sob três pontos de vista: o físico, o médico e o psicológico. No ponto de vista físico, a resiliência é a qualidade de resistência de um material ao choque, à tensão, à pressão, a qual lhe permite voltar à sua forma ou posição inicial, toda vez que é forçado ou violentado. Já quando se relaciona à questão médica, resiliência seria a capacidade de um sujeito resistir a uma doença ou infecção, intervinda sobre si mesmo ou com a ajuda de medicamentos. E, por fim, do ponto de vista psicológico, seria a capacidade de as pessoas, individualmente ou em grupo, resistirem às situações adversas sem perder o seu equilíbrio inicial, ou seja, a capacidade de se acomodarem e de se reequilibrarem constantemente.

A resiliência não seria uma forma de defesa rígida ou de contrapressão à situação, mas uma forma de manejo das circunstâncias adversas, externas e internas. Em seu artigo, Ralha-Simões (2001, p. 108) afirma que:

O indivíduo resiliente parece de facto salientar-se por uma estrutura de personalidade precoce e adequadamente diferenciada, a par com uma acrescida abertura a novas experiências, novos valores e fatores de transformação dessa mesma estrutura, que apesar de ser bem estabelecida, é flexível e não apresenta resistência à mudança.

Estudos realizados por Grotberg (2005) indicam que a resiliência está ligada ao desenvolvimento e ao crescimento humano, incluindo diferenças etárias e de gênero. Os níveis socioeconômicos não estão relacionados com a alta resiliência. A resiliência difere dos fatores de risco e proteção, embora estejam intimamente relacionados. E, por fim, é um processo no qual existem fatores, comportamentos e resultados.

Por definição, segundo Tavares (2001), a pessoa deveria ser naturalmente resiliente. Dessa maneira, seria flexível, aberta, criativa, livre, inteligente, emocionalmente equilibrada, autêntica, empática, disponível, comunicativa, capaz de resistir às dificuldades da vida, sem partir nem perder o equilíbrio. Em seu artigo, o autor afirma que:

A pessoa como um sujeito que toma decisões terá que ser capaz de autorregular-se com base numa verdadeira auto-estima e autocontrole que pressupõem não apenas conhecimentos abstratos a nível cognitivo e metacognitivo, mas também conhecimentos concretos, experienciais em que a emoção, o sentimento, à luz dos estudos e investigações mais avançadas sobre a matéria, assume uma importância primacial. (TAVARES, 2001, p. 67).

A resiliência não é algo que vem com o sujeito, de acordo com estudos, é o resultado do desenvolvimento de certas capacidades do próprio *self*, da “[...] identidade de permanecer e evoluir no fluxo e refluxo livre, dialógico, dialético e triático da inter, intra e transpersonalidade.” (TAVARES, 2001, p. 67).

Em sua pesquisa, Pinheiro (2004) pontuou alguns fatores de proteção, os quais segundo ela, são condições inerentes do próprio indivíduo. Estas podem ser: expectativas de sucesso no futuro, senso de humor, otimismo, autonomia, tolerância ao sofrimento, assertividade, estabilidade emocional, engajamento nas atividades, comportamento direcionado para metas, habilidade de resolução de problemas, avaliação das experiências como desafios e não como ameaça e boa estima.

Em relação à resiliência, busca-se pela compreensão dos mecanismos de defesa utilizados por esses profissionais, na busca por bloqueio ou liberação dos estímulos. Freud (1984), para apresentar os diferentes tipos de manifestações que as defesas do Ego apresentam, já que ele não se defronta somente com pressões e solicitação do Id e do Superego, pois ambos se juntam ao mundo exterior e às lembranças do passado, nomeou, de mecanismos de defesa,

os quais em seu significado, são processos subconscientes que procuram solução para conflitos não resolvidos no nível da consciência.

Os mecanismos de defesa são determinados pela forma como ocorre a organização do Ego: quando bem organizado, tende a ter reações mais conscientes e racionais. Todavia, as diversas situações vivenciadas podem desencadear sentimentos inconscientes, provocando reações menos racionais e objetivas e ativando, então, os diferentes mecanismos de defesa, com a finalidade de proteger o Ego de um possível desprazer psíquico, anunciado por esses sentimentos de ansiedade, medo, culpa, entre outros.

3 MÉTODO

A pesquisa realizada é um estudo qualiquantitativo, a qual descreve as características da equipe multidisciplinar do setor de Oncologia do Hospital Universitário Santa Terezinha, no período de 18 de agosto a 23 de setembro de 2014.

A pesquisa qualitativa “[...] tem caráter exploratório, onde estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito.” (DANTAS; CAVALCANTE, 2006, p. 2). E a quantitativa “[...] é mais adequada para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utiliza instrumentos estruturados (entrevista).” (DANTAS; CAVALCANTE, 2006, p. 2).

Nesta pesquisa houve a participação de 14 profissionais que atuam no setor de Oncologia do Hospital comunitário do Meio-Oeste de Santa Catarina.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos

N. de entrevistados	Gênero	Profissão	Idade	Instrumento
E1	Feminino	Nutricionista	27	TAT
E2	Feminino	Farmacêutica	28	TAT
E3	Feminino	Téc. enfermagem	34	TAT
E4	Feminino	Enfermeira	35	TAT
E5	Masculino	Médico	44	EPR
E6	Feminino	Fisioterapeuta	27	TAT
E7	Masculino	Médico	43	EPR
E8	Masculino	Médico	41	EPR
E9	Masculino	Médico	37	TAT
E10	Masculino	Médico	42	EPR
E11	Masculino	Médico	68	EPR
E12	Feminino	Psicóloga	32	-
E13	Feminino	Psicóloga	24	-
E14	Feminino	Médica	28	TAT

Fonte: os autores.

O método inicial utilizado foi a entrevista, com base nos objetivos do trabalho, a cada um dos entrevistados. No contexto observado, deparamo-nos com enunciados que traduzem a crença de que a entrevista é descrita como uma forma de ferramenta. Conforme comentam as autoras:

O entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que ele detém e que no fundo são a verdadeira razão da entrevista [...] A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto mediante uma conversação de natureza profissional. (LAKATOS; MARCONI, 1994, 1995).

Essa compreensão, bastante discutida, da entrevista como ferramenta ou como técnica que auxilia o informante a expressar uma informação, pressupõe isso como um facilitador da relação daquilo que o informante sabe e

de o que o entrevistador precisa saber. Essa relação funciona como um método real, que responde o que o entrevistador necessita saber, dentro de sua pesquisa.

Foi utilizada a Escala dos Pilares da Resiliência (EPR) para os indivíduos com idade superior a 40 anos. Ela foi desenvolvida por Cardoso e Martins (2013) como um instrumento indicado para medir os níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Esse instrumento foi realizado com oito mulheres e seis homens, integrantes da equipe multidisciplinar do setor. De acordo com Cardoso e Martins (2013), a Escala busca identificar as características que favorecem uma conduta resiliente e quais delas uma pessoa tem mais ou menos desenvolvidas.

O Teste de Apercepção Temática (TAT) é um método destinado a revelar impulsos, emoções, sentimentos complexos e conflitos marcantes da sua personalidade. Seu principal valor consiste na capacidade de tornar patentes tendências subjacentes inibidas que o sujeito ou paciente não deseja aceitar ou que não tem condições de admitir por serem inconscientes. Em geral, o sujeito termina o teste apresentando traços da sua personalidade (MURRAY, 2005).

Esse instrumento foi utilizado em sujeitos com até 40 anos, de acordo com orientações do manual. O total de lâminas desse teste equivale a 31, sendo selecionadas cinco lâminas que condizem aos objetivos da pesquisa. As figuras estimulam a imaginação e servem para a pessoa lidar nas situações clássicas da vida.

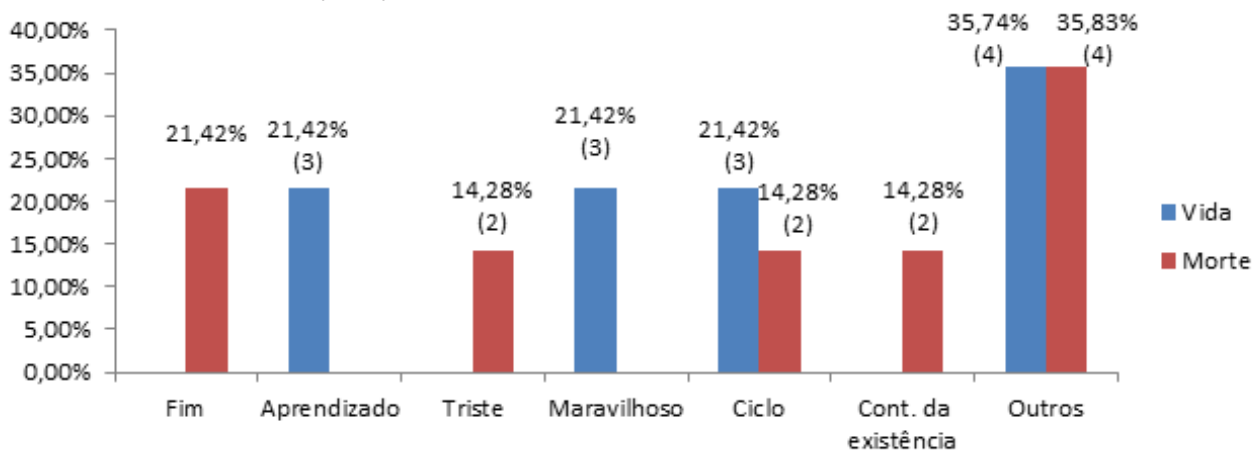
O projeto desta pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc) de Joaçaba e aprovado sob o Parecer n. 752.801.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 ANÁLISE DAS RESPOSTAS DA ENTREVISTA

A análise da entrevista traz uma consigna de que diversos sentimentos estão presentes na equipe multidisciplinar, quando de frente para a morte. A entrevista, composta por cinco questões, traz as respostas em relação às vivências ligadas à morte e suas particularidades.

Gráfico 1 – Conceito de vida e morte para o profissional

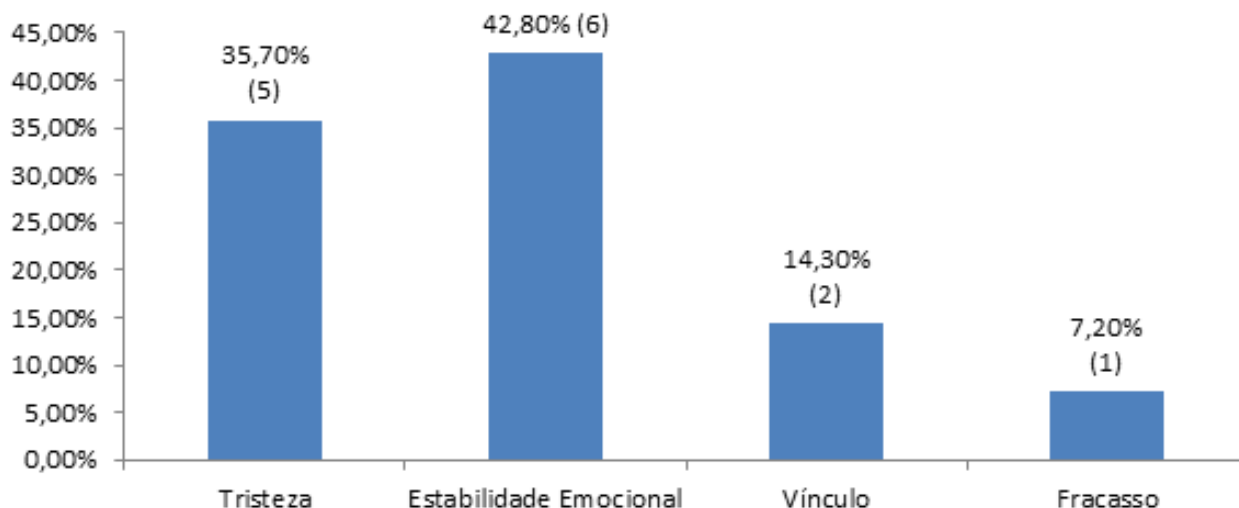


Fonte: os autores.

No Gráfico 1 apresentam-se os resultados das respostas fornecidas em relação à visão sobre a vida: aprendizado, algo maravilhoso, ciclo, atividade cerebral, existência, prazer e relacionamentos. Diante do fato de que se constituem relações a todo o momento, as questões ligadas à morte pelos profissionais são vistas como: fim, tristeza, ciclo, continuação da existência, ausência de atividade cerebral, etapa, passagem e algo natural. Muitos entrevistados apresentaram resistências em suas respostas, e um deles não soube definir o conceito. Para falar de morte, remete-se ao fato de nossa própria morte, portanto, a vivência dessas experiências é tão intensa, que, de acordo com Kovács (1992, p. 25), “[...] não conseguir evitar ou adiar a morte, ou mesmo não ser possível aliviar o sofrimento, pode trazer ao profissional a vivência dos seus limites, impotência e finitude, o que pode ser extremamente doloroso.”

Lidar com a finitude do ser para esses profissionais, faz uma ligação direta com a forma em que o mesmo encara a sua própria morte, e as questões culturais que carrega a respeito do tema. Por se tratar de uma questão que o corpo físico tem um fim, os profissionais carregam mecanismos de defesa próprios para lidarem com o fato diante dos seus pacientes, podendo ser algo gerador de grande ansiedade ou então encarado como uma simples passagem.

Gráfico 2 – Sentimento do profissional na morte do paciente



Fonte: os autores.

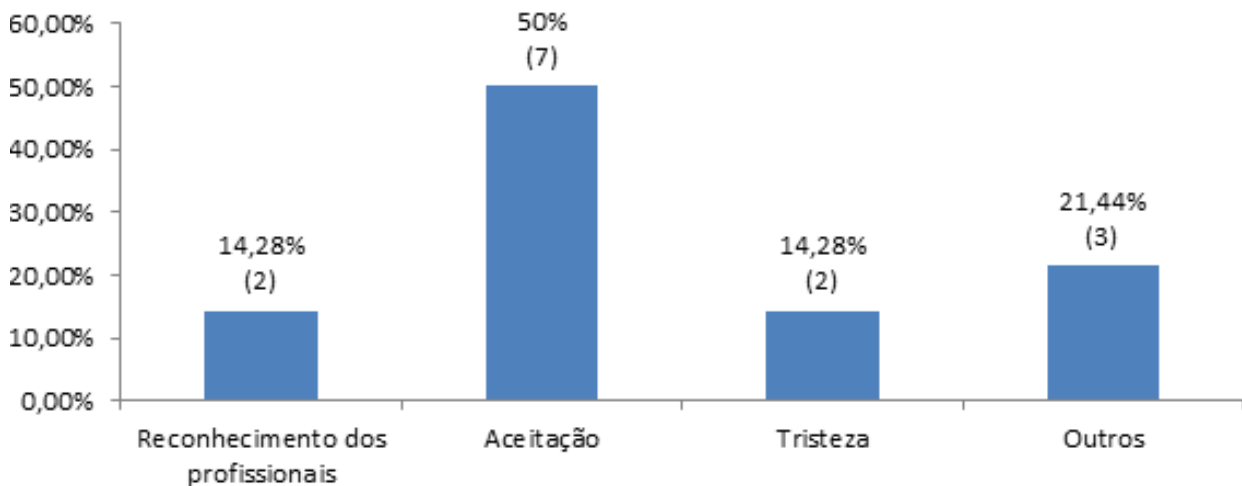
No Gráfico 2, em relação ao sentimento do profissional na morte do paciente, consta a estabilidade emocional como o sentimento mais utilizado pelos profissionais em se tratando da morte do paciente. Nesse item, sentimentos como tristeza, vínculo e fracasso também aparecem e fazem crer que a morte tem questões do próprio sujeito envolvido, para alguns com sentimentos mais racionais e para outros com sentimentos emocionais. As mulheres nesse item costumam ser mais emotivas, descrevendo situações semelhantes à de uma das entrevistas, conforme relato a seguir:

Aí a gente chora junto com o familiar, a gente fica abatido, logo que eu entrei aqui com todos os pacientes, eu me sentia assim, aí o Dr. me chamou para uma conversa e falou: "Olha, você tem que saber que aqui dentro você só é um profissional, eu sei que todo mundo tem sentimento, mas do jeito que você está não sei se você vai continuar aqui no setor". (E2) (informação verbal).

Nessas situações em que a estabilidade emocional, aprendida na faculdade para as profissionais e na residência para os médicos, faz com que a mente não adoça, diante do acometimento do óbito por parte de alguns pacientes, preservando e até mesmo separando questões relacionadas ao trabalho e à vida pessoal, aqui cabe ressaltar os quatro pilares fundamentais propostos por Camon (2002), um deles é o distanciamento crítico, em que a dor do paciente é aprendida e compreendida, sendo a maneira adequada de equilíbrio, permitindo ampla intervenção, assim, o foco é no doente e na sua compreensão.

Nesse sentido, o profissional é visto como frio, porém, na realidade, ele mantém certa distância do paciente e não de sua dor, considerando toda a sua doença e enfermidade. Esse modelo de profissional faz com que, muitas vezes, o vínculo não seja fortalecido em decorrência dessa distância.

Gráfico 3 – A família perante o profissional após a morte do paciente



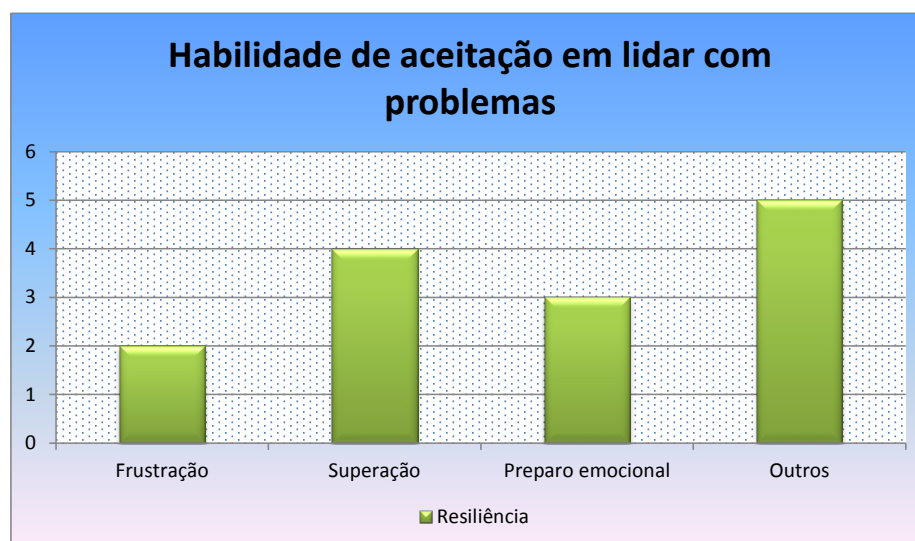
Fonte: os autores.

No Gráfico 3, em mais de 50% da entrevista, o item mais comentado é a aceitação por parte da família. Com o diagnóstico de câncer, muitos pensamentos recaem sobre a família do paciente, fazendo com que a cada exame ou conversa com o médico, muito de seu processo evolutivo seja desvendado. A partir dessas conversas, a família consegue entender o real estágio da doença e aos poucos se conforma com ela e também lida melhor com a sua aceitação. Nesse item, respostas como: tristeza, reconhecimento (dos profissionais e seus auxílios), depende (respostas em que tudo depende de cada caso), alívio e carinho são dadas à pergunta.

Trazendo o olhar de Carvalho (2003), as possibilidades de atuação da Psico-oncologia, em três níveis: primeiro, os estilos de vida do indivíduo, o estresse e o comportamento; segundo, a educação para o diagnóstico de câncer, a orientação dos médicos e as situações estressantes do ciclo vital; e, terceiro, o correto andamento do tratamento pelo paciente e os riscos ou consequências de não o aderir.

Essas possibilidades atuam sobre a visão dessa família no profissional que está assiduamente cuidando do paciente e em busca do seu bem-estar. A aceitação da morte para essa família condiz que há muito desses ensinamentos partindo dos profissionais, com questões ligadas à finitude do ser, a partir de um agravamento do quadro da doença.

Gráfico 4 – Habilidade de lidar com frustrações em tratamento



Fonte: os autores.

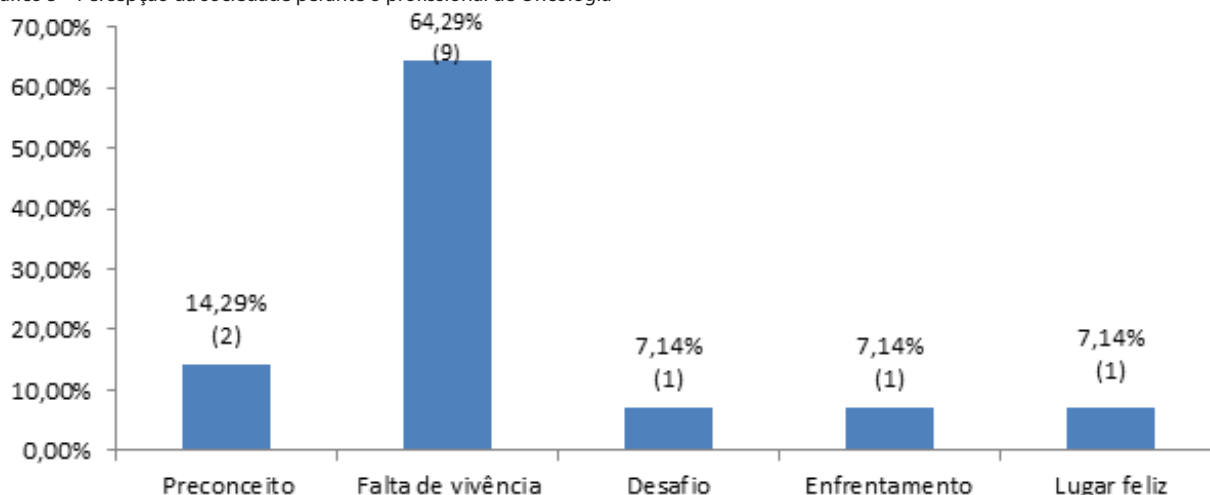
No Gráfico 4, para o item referente à resiliência do profissional, diante do decaimento do paciente de forma inesperada, a resposta mais apontada é a de que a superação faz parte desse momento.

Respostas como *estabilidade emocional, frustração, impotência, dificuldade, surpresa, susto e resgate* são vistas pelos profissionais diante do paciente. A superação tem uma ligação intensa com a estabilidade emocional, pois para a superação do caso é necessário que haja um comando das emoções e do uso de mecanismos de defesa que acabam se tornando automáticos na vida do profissional, sem mesmo percebê-los, conforme o relato do entrevistado:

[...] No tempo de residência, eu tenho pacientes que são muito mais falante, outros menos, mas teve um paciente que era muito simpático, sempre queria conversar muito e depois de um período a gente ficou tratando por bastante tempo, aí ele ficou voltando e a doença dele mostrou que não ia melhorar e teve um período que ele piorou bastante, foi esse período que ele acabou não indo embora do hospital, ou ele foi e já voltou logo, e ele contou para um funcionário que eu também me dava bem e que cuidava bem dele, que ele sabia que estava piorando, porque ele notava que eu ficava pouco tempo, eu ou qualquer outro médico, então o que a gente faz a gente sem querer a gente tenta, não dá tempo de o paciente perguntar porque às vezes não quer nem escutar o que a gente vai falar para ele, porque é ruim, porque esse era um paciente que certamente iria perguntar, porque ele era muito participativo de tudo [...] (E7) (informação verbal).

Nesse relato, fica evidente que depois de um período, o profissional acaba utilizando mecanismos que nem percebe, mas que fazem com que o paciente tenha entendimento da situação, ou tire suas conclusões diante do caso.

Gráfico 5 – Percepção da sociedade perante o profissional de Oncologia



Fonte: os autores.

No Gráfico 5 aparecem os resultados quanto à visão da sociedade diante da Oncologia, pois ainda hoje existe resistência ao setor Oncológico e ao próprio câncer; ele é visto como algo que leva à morte. Nessa abordagem, o sentimento de grande parte dos profissionais é de que a sociedade não tem vivência, ou nunca passou pela Oncologia para acompanhar algum conhecido ou familiar, pois na realidade o que se rotula do setor não condiz com a realidade.

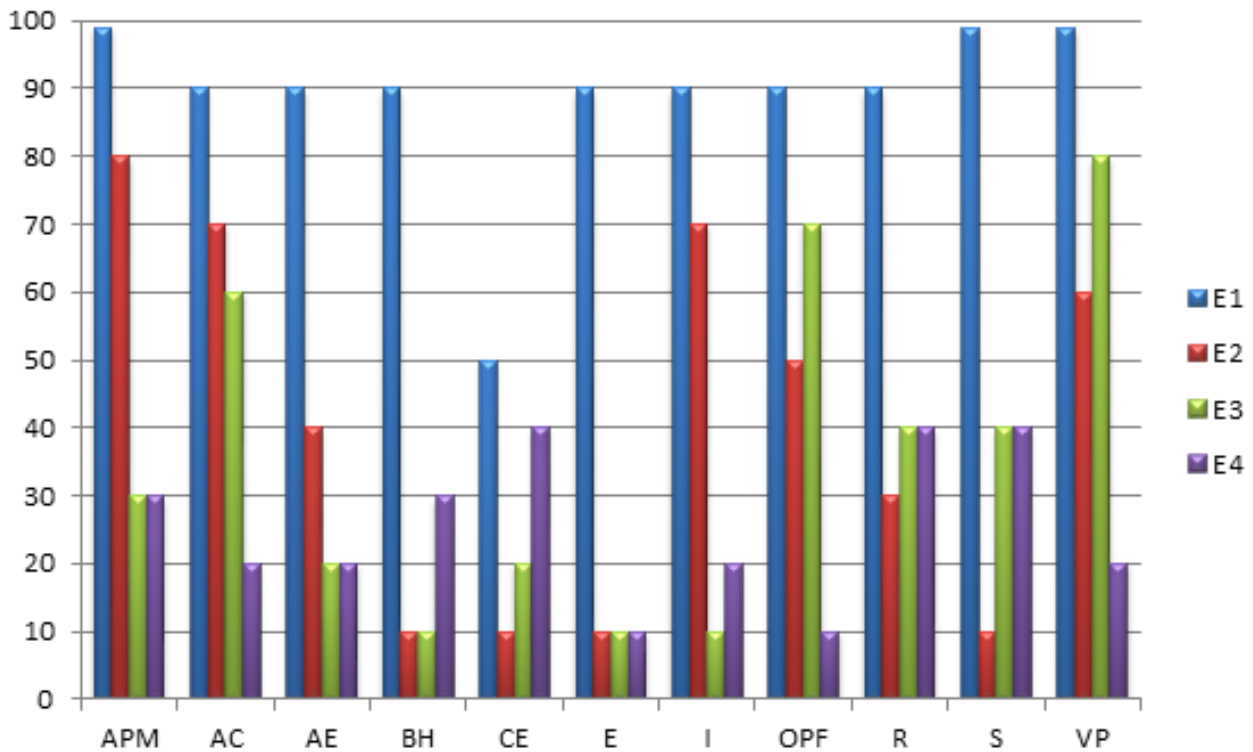
O entrevistado (E9) faz uma correlação a partir de uma metáfora em relação ao pensamento da sociedade perante a Oncologia e seus profissionais: "Normalmente são de pessoas que nunca foram telhado na vida, sempre foram pedra, ser pedra é a coisa mais fantástica e fácil que tem na vida, ser telhado é difícil, ser telhado é bem difícil." (informação verbal).

Muitas vezes, o julgamento sem vivência faz com que essa metáfora seja real na visão dos profissionais; a sociedade é muito mais pedra, em vez de ser telhado, ou seja, não sabe como é o atendimento e pensa somente no local, associado à doença do câncer.

4.2 ANÁLISE DA ESCALA DOS PILARES DA RESILIÊNCIA (EPR)

Em razão de o instrumento TAT ter limite de aplicação a partir da faixa etária de 40 anos, um dos critérios desta pesquisa foi que os sujeitos respondentes estivessem nessa faixa etária; em decorrência disso, a Escala foi aplicada a quatro profissionais. Os resultados são apresentados no Gráfico 6:

Gráfico 6 – Escala dos pilares da resiliência



Fonte: os autores.

Legenda:

Aceitação positiva da mudança – APM	Aceitação positiva da mudança – APM
Autoconfiança – AC	Autoconfiança – AC
Autoeficácia – AE	Autoeficácia – AE
Bom humor – BH	Bom humor – BH
Controle emocional – CE	Controle emocional – CE
Empatia – E	Empatia – E
Independência – I	Independência – I
Orientação positiva para o futuro – OPF	Orientação positiva para o futuro – OPF
Reflexão – R	Reflexão – R
Sociabilidade – S	Sociabilidade – S
Valores positivos – VP	Valores positivos – VP

Diante dos resultados obtidos com a Escala dos Pilares da Resiliência, foi verificado que os profissionais pesquisados apresentam níveis de resiliência esperados para o teste, tanto na análise das subescalas quanto na análise geral.

No primeiro entrevistado, somente a subescala controle emocional se encontra na média, pois as outras 10 subescalas são classificadas em nível muito alto. Esse resultado indica capacidade de adaptação positiva diante de situações adversas; o sujeito se coloca em diferentes situações com confiança e com convicção, tendo capacidade de resolver problemas de forma criativa e considerando seus atos e consequências e, na maioria das vezes, demonstra o controle das emoções. Os atributos mais fortes são aceitação positiva de mudança, sociabilidade e valores positivos.

No segundo entrevistado, os atributos mais fragilizados são o bom humor, o controle emocional, a empatia e a sociabilidade; esse resultado indica a ausência de habilidade em utilizar o bom humor para tornar uma situação problemática mais leve, que acarreta em não perceber o estado emocional de outras pessoas. As subescalas autoeficácia

e reflexão também estão com média baixa, o que indica dificuldades para refletir os eventos da vida. Os atributos mais fortes são aceitação positiva da mudança, autoconfiança e independência.

No terceiro entrevistado, os atributos mais fragilizados são autoeficácia, bom humor, empatia, independência e controle emocional; esse resultado indica o descrédito em relação às próprias capacidades, podendo não saber lidar positivamente com a solidão e a incapacidade de controlar emoções. Os atributos mais fortes são a orientação positiva para o futuro e valores positivos, que se adaptam positivamente diante de situações adversas, e honestidade, mesmo quando seu sucesso depende do contrário.

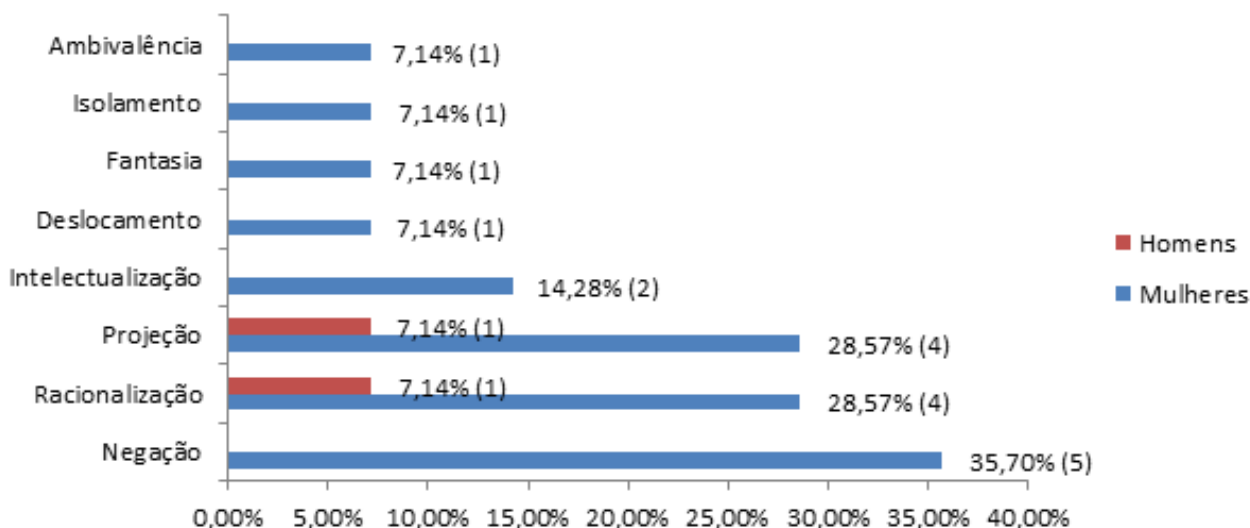
Na quarta entrevistada, os atributos mais fragilizados são autoconfiança, autoeficácia, empatia, independência, orientação positiva para o futuro e valores positivos; esse resultado indica que se deixa abater quando alguém faz críticas em relação a ela, pois não é segura quanto às suas escolhas, com alguns recursos cognitivos necessários para a resolução da maioria dos problemas que lhe são apresentados, podendo também interpretar o comportamento alheio de forma errônea, algumas vezes com falta de preocupação com os valores comuns a toda a sociedade e com o bem-estar de outras pessoas e, por fim, eventos negativos tendem a ser um motivo para que a pessoa perca a esperança de que dias melhores virão. Os atributos mais fortes são a sociabilidade, a reflexão e o controle emocional, que se referem à pessoa mais reclusa, sem interações, que não entra em contato com seus pensamentos mais íntimos e também não demonstra o controle de suas emoções em eventos estressores.

Contudo, cabe salientar, que segundo Pinheiro (2004 apud ANGST, 2009, p. 255), nenhuma pessoa é permanentemente resiliente, mas está naquele momento resiliente, evidenciando que a resiliência é dependente de uma relação dinâmica entre o meio e o indivíduo, e é esse processo que determina a posição de cada ser em cada situação.

4.3 ANÁLISE DO TESTE DA APERCEPÇÃO TEMÁTICA (TAT)

O TAT foi utilizado em sujeitos com até 40 anos, de acordo com orientações do manual. O total de lâminas desse Teste equivale a 31, sendo selecionadas cinco lâminas que condizem com os objetivos da pesquisa. As figuras estimulam a imaginação e servem para a pessoa lidar com as situações clássicas da vida. Abaixo, as lâminas apresentadas:

Gráfico 7 – Lâmina 1 (Universal)



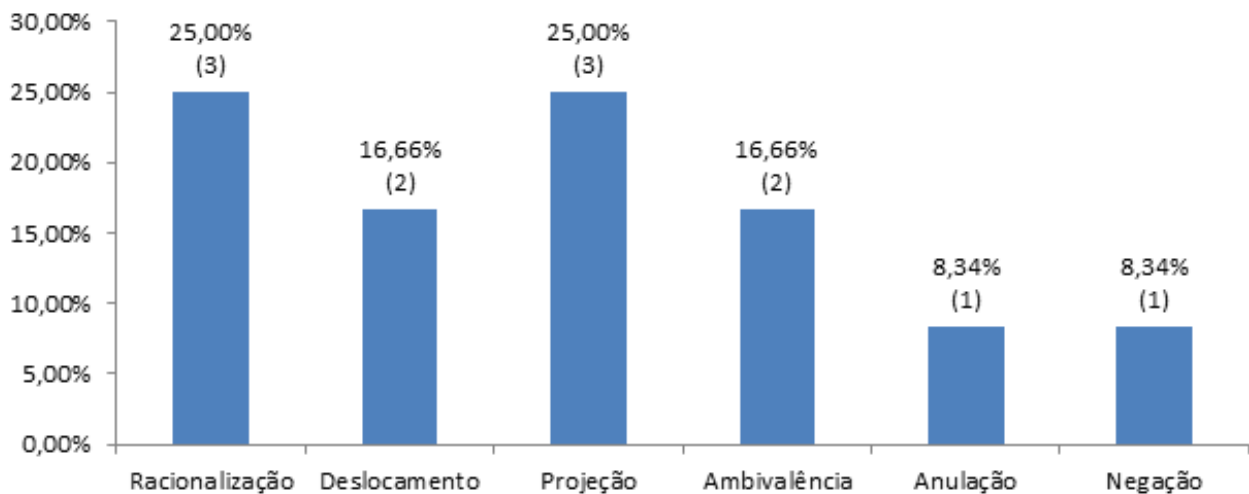
Fonte: os autores.

Na primeira lâmina, na qual mulheres e um homem participaram, após visualização da imagem, os mecanismos observados em maior número foram: negação, racionalização e projeção, seguidos de intelectualização, fantasia, isolamento e ambivalência. A lâmina contém um menino contemplando um instrumento musical que está colocado à sua frente, e isso remete aos ideais de ego, de o que o indivíduo fantasia, mas que não consegue realizar em sua vida. Com base nisso, o relato de uma entrevistada traduz esse pensamento:

É um menino, que está triste, porque ele está olhando o violino né, ele queria aprender a tocar o violino, mas ele está triste, então talvez os pais dele não estejam contentes com ele estar querendo tocar um violino, ele está bem chateado, então o sentimento que me passa dessa imagem é que ele está triste, e olhando para o instrumento com vontade de tocar, mas parece que ele não consegue por algum impedimento que ou são os pais que não querem deixar ou ele que não consegue mesmo. (E1) (informação verbal).

O mecanismo da negação foi o mais apresentado, seguido de projeção e racionalização, sendo essa uma lâmina que analisa as expectativas do sujeito, aplicadas tanto em homens quanto em mulheres.

Gráfico 8 – Lâmina 3 MF (conflitos de culpa)



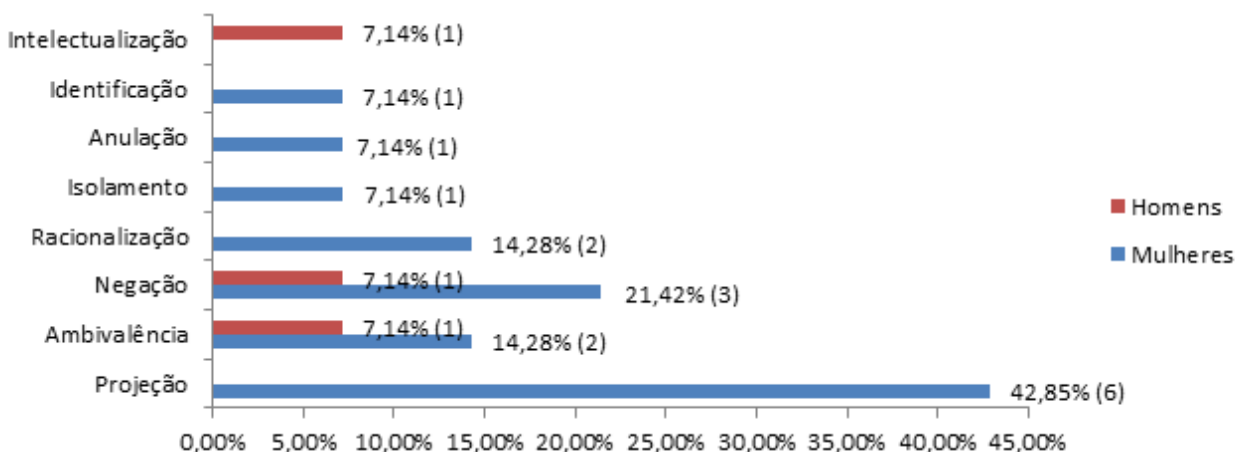
Fonte: os autores.

Na segunda imagem apresentada, que pode ser aplicada somente em mulheres, os sentimentos mais observados são: racionalização e projeção seguidas por deslocamento, ambivalência, anulação e negação. A lâmina explicita o ideal de ego que a imagem traz com os sentimentos de culpa, desespero, abandono e sensação de perda e/ou fracasso, conforme relato da entrevistada:

Ela acabou de receber uma notícia, que não foi muito boa, alguém veio contar para ela, ela em casa, e recebeu a notícia, que um ente querido não está mais presente, e ela recebeu a notícia, e agora ela está bem abalada, está tentando absorver a notícia, mas não parece que ficou muito contente, mas é o que me dá impressão, acabou de receber a notícia e está fechando a porta, da notícia que ela recebeu. (E1) (informação verbal).

Nessa lâmina, analisam-se os conflitos de culpa do sujeito; os mecanismos de defesa apresentados condizem na forma de utilizar tais mecanismos em situação de conflitos e estresse.

Gráfico 9 – Lâmina 13 HF (conflitos e atitudes de ansiedade)



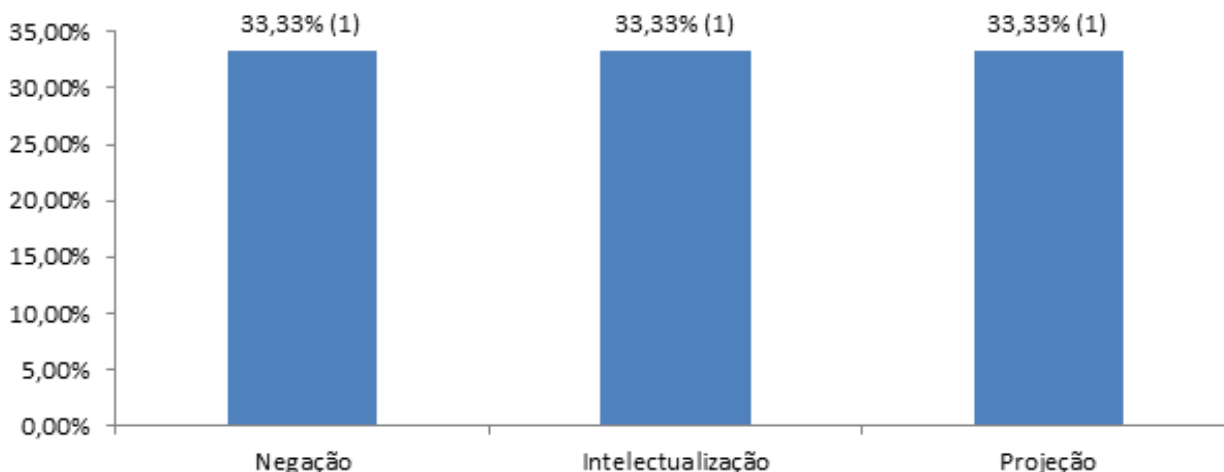
Fonte: os autores.

Na terceira lâmina, os mecanismos de defesa mais apresentados são: projeção e negação, seguidos por ambivalência, racionalização, isolamento, anulação, identificação e intelectualização. A lâmina também explicita o ideal de ego que remete a conflitos, atitudes, ansiedade e heterossexualidade relacionados à culpa. Isso fica claro na verbalização de uma das entrevistadas:

As duas ideias que eu tive é que ele chegou e encontrou ela morta e ficou assim, baqueado. E a segunda, que ele encontrou ela nua na cama, talvez dormindo, e está decepcionado porque talvez ela estivesse traindo, então me passa essas duas, fiquei confusa, não sei, fiquei ainda dividida entre essas duas coisas, ou ele encontrou ela morta, ou encontrou ela traindo. E aí ele ficou decepcionado, triste, mas me parece que ele está mais com cara de decepcionado do que de triste nessa imagem. (E1) (informação verbal).

Nessa lâmina, analisam-se os conflitos e as atitudes de ansiedade do sujeito; os mecanismos de defesa apresentados condizem na forma de utilizar tais mecanismos em situação de ansiedade, diante do paciente.

Gráfico 10 – Lâmina 12 H (atitude frente ao adulto)



Fonte: os autores.

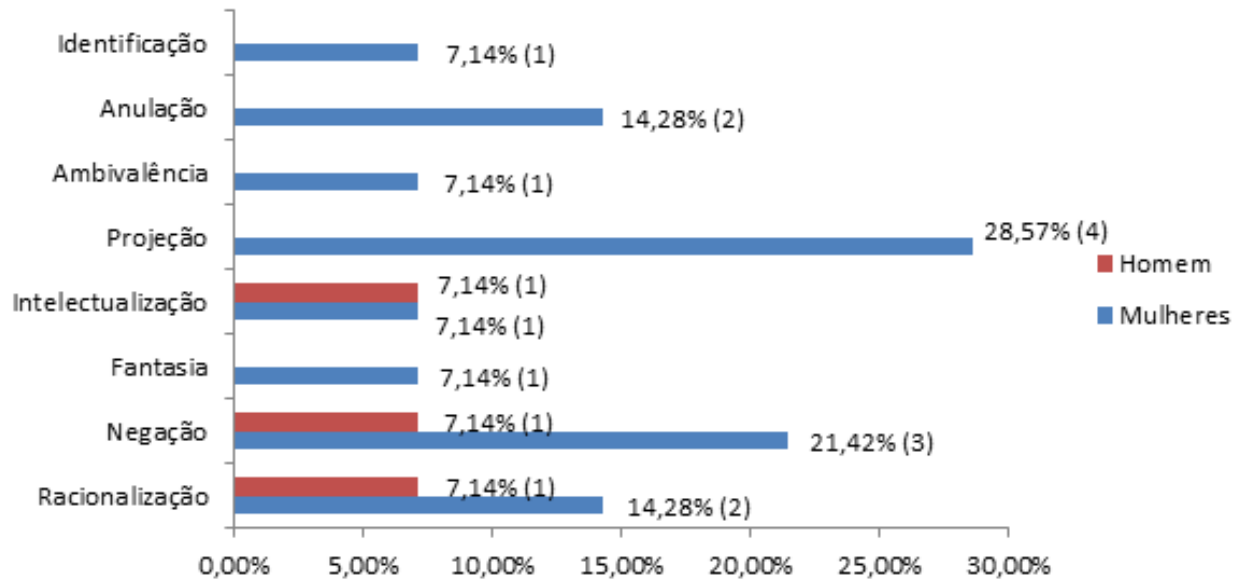
Na quarta lâmina, os mecanismos apresentados pelo entrevistado são: negação, intelectualização e projeção. Nessa imagem, podem ser vistos conflitos contra a relação transferencial na situação de exame. O relato do entrevistado condiz com a postura do profissional:

Um adulto deitado, não necessariamente não está com faces doentias, nem emagrecido nem nada. E eu vejo uma outra pessoa mais velha, impondo as mãos sobre o rosto [...] Eu não vejo feições

doentias na pessoa que está deitada né, então pode ser, pode ser um familiar apenas abençoando um ente, mas eu não vejo nada doentio nessa imagem não. (E9) (informação verbal).

Nessa lâmina, analisam-se os conflitos e atitudes frente ao adulto do sujeito; os mecanismos de defesa apresentados condizem na forma de utilizar tais mecanismos em situação de atitudes e tomada de decisões diante do paciente.

Gráfico 11 – Lâmina 15 (fantasia quanto à morte)



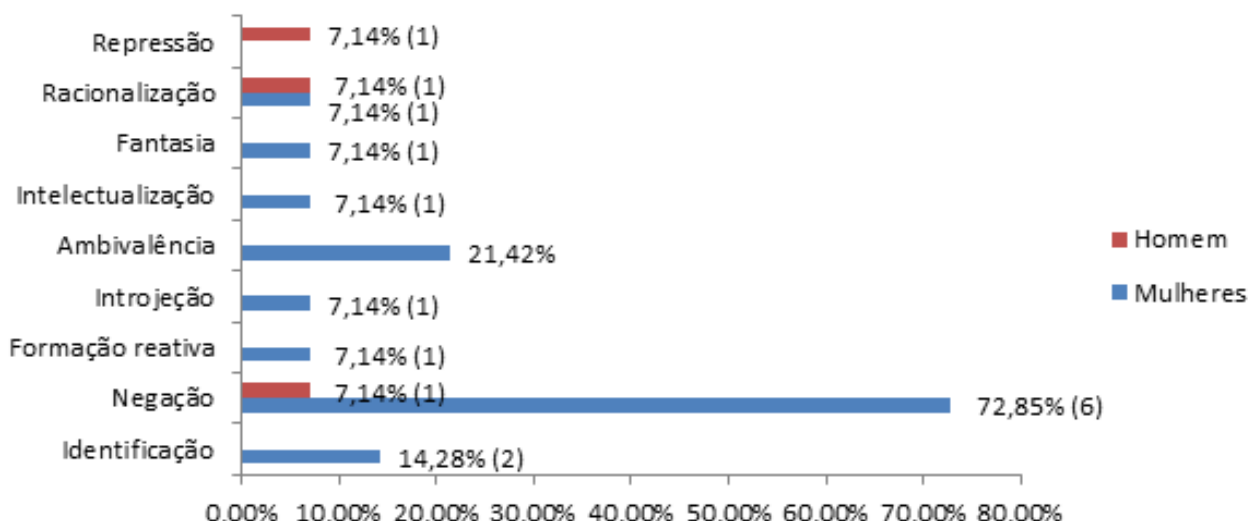
Fonte: os autores.

Na quinta lâmina, os mecanismos mais apresentados são projeção e negação, seguidos de racionalização, fantasia, intelectualização, ambivalência, anulação e identificação. Essa imagem traz a fantasia quanto à morte e ao castigo e o medo do desconhecido. Isso condiz com o relato de um dos entrevistados:

Aqui é um cemitério, bem escuro, bastante gente morta. E esse aqui eu acho que é o diabo, não conheço, mas ele está muito feio, não sei o que ele está fazendo aí. Um coveiro, alguma coisa assim talvez, nossa, mas com esse aspecto eu não sei. Ui, não passa uma imagem boa essa foto, aperto, assim, um aperto, ui, uma sensação bem ruim. (E2) (informação verbal).

Nessa lâmina, analisam-se as fantasias quanto à morte do sujeito; os mecanismos de defesa apresentados condizem na forma de utilizar tais mecanismos em situação ligada à própria finitude do ser do profissional.

Gráfico 12 – Lâmina 19 (preocupação, abandono ou culpa)



Fonte: os autores.

Na sexta lâmina, os mecanismos mais apresentados são negação e ambivalência, seguidos por identificação, formação reativa, introjeção, intelectualização, fantasia, racionalização e repressão. A lâmina apresenta o quadro fantasmagórico, de formações de nuvens pairando sobre uma cabana de neve no campo. A imagem condiz com o relato de um dos entrevistados: “É uma casinha, aqui o chaminé, parece neve, também está meio escuro, meio claro, meio final de tarde. Parece ser isso. Parece que tem um fantasma [...] Parece que tem alguma coisa observando, um fantasma, alguma coisa.” (E3) (informação verbal).

O resultado, diante dos instrumentos aplicados, refere-se às habilidades desses profissionais em lidarem com as questões de finitude do ser, ainda mais em âmbito de hospital, onde isso ocorre com maior frequência. A equipe e os profissionais que a representam, ao longo da sua atividade atuando dentro do hospital, desenvolveram mecanismos que são automáticos, ligados diretamente para blindar certas emoções sentidas nesses acontecimentos de morte. Com esses mecanismos ativos pelo inconsciente, a forma como o indivíduo lidará com essa questão depende da maneira de como ele tem suas questões de morte elaboradas internamente, o que pode ser evidenciado a partir do instrumento TAT aplicado, no qual o resultado é uma variante de fatores de introversão e extroversão, próprios de cada indivíduo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo teve-se como objetivo identificar as reações da equipe multidisciplinar diante da morte do paciente oncológico, bem como observar quais as principais formas para o enfrentamento dessa morte para as suas vidas. A escolha do tema da pesquisa foi de curiosidade pessoal, sendo também escassos os estudos nessa visão. A partir dessa curiosidade, surgiu o interesse em identificar essas características nos profissionais do setor Oncológico, um lugar de espera, expectativas e muitas histórias.

Considerando que, de maneira geral, o câncer ainda é tido com uma doença causadora de morte na sociedade, muitos trechos da pesquisa desmistificam toda essa história e trazem a visão da Oncologia e da própria doença como algo, que apesar de atingir muitas pessoas, tem um alto índice de cura. Ao longo da história, a sobrevivência de pessoas diagnosticadas com câncer aumenta e a tendência é que essa aversão acabe, ou se misture diante do conhecimento, por parte de algumas pessoas que passam a viver a realidade desse ambiente.

O câncer em seu significado, ao longo do tempo, tem como símbolo o caranguejo, que pega as suas presas e as esmaga até a morte. Com isso, muito se vê do câncer doença, como algo fatal, e, também, que o profissional, ao lidar com tais situações nesse âmbito, não possui sentimentos diante das perdas, com as quais convive com frequência. Diversos relatos mostram que o sentimento existe e é sentido como em qualquer perda e como em qualquer corpo,

no entanto, é canalizado por meio mecanismos muitas vezes automáticos para que essa perda não cause danos à mente do profissional, que precisa estar intacto acerca de tantos outros pacientes que estão para serem atendidos.

É possível atrelar esses mecanismos de canalizar o sentimento como um preparo, e também como um prazer em fazer parte do setor da Oncológico, onde apesar de perdas, os gestos e sentimentos são frequentes, pois a doença causa no indivíduo uma humildade em que cada cuidado oferecido tem impacto de felicidade e compensa qualquer sentimento ruim que possa surgir. E, na presença de sentimentos ruins, como o agravamento do quadro ou morte, a mente do profissional se prepara para acolher se necessário, a fornecer suporte ao que é necessário, dentro do limite estabelecido entre profissional-paciente-família, o que é importante nesse vínculo de tratamento, que cada um saiba os limites do envolvimento para a preservação da sua profissão.

Em vários momentos, tanto da entrevista quanto dos instrumentos, muitas respostas se limitavam na palavra “depende”, pois muito na Oncologia depende do caso, da rotina de exames e também do grau da doença, então, conforme relato de um dos entrevistados, que engloba uma visão geral, é que sempre há o que fazer, conforme segue: “E o que a gente não pode deixar é o paciente cair, assim, em desespero, deixar dizer: ‘ah, progrediu a doença, não tem mais o que fazer’. Não. A gente sempre tem o que fazer, sempre a gente vai arrumar alguma coisa, nem que seja um remédio para a dor, mas sempre vai ter o que fazer.” (E5) (informação verbal). Com base nisso, cabe ressaltar que todos os cuidados, tanto adjuvantes quanto paliativos, têm em suas consultas doses verbais de que há o tratamento e de que será feito o possível para a melhora e o bem-estar o paciente.

De acordo com o instrumento de resiliência, as maneiras como é vista a rotina de trabalho para os profissionais são divergentes, pois cada um tem sua forma mais extrovertida ou introvertida de lidar com as situações do meio. Todos, quando defrontados com a morte, acabam enfrentando a sua própria morte e a maneira com a qual eles vivenciam esse sentimento, que tem raízes diretas com o que culturalmente carregam de suas histórias de vida, o que não foi o objeto de estudo neste trabalho, mas que a partir de literaturas, observa-se como algo decisório nesse enfrentamento. Nesse sentido, a morte é uma verdade.

Na questão de enfrentar a morte de alguém, a grande dificuldade está em olhar para si mesmo, em confronto com a própria intimidade e com as questões pessoais de cada indivíduo que se liga com aquilo que tem por verdade e também como desejo de morte.

Diante de todos os dados, pode-se afirmar que a pesquisa não se limita, ou então se encerra somente com o relatório final, visto que é preciso a busca por estudos atualizados do tema que possam contribuir com novos dados da resiliência e dos mecanismos de defesa na classe dos profissionais, que estão sempre em seu limite e enfrentando jornadas que muitas vezes são atreladas a estresse, entre outras sobrecargas. Para tanto, seria de extrema relevância que se pudesse fazer isso com profissionais da área da Saúde de outras especialidades; a busca por dados de diferentes áreas e setores enriquece o conteúdo apresentado e diversifica a quantidade de estudos acerca das reações dos profissionais diante da morte do paciente.

Os profissionais aprovaram a iniciativa desta pesquisa e alguns até mesmo verbalizaram sobre a ausência de tempo para falar sobre essas questões, o que é de importância para o profissional, que retém suas informações e muitas vezes não as compartilha com alguém da área da Psicologia. Essa troca possibilitaria grandes aprendizados e uma elaboração do luto de forma mais eficaz do que somente racionalizando o fato. Para tais vivências, o psicólogo visa ao bem-estar mental desses profissionais, por meio da fala, pois eles possuem muitos conteúdos a serem trabalhados.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, Lêda Maria; PEIXINHO, André Luiz. O médico diante da morte: Aspectos da relação médico-paciente terminal. **Revista Brasileira Terapia Intensiva (RBTI)**, Salvador, v. 14, n. 3, p. 99-112, 07 set. 2013.

ALVES, Rubem. A morte como conselheira. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. (Org.). **Da morte estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus, 1991.

ANDRADE, Fabiana. **Luto**: Como ajudar quem o vive? Disponível em: <<http://oficinadepsicologia.blogs.sapo.pt/89544.html>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

ANDRADE, Hernani Guimarães. **A Transcomunicação Através dos Tempos**. São Paulo: Jornalística Fé, 1997.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto et al. **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2000.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 2002.

BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. **Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental**. Disponível em: <http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=138>. Acesso em: 20 set. 2013.

BORGES, Alini Daniéli Viana Sabino et al. **Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a14.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2013.

CAMANZI, Vania Lucia Fonseca de Miranda. **Morte, luto e gênero: a questão de gênero do profissional de saúde e do paciente frente às vivências do luto e da morte**. Disponível em: <<http://www.sotamig.com.br/downloads/Morte-luto.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2013.

CARDOSO, Tábata; MARTINS, Maria do Carmo Fernandes. **EPR – Escala dos pilares da resiliência**. São Paulo: Vetor, 2013.

CARVALHO, Ricardo Celso Fernandes; SANTOS, Manoel Antonio; MOSCHETTA, Mariana Stahëlin. **Transição para o mundo profissional: a construção da identidade do psicólogo em um serviço de psico-oncologia, na perspectiva das relações de gênero**. [no prelo].

CERVENY, Ceneide Maria Oliveira (Org.). **Família e... narrativas, gênero, parentalidade, irmãos, filhos no divórcio, genealogia, história, estrutura, violência, intervenção sistêmica, rede social**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. **Morte: uma visão psicossocial**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2006000200010&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 nov. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Florianópolis, SC, 2005.

DATTILIO, Frank M.; FREEMAN, Arthur S. (Org.). **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise**. Tradução VERONESE, M. A. V. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio: O dicionário do século XXI**. São Paulo: Nova Fronteira, 1999.

FRANCO, Maria Helena Pereira. **Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade**. São Paulo: Summus, 2010.

FREUD, Anna. **O Ego e os mecanismos de Defesa**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1978.

GROTBERG, Edith Henderson. Introdução: novas tendências em resiliência. In: MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Néstor Suárez (Ed.). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. São Paulo: Artmed, 2005.

HENNEZEL, Marie. **La muerte intima**. Barcelona: Plaza e Janes, 1996.

HOLLAND, Jimmie; ROWLAND, John. **Handbook of Psychooncology**. Nova Iorque: Oxford University Press, 1990.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para a morte: Desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. **“Sobre a morte e o morrer”**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1985.

LIMA, Regina Aparecida Garcia. **Experiências de pais e outros familiares de crianças e adolescentes com câncer: bases para os cuidados paliativos**. 2003. Tese de Livre Docência Não publicada—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a14.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

- MELO, Luciane Lione. "E a luz está se apagando...": Vivências com câncer em fase terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 566-575, 1999.
- MENEZES, Catarina Nívea Bezerra et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Rev. Mal-Estar subj.**, v. 7, n. 1, p. 191-210, 2007.
- MORAES, Carlos. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: CARVALHO, Margarida M. J. (Org.). **Introdução à Psico-oncologia**. Campinas: Livro Pleno, 2002.
- MURRAY, Henry. **Teste de apercepção temática**. São Paulo: Mestre Jou, 1967.
- PADILHA, Camila Eliza Graziottin. **Estratégias de Enfrentamento e Resiliência em Psicólogos em Início de Carreira Atuantes em Psicologia Clínica**. Porto Alegre: Psicoterapia, Ensino e Cultura, 2010. Disponível em: <http://www.institutofernandopessoa.com.br/v1/app_site/views/img/_artigos/resiliencia.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2014.
- PARKES, Colin Murray. **Luto: Estudos Sobre a Perda na Vida Adulta**. Tradução Maria Helena Franco Bromberg. São Paulo: Summus, 1998.
- PESCE, Renata; ASSIS, Simone; SANTOS, Nilton. Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor da resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2004.
- PINHEIRO, Débora Patrícia Nemer. A Resiliência em Discussão. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.
- PONTEL, Evandro; OLMARO, Paulo M. A. S. **Morte, morrer: múltiplos sentidos!** Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/visaoglobal/article/download/1729/pdf_294>. Acesso em: 09 set. 2013.
- SANTOS, Alesse Ribeiro dos. Psicologia pediátrica em um hospital-escola. In: KERBAUY, Rachel Rodrigues (Org.). **Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação. A ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico**. Santo André: Arbytes, 2000.
- SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos: Discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.
- SCHWARTZ, Gary; WEISS, Stephen. Behavioral medicine revisited: An amended definition. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 1, p. 249-251, 1978.
- SILVA, Francislaine da; BERVIQUE, Jaqueline de Aguirre. **Psico-oncologia: Lidando com a doença, o doente e a morte**. Disponível em: <http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/ZrorgJNimECIQ-GP_2013-4-30-16-28-51.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.
- SILVA, Lucia Cecília da. **O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer**. Disponível em: <<http://www.psicolatina.org/16/sofrimento.html>>. Acesso em: 08 ago. 2014.
- SOUZA, Tânia Regina Corrêa de. **Morte e luto: Desafios para o profissional da saúde**. Disponível em: <[http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte e o Morrer/MORTE E LUTO.pdf](http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20Morrer/MORTE%20E%20LUTO.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2013.
- SPEECE, Mark; BRENT, Strauss. **Children's understanding of death: A review of three components of a death concept**. *Child Development*, v. 55, p. 1671-1686, 1984.
- TAVARES, José. A resiliência na sociedade emergente. In: TAVARES, José (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001.
- TORRES, Wilma Costa. O conceito de morte em doenças crônicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 18, n. 2, p. 221-229, mar./ago. 2014.
- VENDRUSCOLO, Juliana. A criança curada de câncer: modos de existir. In: VALLE, Elizabeth R. M. do. **Psico-Oncologia Pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

VON HOHENDORFF, Jean; MELO, Wilson Vieira. **Compreensão da morte e desenvolvimento humano**: Contribuições à psicologia hospitalar. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/pdf/v9n2a14.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2013.

YUNES, Maria Angela Mattar. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, v. 8, p. 75-84, 2003.

YUNES, Maria Angela Mattar; SZYMANSKI, Heloisa. Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, José (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001.

ZILLES, Urbano. A morte: o destino do homem? In: BRUSTOLIN, Leomar Antônio. **Morte**: uma abordagem para a vida. Porto Alegre: EST, 2007.