



ÁREA TEMÁTICA: Saúde, corpo e sexualidade

Enfrentando o fantasma da morte: as estratégias negociadas e as lógicas partilhadas pelos enfermeiros de um serviço de cuidados paliativos

HILÁRIO, Ana Patrícia

Licenciatura em Sociologia e Planeamento, Pós-graduação em Família e Sociedade

CIES-ISCTE

patriciahilario@gmail.com

Resumo

Os cuidados paliativos surgiram como reacção aos cuidados despersonalizados prestados nos hospitais aos doentes terminais. A prestação de cuidados a estes doentes coloca vários desafios aos profissionais de saúde, nomeadamente no que respeita ao alívio do sofrimento e à proximidade da morte. Com o propósito de atribuir significado aos cuidados prestados aos doentes terminais, os profissionais de saúde desenvolvem um sistema de valores, cuja base assenta na ideologia da boa morte.

O objectivo da presente comunicação é o de identificar, a partir da análise de 9 entrevistas em profundidade efectuadas a enfermeiros, com idades compreendidas entre os 26 e os 64 anos, de um serviço de cuidados paliativos, as estratégias e as lógicas de apoio desenvolvidas por estes profissionais de saúde de forma a minimizar o impacte do stress decorrente da natureza do seu trabalho com doentes terminais.

Propondo-se que o sistema de valores partilhado pelos profissionais de saúde, é construído e reconstruído dentro do cenário de prestação de cuidados, parte-se da hipótese de que as situações de stress encontram-se relacionadas com a forma como percebem as ameaças a esse sistema de valores. Através desta pesquisa pretende-se compreender quais os elementos que configuram esse sistema de valores e analisar os mecanismos accionados de forma a minimizar o impacte das situações de stress.

Palavras-chave: cuidados paliativos; boa morte; doente terminal; profissionais de saúde





I. Introdução

O objectivo da presente comunicação é o de identificar, a partir da análise qualitativa de 9 entrevistas em profundidade feitas a enfermeiros, entre os 26 e os 64 anos, que trabalham num serviço de prestação de cuidados paliativos a doentes terminais, as estratégias e as lógicas de apoio desenvolvidas por estes profissionais de saúde de forma a minimizar o impacto do stress decorrente da natureza do seu trabalho.

Propondo-se que o sistema de valores partilhado pelos profissionais de saúde, é construído e reconstruído dentro do cenário de prestação de cuidados, parte-se da hipótese de que as situações de stress encontram-se relacionadas com a forma como percebem as ameaças a esse sistema de valores.

Com esta interrogação pretende-se compreender quais os elementos que configuram esse sistema de valores e, ao mesmo tempo, analisar os mecanismos accionados por estes enfermeiros para minimizar o impacto das situações de stress que ameaçam a manutenção desse sistema de valores.

II. O lugar da morte nas sociedades contemporâneas

Na modernidade tardia as dimensões privadas e públicas da morte foram radicalmente separadas. Áries (1975) refere, por exemplo, que a sociedade moderna tem se vindo a organizar no sentido de evitar as dimensões em torno da morte. A morte deixou de ser vivida no seio da comunidade, passando a ser encarada como uma experiência individual, que ocorre no hospital, sob a égide do poder médico. A morte é institucionalizada, desritualizada e silenciada, sendo por isso designada de “morte selvagem”.

Do mesmo modo, Elias (1985) considera que a mudança de atitudes e comportamentos face à morte é dos aspectos mais ilustrativos da mudança entre os vários estádios civilizacionais. A morte no actual estádio civilizacional é ocultada e afastada da vida social. Illich (1976), por seu turno, salienta que o processo de medicalização reduziu a capacidade dos indivíduos em lidarem com a morte e o sofrimento. A morte é então encarada como algo de anormal e inesperado, e simultaneamente, representa uma falha nas terapêuticas médicas.

A ocultação da morte encontra-se associada à transição do indivíduo doente para as instituições hospitalares. A este propósito, Kubler-Ross (1969) refere que, os cuidados prestados nos hospitais aos doentes terminais se centram predominantemente nas técnicas terapêuticas dado que procuram salvaguardar a vida do paciente a qualquer custo. O hospital concebido para tratar e curar tem dificuldades em dar resposta às necessidades dos doentes terminais.

A consciencialização destes aspectos levou ao desenvolvimento de uma nova filosofia de cuidados, que actualmente se denomina de cuidados paliativos, mas cuja expressão inicial teve por base o movimento moderno dos hospícios. Este novo modelo de prestação de cuidados a doentes terminais pretende através da promoção de cuidados holísticos ir ao encontro das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes e seus familiares (Clark & Seymour, 1999).

III. Á procura de uma definição de boa morte

O conceito de boa morte é útil para compreender a diversidade de influências históricas e filosóficas que convergiram no modelo de prestação de cuidados paliativos (Field, 1989; Glaser & Strauss, 1965; Kubler-Ross, 1969). De modo geral, a noção de boa morte pode ser conceptualizada como uma série de procedimentos sociais que envolvem o doente, os seus familiares e os profissionais de saúde no período antes da morte (Kearl, 1996; Nimocks, 1987).



A este propósito, McNamara et al (1994) salientam que, a morte pode ser definida como boa se existe conhecimento, preparação e aceitação por parte de todos os actores envolvidos no processo de morrer. Payne et al (1996a) consideram que as percepções de uma boa ou má morte encontram-se associadas ao desenvolvimento de algumas inter-relações entre os desejos dos pacientes, a capacidade de atingir as expectativas dos vários intervenientes e o controlo que é exercido sobre o processo de morrer.

Seymour (1999) sugere que o que existem são múltiplas representações sobre a trajectória ideal de morrer. Lawton (2000) refere, por exemplo, que para os enfermeiros que trabalham em serviços de cuidados paliativos uma boa morte é aquela em que o doente morre livre de dores. Por seu turno, em entrevistas quer com profissionais de saúde (McNamara et al, 1994) quer com pacientes (Payne et al, 1996b) foi referido que para ocorrer uma boa morte é essencial que o doente esteja sem dores e sereno.

A interpretação do discurso dos sujeitos entrevistados sugere a presença de uma lógica idêntica à que fora apresentada por estes autores, como o pode ilustrar o seguinte excerto:

“É uma morte serena! É uma morte sem dor! É uma morte confortável e uma morte amada pelas pessoas que estão ao nosso lado.” (enfermeira Sara)

McNamara (2004) salienta, por exemplo, que a boa morte depende de factores inerentes ao contexto social e cultural em que o paciente se encontra inserido, mas também de aspectos associados à evolução da doença. Lawton (2000) sugere, de facto, que é difícil para os profissionais de saúde obterem um controlo eficaz da dor e dos desconfortos físicos associados à progressão da doença, daí que os pacientes muitas vezes morram agitados, confusos e angustiados.

Os factores que condicionam a obtenção de uma boa morte, expressos pelos enfermeiros entrevistados, apontam para o não controlo de certo tipo de sintomas, assim como para aspectos associados ao sofrimento emocional do doente e à existência de conflitos familiares. Como ilustração, considere-se o seguinte excerto:

“Eu acho que não vai só da medicação para controlar a dor. Vai muito da personalidade e daquilo que os doentes sabem ou não sabem. E o organismo reage de maneira diferente. Portanto, existem situações que, por muito que se ache que as dores até estão controladas, existe um conjunto de factores que podem condicionar. Se o doente está revoltado. Se o doente teve uma zanga com o filho que ainda não resolveu.” (enfermeira Matilde)

Segundo McNamara (2004), os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos tendem a colocar em primeiro plano os aspectos associados ao controlo da dor física e dos sintomas da doença. Isto pode ser compreendido como um instrumento que permite assegurar algum tipo de certeza, num processo que se caracteriza pela incerteza. Uma vez que os aspectos psicológicos são menos previsíveis e, por conseguinte, menos possíveis de controlar, são remetidos para um segundo plano.

A partir da análise do discurso dos enfermeiros entrevistados sobressai a ideia de que a dor e o controlo dos sintomas é um elemento central na prestação de cuidados paliativos, na medida em que, tal influência consideravelmente o bem-estar geral do doente. Uma ilustração da importância atribuída aos aspectos terapêuticos na prestação de cuidados pode ser depreendida do seguinte excerto de uma entrevista:

“Aspectos prioritários na prestação de cuidados paliativos temos o controlo da dor. Eu acho que isso é fundamental porque acaba por ser um ciclo. Se eles têm dor não querem comer. Se eles têm dor não conseguem fazer as pequenas coisas que poderiam. Se eles têm dor não querem saber de nada! Se lhes tirarmos a dor, e se eles não tiverem dor, se calhar até já conseguem tomar o pequeno-almoço. Se conseguiram tomar o pequeno-almoço conseguem tomar banho. Se conseguiram tomar banho sentem-se mais à vontade e com mais cuidados conseguem dar umas voltas pela unidade.” (enfermeira Matilde)

Constatou-se ainda que, após o controlo da dor e da sintomatologia, os enfermeiros entrevistados consideram que é essencial ir ao encontro das necessidades emocionais dos doentes, sendo que tal poderá



passar pela satisfação de vontades e desejos expressos pelos pacientes até à resolução de certos conflitos familiares. Também ilustrativo desta opinião é o seguinte excerto:

“Há uma coisa que se calhar não é prioritário em qualquer outro doente mas neste é: que é a resolução de determinado tipo de conflitos internos ou familiares que eles têm. Porque é muito importante se eles tiverem conscientes e orientados, que pouco tempo antes de falecerem consigam fazer aquilo que sempre tiveram vontade e nunca conseguiram.” (enfermeira Mafalda)

Embora a generalidade destes profissionais de saúde considere importante estarem activamente envolvidos no processo de morrer, a interpretação dos seus discursos revela a presença de um certo desconforto em rotular as diversas experiências dos doentes. Uma ilustração do reconhecimento de não imporem os seus valores aos diversos intervenientes no processo de morrer pode ser depreendida do seguinte excerto:

“Há várias maneiras de morrer e todas elas podem ser boas. Pode ser o doente estar consciente e dizer que sim. Vou morrer! Que Deus me leve já! E assim fica. E é uma boa morte. Uma outra boa morte é o doente não saber. Nunca quis saber e nós fazemos o possível para atenuar aquela dor psicológica. Se não tiver a física, pelo menos a psicológica tem de ser ajudada. E também me parece ser uma boa morte.” (enfermeira Maria Luísa)

McNamara (2004) salienta que os profissionais de saúde tendem cada vez mais a usar uma noção pragmática e contingente do processo de morrer, ou seja, que se aproxima tanto quanto possível da noção de morte ideal para o doente terminal. Ilustrativo desta ideia é o seguinte excerto de uma entrevista:

“Aqui depende de pessoa para pessoa. Não existe um padrão. Se por exemplo um doente pede para que não o deixemos sozinho, não vamos deixá-lo só na hora da morte. Pelo contrário, se temos um doente que diz para o deixarmos em paz, não vamos na hora da morte impor a nossa presença.” (enfermeira Mafalda)

IV. As ameaças ao sistema de valores

McNamara (2004) diz-nos, por exemplo, que as fontes de stress experienciadas pelos profissionais de saúde têm por base certos cenários organizacionais. Com efeito, de acordo com Aneshensel (1992), o conceito de stress não deve ser compreendido somente como uma desordem psicológica, pelo contrário, é necessário ter presente as discrepâncias existentes entre as condições externas onde o cuidar toma lugar e as características intrínsecas ao indivíduo.

O facto dos profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos terem de lidar diariamente com a morte e o sofrimento do outro pode condicionar de forma negativa a prestação dos cuidados e dar origem a situações de stress, ameaçando a manutenção do seu sistema de valores, cuja base assenta na ideologia de uma boa morte (McNamara et al, 1995).

McNamara et al (1995) salientam que os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos consideram que a morte e o processo de morrer são temas que a maioria das pessoas prefere não discutir. Do mesmo modo, os sujeitos entrevistados referem que a generalidade das pessoas não consegue perceber a natureza da prestação de cuidados a doentes terminais, como o pode ilustrar os seguintes excertos:

“Toda a gente diz que deve ser super deprimente! Que horror! Como é que tu aguentas? Que tristeza, todos os dias vês pessoas a morrer! Como é que é possível levares isso com tanta leveza? Não é que leve, mas a falar à frente deles até parece. Acham muito mau. Não sabem como é que é possível uma pessoa escolher, optar por trabalhar num sítio assim. Ainda que eu fosse obrigada, está bem! Mas como eu não sou obrigada!” (enfermeira Sara)

“Como é que consegues! Que horror! Ninguém vai trabalhar para um sítio desses! Mas ninguém porquê? Eu quando estou a falar de familiares e amigos, também estou a falar de pessoal ligado ao hospital. Então



mas se sabes que vão morrer, o que é que estás lá a fazer? O que é que fazes lá? Pensam que aqui não se faz nada! (enfermeira Matilde)

O stress sentido por estes enfermeiros encontra-se deste modo relacionado com a não-aceitação da morte e com a consequente desvalorização do seu sistema de valores. Os sujeitos entrevistados afirmam que enfrentar pessoalmente a morte é uma questão que não pode ser ignorada mas que com o tempo se habitua à sua proximidade, como o pode ilustrar o seguinte excerto:

“Acontece morrer um doente no turno e ter de ir tratar de outro doente. Temos de fazer o luto daquilo que perdemos e continuar a dar ânimo e prestar cuidados aos outros doentes.” (enfermeira Inês)

A exposição prolongada à morte, como Redindaugh et al (2001) salientam, encontra-se associada ao aumento do stress e do esgotamento emocional dos profissionais de saúde que trabalham neste cenário de prestação de cuidados. Como se pôde constatar na investigação realizada, existe uma certa dificuldade por parte dos enfermeiros entrevistados em controlar as suas emoções e em desenvolver estratégias de comunicação eficazes que permitam contornar as situações de stress. Tomemos como ilustração desta situação o episódio relatado por uma enfermeira:

“Foi logo no início. Foi numa dessas vezes que me apeteceu sair daqui para fora. Cheguei, fui ver os doentes. Entro num quarto e está um falecido, entro noutra e também já tinha falecido, e vou ao terceiro. Quando cheguei ao quarto o doente estava a chorar, e eu perguntei o que é que se passa, e ele disse, estou com medo, e eu perguntei, mas está com medo de quê, e o doente respondeu, que você me mate. Eu após ter entrado no quarto e as pessoas já terem morrido, eu quando vou ao terceiro, e ele diz-me isso. Eu disse: Ah! Não é nada! Muito rápido, e sai do quarto. Eu estava em pânico! Eu só não sai daqui [unidade] porque tinha que ter uma atitude adulta. Eu sei que não fui correcta, mas, lá está, há coisas que nós não controlamos! É difícil controlarmos as emoções!” (enfermeira Isabel)

Refira-se, a este propósito, o estudo realizado por Escot et al (2001) acerca das reacções emocionais dos enfermeiros que prestam cuidados em serviços de oncologia, na medida em que, os autores concluíram que, estes profissionais de saúde eram frequentemente atingidos por pensamentos acerca da morte ou do morto ao regressarem a casa. Uma ilustração destas reacções emocionais pode ser depreendida dos seguintes excertos:

“Eu fiz aqui muitas horas, e não devia ter feito. E eu sonhei com ele (o doente) a dizer-me tu picaste-me! Foi horrível! Foi o pior! Porque tive com ele (o doente) durante aquele tempo todo a tentar tudo e mais alguma coisa e no fim à hora da morte eu piquei-o! Ele (o doente) não queria ter dores, mas também não queria que eu o picasse. Realmente eu sonhei durante muito tempo com ele (o doente) a dizer-me tu picaste-me!” (enfermeira Mafalda)

“Pelo menos no que me respeita, é assim, eu todos os dias vou para casa, e devia deixar os doentes todos aqui, mas não deixo, eu levo-os comigo para casa. Até posso chegar ali ao fim da rua e não pensar mais, não é, mas geralmente, estou em casa e estou a pensar neles. Não consigo deixar de pensar em certas situações, não dá mesmo.” (enfermeira Maria Luísa)

McNamara et al (1995) referem que a idade é um elemento central ao nível da aceitação da morte neste cenário de prestação de cuidados. Como se pode constatar através da análise das entrevistas realizadas, a maioria dos enfermeiros refere que é mais fácil aceitar a morte de um doente mais velho do que de um doente jovem. Tome-se como ilustração, o seguinte excerto de uma entrevista:

“Se tenho um paciente com oitenta anos e outro com trinta e cinco, estão no mesmo período, estão na mesma fase, acaba por, é complicado dizer isto, custar-me mais aquele que tem trinta e cinco anos, porque ainda teria... É cedo demais para morrer, bolas! Do que aquele que tem oitenta anos!” (enfermeira Matilde)

Field e James (1999) apontam ainda que o facto do doente ser jovem pode levar ao desenrolar de um processo de identificação do profissional de saúde com o paciente. Uma ilustração deste processo de identificação pode ser depreendida dos seguintes excertos:



“Enfim, é mais difícil desempenhar o meu papel perante uma pessoa da minha idade. É mais difícil e é inevitável estabelecer comparações. É diferente em tudo! É diferente na linguagem! Na nossa postura perante eles! Em tudo é diferente! (...) Como é óbvio eu ter vinte e seis e ter um doente também com vinte e seis anos é complicado. Normalmente ninguém quer ficar com esses doentes.” (enfermeira Margarida)

“Foi uma das razões que me levou a sair daqui, é engraçado. Porque havia pessoas que morriam aos quarenta e tal ou aos trinta e tal. Meu Deus! Quer dizer, se eu aos vinte e tal não aproveito a vida, o que é que eu ando aqui a fazer em duplo emprego! Quero lá saber da porcaria do dinheiro! Estou farta disto! Estou farta de não ter tempo para nada! E acabei também por sair daqui um pouco também! Um pouco não, muito, por causa disso, por causa dessas situações!” (enfermeira Sara)

O medo de ficar doente pode também dar origem a situações de stress (Antunes & Moeda, 2005) e por conseguinte colocar em causa a manutenção do sistema de valores destes profissionais de saúde (McNamara et al, 1995), como o pode ilustrar o seguinte excerto:

“Sim, ponho-me na pele deles! Se têm a minha idade, eu penso que poderia estar assim! E quando são jovens sentimo-nos um bocado, sei lá, pensamos um bocado mais em nós. Pensamos na nossa própria saúde. Mas quando são velhinhos é aquilo de que já viveu muito, já chegou a altura dele. Agora quando tem vinte e poucos anos e tem uma neoplasia dos ovários, a gente pensa que, tem quase a minha idade, e eu não fiz nenhum exame ginecológico. Pensamos na nossa própria saúde! E às vezes penso que poderia ser eu!” (enfermeira Carla)

Como se pôde constatar na investigação realizada, as situações de stress encontram-se relacionadas com a forma como os profissionais de saúde que trabalham neste cenário de prestação de cuidados percebem as ameaças face ao seu sistema de valores.

V. As lógicas partilhadas e as estratégias negociadas

Com o propósito de diminuir o impacto das situações de stress e reduzir as ameaças ao seu sistema de valores, os profissionais de saúde desenvolvem estratégias e lógicas de apoio (McNamara et al, 1995). Da análise dos discursos dos sujeitos entrevistados sobressai a ideia de que estes profissionais adoptam determinados comportamentos de forma a minimizar o impacto dos momentos de tensão (Redindaugh et al, 2001) e, simultaneamente, desenvolvem certas interacções de modo a satisfazer as suas necessidades emocionais (Aneshensel, 1992).

McNamara et al (1995) salientam que os enfermeiros dos cuidados paliativos tendem a contar histórias acerca das falhas existentes nos cuidados prestados aos doentes terminais pelos profissionais de saúde que trabalham nos hospitais, como o pode ilustrar o seguinte excerto de uma entrevista:

“No hospital quando temos um doente e a gente anda ali e sentimos que a medicação não é apropriada mas o médico não faz nada. Aí a gente sente-se um bocado frustrada. Os doentes morrem mal e quem pode fazer não faz. Mas aqui não. Sentimos só tristeza.” (enfermeira Carla)

A reafirmação da confiança e a partilha destas expressões de oposição com o modelo de cuidados prestados aos doentes terminais nos hospitais contribui para que estes profissionais de saúde justifiquem os seus saberes paliativos. Como ilustração, considere-se os seguintes excertos:

“Estes doentes dão-nos uma lição de vida diferente todos os dias! É uma lição de vida incrível! Eles têm uma noção e uma vivência diferente das que nós temos! Nós não damos valor a nada! Vivemos num mundo completamente material e eles realmente alertam-nos para coisas em que nunca tinha pensado! Nunca tinha pensado em como seria importante para uma pessoa cheirar um café quando não o pode beber ou que um animal de estimação viesse visitar. (...) Era impensável que se eu trabalhasse no hospital e tivesse um doente se calhar com uma neoplasia do pulmão a querer fumar um cigarro e eu a dizer-lhe tome lá um cigarro e fume-o na cama. Era completamente impensável! Quando aqui se faz isso quase todos os dias, sempre que eles queiram.” (enfermeira Margarida)



“Tive um doente que estava muito mal, que estava a morrer, e ouviu-nos falar de uma lasanha, e nós estávamos a jantar, e tocou a campainha, e perguntou o que é que era uma lasanha. Nós já tínhamos acabado de comer. Ele (o doente) disse que não queria morrer sem comer uma lasanha. Eu liguei para uma delas e trouxeram-me uma lasanha. E perceber a cara de consolo do senhor quando percebeu que aquilo era apenas massa, com creme e carne, aquilo a que chamavam uma lasanha. E ele dizer-me: vou morrer mas pelo menos comi uma lasanha! E morreu nessa noite! Portanto acho que é daquelas pequenas coisas que se consegue fazer!” (enfermeira Matilde)

Alguns dos sujeitos entrevistados admitem uma certa dificuldade em lidar com a morte do paciente, pelo que optam por não criar uma relação próxima com os doentes e seus familiares, limitando o seu contacto na prestação de cuidados. Uma ilustração deste tipo de estratégia pode ser depreendido nos seguintes excertos:

“Ao início, lá está, custou-me um bocado. Também, como eu já disse, porque morreram muitos doentes comigo. Hoje em dia, não é que não me afecte, mas é diferente. É diferente porque, lá está, tento criar defesas e eu acho que tento não criar relações! Eu, já ao início, se calhar porque era o início, eu notava que era incapaz de estar muito com os doentes, quer dizer, fazia os cuidados necessários, mas estar, falar, não estava. E quando estava a família, ainda estava menos. E noto que isso não foi ultrapassado! Tento um bocado afastar-me, mesmo como uma defesa minha!” (enfermeira Isabel)

“E nesta situação de luto e da morte, para mim nos primeiros dias, foi complicado. Uma pessoa tem sempre aquele sentimento de fuga. Vamos refugiar-nos ali na salinha de enfermagem ou acaba por dizer que agora está ocupada e não pode lá ir. E pronto! Tem aquele sentimento de fuga! Para mim aconteceu nos primeiros dias, em que houve uma morte e a família estava aqui presente. Foi um bocadinho complicado gerir isso!” (enfermeira Inês)

O facto dos profissionais de saúde contactarem diariamente com doentes em fase terminal contribui para que reafirmem o seu status de vivo, contrastando deliberadamente o processo de morrer com a sua experiência de viver (McNamara et al, 1995). O acto de denominar a morte de boa é em si uma estratégia, na medida em que permite que estes enfermeiros localizem a morte num contexto separado da sua experiência individual, como o pode ilustrar o seguinte excerto:

“Mas já me aconteceu ver pessoas com a minha idade e com estilos de vida parecidos com os meus e parar para pensar que poderia ser eu. Acho que isso por um lado é benéfico. Até nos dá aquela força. É pá! Poderia ser eu! E vamos lá tratar bem dele pois um dia posso ser eu a estar naquela cama! Se fosse eu gostava que me tratassem bem!” (enfermeira Cláudia)

Um dos aspectos positivos apontados pelos enfermeiros entrevistados refere-se ao facto de considerarem que são uma família, pelo que tendem a desabafar sobre os problemas associados à natureza do seu trabalho com os restantes colegas, como o pode ilustrar o seguinte excerto:

“Se temos dúvidas sobre o fármaco, sobre o comportamento do doente, se achamos que o doente tem comportamentos diferentes dependendo das pessoas que estão cá, se temos dúvidas, troco. Acho que qualquer um de nós! Eu dou por mim! E eles a mesma coisa! Se há alguma dúvida! Olha tu que estiveste com o doente ontem todo o dia o que é que tu achaste disto e disto. Acabamos por trocar ideias!” (enfermeira Matilde)

Pelo contrário, estes enfermeiros optam por não desabafar com os seus familiares e amigos, sob o pretexto de que não querem aborrecê-los com os problemas. Como ilustração, considere-se os seguintes excertos:

“Não! Já muito raramente! No início sim! Cada vez mais raro! Porque sofrem muito, ficam muito susceptibilizados. Outros simplesmente nem querem ouvir falar do assunto, e dizem logo que nem querem ouvir nada. E está certo, não têm mesmo nada que ouvir!” (enfermeira Sara)

“Não! Porque eu acho que eles não percebem! Quando eu falo de... tentei uma ou duas vezes com amigos de cenas que acabam por me chocar. Aí credo nem me fales nisso que eu nem quero ouvir. Eu nem



percebo como é que estás lá! Portanto acabo por falar, e sei que estou à vontade, e que não sou julgada, e que percebem aquilo que eu estou a dizer, com alguém daqui.” (enfermeira Matilde)

Como McNamara et al (1995) salientam, os profissionais de saúde optam por diminuir a quantidade de informação disponibilizada aos seus familiares e amigos, com o objectivo de usar a casa e os tempos livres enquanto lugares que lhes permite estabelecer o corte com o seu trabalho. Os sujeitos entrevistados pretendem assim criar um espaço próprio fora do seu ambiente de trabalho, como o pode ilustrar o seguinte excerto de uma entrevista:

“Quem me conhece fora do meu meio profissional pode não me identificar como a enfermeira dentro do meu meio profissional. São coisas completamente distintas! É importante não levar os problemas para casa! Há um botão quando se entra no carro, que não faz a mínima lógica eu o ligar fora destes recintos, porque não dá. Até porque como eu não faço nenhum trabalho sozinha, o meu trabalho é sempre um contínuo com outro profissional e eu não tenho que me preocupar.” (Enfermeira Margarida)

A partilha de experiências e o estabelecimento de relações de confiança mútua entre os enfermeiros permite que estes profissionais de saúde validem e reforcem o seu sistema de valores.

VI. Notas finais

Um primeiro ponto importante a salientar é que a tarefa de minimizar o sofrimento dos doentes terminais é um desafio extremamente complexo. Daí que a generalidade dos enfermeiros entrevistados optem por usar uma noção contingente do processo de morrer, ou seja, que se aproxima tanto quanto possível da noção de morte ideal para o doente terminal. Estes enfermeiros falam quanto muito na existência de uma morte suficientemente boa.

Uma segunda constatação que merece destaque é o facto de que as situações de stress encontram-se relacionadas com o modo com os profissionais de saúde percebem as ameaças ao seu sistema de valores. O stress sentido por estes enfermeiros encontra-se relacionado com a não-aceitação da morte pela sociedade e com a conseqüente desvalorização dos cuidados que prestam aos doentes que se encontram na fase final da vida.

O terceiro aspecto a realçar encontra-se relacionado com o desenvolvimento de estratégias e de lógicas de apoio com o propósito de minimizar o impacto das situações de stress vivenciadas pelos enfermeiros e decorrentes da natureza do seu trabalho. Observa-se, de facto, que essas estratégias e essas lógicas de apoio têm por base uma experiência aprendida que é sistematicamente partilhada pelos actores do contexto social onde o cuidar toma lugar.

A pesquisa efectuada permite então concluir que o sistema de valores desenvolvido pelos profissionais de saúde, com o propósito de dar significado ao seu trabalho com doentes terminais, é construído e reconstruído dentro do cenário de prestação de cuidados.

VII. Referências bibliográficas

ANESHENSEL, C. (1992), “Social Stress: Theory and Research”, *Annual Review Sociology*, n. ° 18, pp.15-38

ANTUNES, M.I. MOEDA, A. (2005), “Ao encontro da morte: o impacto das emoções do médico no cuidado ao doente”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Julho/Agosto

ÁRIES, P. (1975), *Western Attitudes towards Death: from the Middle Ages to the Present*, London, Johns Hopkins University Press



- CLARK, D. SEYMOUR, J. (1999), *Reflections on Palliative Care*, Buckingham, Open University Press
- ELIAS, N. (1985), *The Loneliness of the Dying*, Oxford, Blackwell
- ESCOT, C. ARTERO, S. GANDUBERT, C. BOULENGER, J.P. RITCHIE, K. (2001), "Stress levels in nursing staff working in oncology", *Stress and Health*, n.º 17, pp. 273-279
- FIELD, D. JAMES, N. (1999), "Where and how people die", Clark D. (eds) *The Future for Palliative Care*, Buckingham, Open University Press
- FIELD, D. (1989), *Nursing the Dying*, London, Tavistock/Routledge
- GLASER, B.G., STRAUSS, A.L. (1965), *Awareness of Dying*, Aldine, New York
- ILLICH, I. (1976) *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Harmondsworth, Penguin
- KEARL, M. (1996), "Dying well: the unspoken dimension of aging well", *American Behavioural Scientist*, vol. 39, n.º 3, pp. 336-360
- KUBLER-ROSS, E. (1969), *On Death and Dying*, Macmillan, New York
- LAWTON, J. (2000), *The dying process: patients' experiences of palliative care*, London, Routledge
- MCNAMARA, B. (2004), Good enough death: autonomy and choice in Australian palliative care, *Social Science and Medicine*, n.º 58, pp. 929-938
- MCNAMARA, B. WADDEL, C. COLVIN, M. (1995), "Threats to the good death: the cultural context of stress and coping among hospice nurses", *Sociology of Health and Illness*, vol. 17, n.º 2, pp. 222-244
- MCNAMARA, B. WADDEL, C. COLVIN, M. (1994), "The institutionalisation of the good death", *Social Science and Medicine*, vol. 39, n.º 11, pp. 1501-1508
- NIMOCKS, M.J.A. WEBB, L. CONNELL, J.R. (1987), "Communication and the terminal ill: a theoretical model", *Death Studies*, n.º 11, pp. 323-330
- PAYNE, S.A. LANGLEY-EVANS, A. HILLIER, R. (1996a), "Perceptions of a good death: a comparative study of the views of hospice staff and patients" *Palliative Medicine*, n.º 10, pp. 307-312
- PAYNE, S. HILLIER, R. LANGLEY-EVANS, A. ROBERTS, T. (1996b), "Impact of witnessing death on hospice patients", *Social Science and Medicine*, vol. 43, n.º 12, pp. 1785-1794
- REDINBAUGH, E. M. SCHUERGER, J.M. WEISS, L.L. BRUFISKY, A. ARNOLD, R. (2001), "Health care professionals grief: a model based on occupational style and coping", *Psycho-Oncology*, n.º 10, pp. 187-198
- SEYMOUR, J. (1999), "Revisiting medicalisation and natural death", *Social Science and Medicine*, n.º 49, pp. 691-704