

Fernanda Gomes Lopes
(Organizadora)

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS HOSPITALARES:

REVISITANDO RESULTADOS DE UM
PROCESSO DE CONSTRUÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

VICE-REITOR

Dárcio Ítalo Alves Teixeira

EDITORA DA UECE

Erasmus Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Fernanda Gomes Lopes
(Organizadora)

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS HOSPITALARES:

REVISITANDO RESULTADOS DE UM
PROCESSO DE CONSTRUÇÃO



1ª Edição
Fortaleza - CE
2021



Residências multiprofissionais hospitalares: revisitando resultados de um processo de construção

© 2021 *Copyright by* Fernanda Gomes Lopes

O conteúdo deste livro, bem como os dados usados e sua fidedignidade, são de responsabilidade exclusiva do autor. O download e o compartilhamento da obra são autorizados desde que sejam atribuídos créditos ao autor. Além disso, é vedada a alteração de qualquer forma e/ou utilizá-la para fins comerciais.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Capa e contracapa

Renato Amantino Pereira

Diagramação

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Renato Amantino Pereira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Residências multiprofissionais hospitalares [livro eletrônico] : revisitando resultados de um processo de construção / Fernanda Gomes Lopes organizadora. -- 1. ed. -- Fortaleza : Editora da UECE, 2021.
PDF

ISBN 978-65-86445-66-4

1. Pessoal da área de saúde pública - Formação
2. Residentes (Medicina) 3. Residentes (Medicina) - Manuais, Guias, etc 4. SUS (Sistema Único de Saúde)
I. Lopes, Fernanda Gomes.

21-58514

CDD-617

Índices para catálogo sistemático:

1. Pessoal da área de saúde pública : Residentes :
Medicina 617

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para que esse livro fosse construído.

APRESENTAÇÃO

Esta obra surgiu a partir da compreensão de que as Residências Multiprofissionais Hospitalares permitem a construção de um processo de transformação e crescimento não apenas para o profissional em seu espaço de trabalho e saber, mas principalmente para o desenvolvimento do seu lugar como sujeito social e histórico, mobilizador de mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS).

A atuação de diversos atores que passaram por essa trajetória nos convocou a propor essa construção como um espaço de trocas e reflexão coletiva, com apresentação de uma coletânea de textos que pudessem provocar os leitores a ampliar seu olhar para o processo de fazer-saber em saúde. Afinal, essa vivência de articulação entre ensino e serviço deve ser compartilhada, permitindo ampliações ao fazer multiprofissional em prol de práticas contextualizadas e inovadoras em saúde.

À vista disso, a partilha dessas experiências pode permitir a consolidação e fortalecimento dos processos de residência, alcançando diferentes atores e espaços sociais que possam engrandecer e aperfeiçoar seu fazer. Esperamos criar, nestas páginas, um espaço que incite uma prática crítica e ética contextualiza às necessidades do contexto social ao qual estamos imersos. Portanto, o objetivo desta obra é construir um processo de compreensão acerca da Residência Multiprofissional Hospitalar, mas também apresentar os resultados de construção teórico-prática emergentes desse processo. Para tal, contamos com a participação de profissionais egressos da residência, juntamente com outros atores que fizeram parte desse processo de construção.

O livro foi organizado em três unidades: A Unidade I, intitulada *Residência Multiprofissional: sentidos e desdobramentos*, apresenta cinco capítulos que revelam um panorama geral das residências multiprofissionais hospitalares a partir de diferentes perspectivas, permitindo uma compreensão abrangente desse processo formativo.

O primeiro capítulo, *Residências Multiprofissionais em Saúde: do que estamos falando?*, se propõe a refletir sobre o que são Residências em Saúde, em especial as Residências Multiprofissionais Hospitalares. Ainda, apresenta algumas definições importantes para compreensão dessa modalidade de formação, bem como alguns percursos históricos marcantes e que demarcam como esse processo formativo vem se construindo.

O segundo capítulo, *Participação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e a importância do tripé assistência-ensino-pesquisa*, reflete sobre a relação entre assistência, ensino e pesquisa dentro de um programa de Residência Multiprofissional, focando especialmente nos últimos dois aspectos, e como eles estão extremamente presentes nos processos de ensino e prática vivenciados pelos residentes.

Já o terceiro capítulo, *Saúde Coletiva, Formação Política e a Residência Integrada em Saúde*, aborda a formação política em um programa de residência integrada em saúde orientada pelos pressupostos da Saúde Coletiva. As autoras apostam que a formação sanitarista provoca a sustentação de práticas de cuidados como atos políticos pelos profissionais de saúde nas diversas instituições de saúde, considerando a determinação social da saúde e da vida.

O quarto capítulo, *Percursos e desafios da coordenação de um Programa de Residência Multiprofissional: um relato de experiência* retrata um relato que parte da experiência de duas coordenadoras acadêmicas que participaram da trajetória de três turmas de residência multiprofissional hospitalar.

E o último capítulo dessa unidade, intitulado *Estresse ocupacional e burnout em um programa de Residência Multiprofissional Hospitalar*, busca apresentar a avaliação dos aspectos associados ao estresse ocupacional e *burnout* entre profissionais de saúde em um programa de residência integrada em cancerologia.

A partir dessa contextualização do processo de residência, apresentamos trabalhos de temáticas específicas como resultado desse processo formativo. Na Unidade II *Comunicação e suas peculiaridades* são apresentados três capítulos que problematizam a questão da comunicação na assistência à saúde.

No capítulo 1, *Comunicação do câncer de próstata: os ditos e não ditos*, o objetivo é compreender como ocorre a comunicação diagnóstica do câncer de próstata a partir da observação dos processos comunicacionais entre médico e paciente e da percepção posterior do usuário.

O segundo capítulo, *A comunicação familiar no contexto de adoecimento e transição para cuidados paliativos*, parte do reconhecimento da importância da família no contexto cultural brasileiro para investigar os processos psicológicos envolvidos na comunicação de cuidadores familiares com pacientes oncológicos no contexto da transição para Cuidados Paliativos.

Já no último capítulo dessa unidade, intitulado *Reuniões familiares em Cuidados Paliativos como ferramenta de comunicação e acolhimento familiar*, busca-se discutir sobre as reuniões familiares em cuidados paliativos, considerando-as como ferramenta de comunicação em saúde e acolhimento familiar a partir de orientações apresentadas pela literatura para essa intervenção, considerando seus efeitos no cuidado com os familiares.

A Unidade III também versa sobre uma temática específica a partir dos resultados dos trabalhos desse processo de construção. Intitulada *A morte em diferentes nuances*, conta com cinco capítulos que discutem o morrer sob diferentes olhares e momentos de vida.

O primeiro capítulo, *Os vínculos do nascimento atravessados pela morte: o bebê e a família nos cuidados paliativos na experiência vivida de profissionais de saúde*, retrata os cuidados paliativos na experiência vivida dos profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, abrangendo os vínculos bebê/profissional, família/profissional e bebê/família, compreendendo o caráter peculiar e desafiante da possibilidade iminente da morte de um recém-nascido.

No segundo capítulo, *A morte na infância: compreensões sobre a morte e o morrer no ambiente hospitalar*, promove uma discussão e levanta questionamentos sobre os enlaces entre a vida e a morte, no contexto da pediatria, discorrendo teoricamente sobre alguns aspectos importantes sobre o modo como as crianças podem compreender o processo de morte/morrer, durante processo de hospitalização.

No terceiro capítulo, *‘Criança você nunca quer que vá, nunca quer que morra’: a percepção da morte de crianças e suas implicações para o cuidado em saúde*, a pediatria permanece em destaque, mas agora a partir da percepção da morte de crianças para os profissionais de saúde residentes em Pediatria, discorrendo sobre o impacto da realidade nos residentes e no modo como esta traz implicações para o cuidado em saúde e a prática profissional.

O quarto capítulo, *‘A morte caminha ao meu lado’: a experiência de médicos com pacientes oncológicos*, tem como objetivo compreender a experiência de médicos que atuam em um hospital oncológico diante da morte e do morrer de seus pacientes.

E o último, *Suicídio e diagnóstico oncológico: dimensões e implicações*, interroga o a relação entre diagnóstico oncológico/recidiva e ideação/tentativa/suicídio na literatura especializada a partir das inquietações que emergem da prática de escuta/cuidado de sujeitos com dor psíquica intensa, atravessada por um diagnóstico que vem envelopado de uma construção simbólica de sentença.

Fernanda Gomes Lopes
Organizadora

PREFÁCIO

'SUS, patrimônio do Povo Brasileiro!' Honrada e politicamente representada, inicio o prefácio desta obra com o conceito que, como vivente de mais de uma década na concepção, gestão, tutoria e preceptoria das Residências Multiprofissionais em Saúde, aprendi e tive a honra – política, pedagógica e afetiva – de ver multiplicar na consciência individual e coletiva de nossas/os educandas/os, educadoras/es e população usuária.

Nosso SUS, garantido pelo direito à Saúde em nossa Carta de Compromissos – Constituição de 1988, é o caminho institucional no Brasil para o Cuidado. Situa-se no SUS o direito de não adoecer, e se adoecer, de ser cuidado. Um sistema, capilarizado em todo território nacional, repleto de riquezas e construções, embora historicamente subfinanciado e recentemente desfinanciado, pelos próximos 20 anos, por ocasião da emenda constitucional 95/2016.

Ter a honra de prefaciara obra *Residências Multiprofissionais hospitalares: revisitando resultados de um processo de construção* prescinde inicialmente de localizar as Residências Multiprofissionais no contexto no SUS. SUS, enquanto um sistema de encontros de vidas. Um sistema de direitos, e para tanto, um sistema em que a principal tecnologia é a tecnologia do encontro. A tecnologia do diálogo.

No Brasil, largo, profundo, colorido, rico em natureza e com histórico presente de iniquidades sociais, nossa gente está em sofrimento. Pessoas vulnerabilizadas, precarizadas, desempregadas, com sofrimentos múltiplos, psíquicos, corpos exaustos, cansados, são nossa fonte de vida para a 'ensinagem' em saúde. Nossa saúde

é determinada socialmente, precisamos cuidar, acolher, ouvir e embalar nossa gente. É pelas vias do SUS que cuidamos de nosso povo. Entramos nas casas, estamos nos leitos, dialogamos, escutamos as histórias de vida, tocamos os corpos, cuidamos de nossa ancestralidade viva, cuidamos de nós. Nós – Povo. Povo que cuida do próprio povo.

Inspirada nas forças da Natureza, percebo a Residência Multiprofissional em Saúde como espaço-tempo semelhante ao vivido por passarinhos e formigas. Passarinhos e formigas são leves, de diversas cores e tamanhos e com diferentes formas de sobrevivência. Passarinhos voam. Formigas escavam. Ambos constituem grupos. São assim as Residências Multiprofissionais em Saúde, o ninho e o formigueiro do SUS.

No ninho, o passarinho experimenta a vida, no ninho ele é apresentado à Vida. No ninho ele é alimentado, e esperança pelo alimento. No formigueiro, a formiga, com perfeita organização de espaços e tarefas, constrói sua proteção. E em perfeita harmonia, cortadeiras, carregadeiras e cuidadoras do espaço-vida, constituem um super-organismo-único de consciência coletiva quando o contexto social é ameaçado. Nas residências, ora voamos, ora escavamos, sempre esperamos.

Residentes, preceptoras/es, tutoras/es, coordenadoras/es ora vivenciam o ninho, ora vivenciam o formigueiro de serem educandas/os e educadoras/es do SUS, no SUS e para o SUS. As residências nos afetam pelo encontro de vidas, de experimentações, de dúvidas, reflexões e criações.

Residências são o espaço-tempo do Cuidado Crítico-Artístico-Propositivo-Político. Não nos cabe a mera reprodução de procedimentos e técnicas. É o encontro das vidas nos espaços de cuidado que orienta o ser, o fazer, o estar, o aprender e o ensinar cuidador. Em 11 anos no cenário das residências, tendo vivenciado 7 turmas multiprofissionais, de 11 programas/especialidades,

de ininterrupta interação com 1.931 profissionais residentes de 14 profissões da saúde, aproximadamente 500 preceptores, em 32 municípios cearenses, tenho percebido as residências em saúde como o tempo-espaço da experimentação do 'Cuidado Cri-Cri'. O cuidado crítico e criativo.

Vejo a obra 'Residências Multiprofissionais hospitalares: revisitando resultados de um processo de construção', organizada por Fernanda Gomes Lopes, egressa da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE), pautada na Ética do Cuidado. Leonardo Boff, em seu livro *Saber Cuidar - Compaixão pela Terra*, diz: "Face à situação de falta de cuidado, muitos se rebelam. Fazem de sua prática e de sua fala, permanente contestação. Mas sozinhos, sentem-se impotentes para apresentar uma saída libertadora. Perdem a esperança" (1999, p. 20). Não adoecemos sozinhos, portanto o Cuidado não se faz sozinho, se faz em pares, em coletivos. É na Residência o tempo-espaço profissional de se perceber cuidadora e cuidador de seu, de nosso próprio povo.

Fernanda reuniu residentes, preceptoras/es, tutoras/es e coordenadoras/es de Residências Multiprofissionais em Saúde que vivenciaram o 'Cuidado Cri-Cri'. Jovens, sujeitos sociais, pessoas interativas, agregadoras, protagonistas, questionadoras, propositivas, criativas, cuidadoras, pesquisadoras, artistas do Cuidado. São artistas porque vivenciaram a fruição e os bastidores do Cuidado. Sentiram integralmente no corpo individual e coletivo, e no contexto das residências, o desafio de fazer e acreditar no presente e no futuro do SUS. Suas obras artísticas abordam nascimento, vida, cura, morte, luto e cuidado. Por ora, viram-se no ninho do SUS, trouxeram o novo, alimentaram-se da experiência dos pares. Outrora, alimentados e protegidos em seus bandos, defenderam seus formigueiros, em defesa da existência; em defesa da sobrevivência; em defesa do Cuidado no SUS.

A leitura dessa coleção de histórias de cuidado, prescinde ainda de rememorarmos as permanentes pautas nacionais de qualificação das Residências Multiprofissionais em Saúde. Pautas de anos de construção coletiva que envolveram os fóruns nacionais de residentes, preceptores/tutores e coordenadores de residências em saúde do Brasil. E que, assertivamente, todos os capítulos desta leitura, corroboram para que continuemos no esperar Freiriano. São elas: a institucionalização de uma Política Nacional de Residências em Saúde, pautada na Saúde Coletiva; a qualificação da carga horária dos programas, oportunizando as/aos profissionais residentes a ação-reflexão-ação para o ser-cuidador no SUS; a valorização social e financeira do trabalho de preceptoras/es e tutoras/es; a atualização permanente dos valores das bolsas de educação pelo trabalho; a isonomia de direitos e deveres nos programas de residências uni, multiprofissionais e médicas; a Educação Permanente Interprofissional e a Educação Popular em Saúde, como diretrizes pedagógicas dos programas; a expansão dos programas de Residências Integradas em Saúde no Brasil, situando-as como trajetória universal da carreira para o SUS e a formação política, pautada na participação popular, pelo fortalecimento e defesa do Sistema Único de Saúde.

Com honra e muito afeto, inspirada no voo e canto dos passarinhos, na força coletiva do formigueiro e na fruição artística do encontro das letras e parágrafos, convido leitoras e leitores, viventes e defensoras/es do SUS a se deixarem fruir pelos relatos e cenários de cuidado e vida descritos em cada capítulo. Resistência pela Residência. Residência pela Resistência. Residências no, para e pelo SUS, ESPERANCEMOS!

Em sua leitura, desejo a fruição da empatia, da solidariedade e do esperar na defesa da vida!

Amanda Cavalcante Frota

Sumário

APRESENTAÇÃO6

PREFÁCIO..... 10

UNIDADE I

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: SENTIDOS E DESDOBRAMENTOS

1.1 RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: DO QUE ESTAMOS FALANDO?.....17

Bruna Fabrícia Barboza Leitão e Rafael Bruno Silva Torres

1.2 PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO TRIPÉ ASSISTÊNCIA-ENSINO-PESQUISA.....37

Rafael Bruno Silva Torres

1.3 SAÚDE COLETIVA, FORMAÇÃO POLÍTICA E A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE.....55

Joyce Hilario Maranhão e Ana Ester Maria Moreira Melo

1.4 PERCURSOS E DESAFIOS DA COORDENAÇÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....82

Bruna Fabrícia Barboza Leitão e Juliana Burlamaqui Carvalho

1.5 ESTRESSE OCUPACIONAL E BURNOUT EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR110

Júlia Evangelista Mota Shioga

UNIDADE II

COMUNICAÇÃO E SUAS PECULIARIDADES

2.1 COMUNICAÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA: OS DITOS E NÃODITOS.....143

Danielle Feitosa Araújo

2.2 A COMUNICAÇÃO FAMILIAR NO CONTEXTO DE ADOECIMENTO E TRANSIÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS164

Rebecca Holanda Arrais e Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues

2.3 REUNIÕES FAMILIARES EM CUIDADOS PALIATIVOS COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO FAMILIAR.....200

Catherine Moreira Conrado e Luciana Suelly Barros Cavalcante

UNIDADE III

A MORTE EM DIFERENTES NUANCES

3.1 OS VÍNCULOS DO NASCIMENTO ATRAVESSADOS PELA MORTE: O BEBÊ E A FAMÍLIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS NA EXPERIÊNCIA VIVIDA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE215

Ana Maria Ferreira Alves

3.2 A MORTE NA INFÂNCIA: COMPREENSÕES SOBRE A MORTE E O MORRER NO AMBIENTE HOSPITALAR.....239

Vanilla Oliveira Alencar, Isabel Regiane Cardoso Nascimento, Fernanda Gomes Lopes e Maria Juliana Vieira Lima

3.3 “CRIANÇA VOCÊ NUNCA QUER QUE VÁ, NUNCA QUER QUE MORRA”: A PERCEPÇÃO DA MORTE DE CRIANÇAS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE262

Maria Juliana Vieira Lima

3.4 “A MORTE CAMINHA AO MEU LADO”: A EXPERIÊNCIA DE MÉDICOS COM PACIENTES ONCOLÓGICOS.....277

Fernanda Gomes Lopes

3.5 SUICÍDIO E DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO: DIMENSÕES E IMPLICAÇÕES312

Sara Lavor Fernandes

SOBRE A ORGANIZADORA.....328

SOBRE OS AUTORES.....329

UNIDADE I

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:
SENTIDOS E DESDOBRAMENTOS**

1.1 RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: DO QUE ESTAMOS FALANDO?¹

*Bruna Fabrícia Barboza Leitão
Rafael Bruno Silva Torres*

No olho do furacão, na ilha da fantasia, ou talvez um turbilhão e no instante seguinte, uma calmaria... Um olho de furacão, que, por aonde passa, arranca o que está preso, remexe, movimenta, estremece. Uma ilha da fantasia, onde tudo é possível, onde não há limites para o sonho (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009, p. 213)

Introdução

As Residências em Saúde, sejam Médicas (RM) ou Multiprofissionais (RMS), podem ser consideradas como um convite para a formação dos profissionais de saúde e para o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Carvalho e Nepomuceno (2008), nas RMS, contudo, não se pensa apenas no ‘ser profissional’, mas fundamentalmente no ‘ser sujeito histórico’, cidadão que se implica nos processos sociais vivenciados. Essa implicação deve ser facilitada por uma formação voltada para o enfrentamento dos dilemas e desafios colocados cotidianamente.

Participar destes programas é uma aposta à ousadia e à experimentação do novo. Podemos considerar a RMS como uma prática pautada numa pedagogia dialógica e problematizadora, estabelecendo espaços cotidianos de reflexão coletiva, e tensionan-

¹ Capítulo adaptado das dissertações *Residências Integradas, Multiprofissionais e em Área Profissional em Saúde: uma Revisão Integrativa* (2017), apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, de autoria de Rafael Bruno Silva Torres, sob orientação da Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, e *Residência Multiprofissional em Cancerologia: Expressões da Integralidade do Cuidado* (2018), apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, de autoria de Bruna Fabrícia Barboza Leitão, sob orientação da Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

do a construção da cogestão dos processos de trabalho – com um caráter fortemente indutor de mudanças no campo do fazer-saber em saúde (CARVALHO; NEPOMUCENO, 2008).

A vivência dos programas de RMS pode ser considerada como uma possibilidade na busca pela integralidade em saúde. Salvador *et al.* (2011) avaliam que participar de um processo formativo se baseia na construção articulada de diferentes profissões da saúde, buscando construir um saber comum, onde se agregue as contribuições dos diferentes núcleos profissionais pode efetivar, de fato, uma prática renovadora na saúde.

Nas RMS, há atividades em que todas as profissões envolvidas devem estar expostas em conjunto e outras que são específicas para cada uma. Sendo assim, campo e núcleo devem estar articulados para o desenvolvimento de competências comuns e específicas. De acordo com Campos, Chakour e Santos (1997) e Campos (2000), existe uma inevitável sobreposição de limites entre as disciplinas, de modo que a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas, se dá na confrontação entre núcleos e campos – núcleo como uma aglutinação de conhecimento, demarcando a identidade de uma área de saber; e campo como um espaço de limites imprecisos, onde cada profissão busca em outras o apoio para cumprir suas tarefas e práticas.

Segundo Martins *et al.* (2016), as RMS são programas em crescimento no Brasil e estão se consolidando justamente por seu formato de aprendizagem, agregando ensino e serviço na formação de profissionais qualificados com foco no trabalho interprofissional. De acordo com Torres *et al.* (2019), o ingresso dos profissionais nos programas de RMS brasileiros pode ocorrer por meio de prova objetiva eliminatória (contendo questões divididas entre conhecimentos específicos e comuns), avaliação curricular do profissional, e entrevistas ou provas práticas. Mas não há um padrão específico sobre esse processo seletivo, que pode variar

de programa para programa. Cheade *et al.* (2013) afirmam que as RMS têm como um de seus objetivos centrais o de formar profissionais com habilidades específicas, segundo as necessidades locais e conforme algumas deficiências regionais.

Dallegrave e Kruse (2009) referem que os programas de RM já são amplamente reconhecidos e, portanto, são ‘exemplos a serem seguidos’. Mas para se referir às RMS são comuns as palavras: ‘construção inovadora’, ‘criar novas práticas em saúde’, ‘novo projeto para a saúde e sociedade’. Podemos, então, iniciar este capítulo refletindo: do que estamos falando quando discutimos sobre Residências Multiprofissionais em Saúde?

Residência Multiprofissional em Saúde: do que estamos falando?

O termo ‘Residência’, enquanto modalidade de formação, foi utilizado pioneiramente pela Medicina, primeira profissão a reconhecê-la legalmente como pós-graduação. Ela surge nos Estados Unidos, no final do século XIX, com um curso inicialmente direcionado à área cirúrgica em 1879 e, posteriormente, à área clínica em 1889. A Residência Médica associa-se ao aperfeiçoamento de profissionais médicos, configurando-se como uma metodologia que privilegia a atuação por especialidades através do treinamento intensivo de habilidades técnicas, elemento ainda bastante característico da ciência médica. Inclusive, até hoje se destaca como o ‘padrão ouro’ da formação médica (RIBEIRO, 2011).

Em termos históricos, é preciso situar nesse contexto a publicação do conhecido Relatório Flexner, em 1910, cujas recomendações influenciaram de maneira decisiva a formação médica ocidental. Suas recomendações versam sobre uma medicina individualista, biologicista, centrada na doença e que reconhece o hospital como o principal local de formação médica. Estabelece-

-se, assim, a ênfase no modelo biomédico reducionista e uniaxial, cuja reverberação ainda é significativa mesmo 100 anos após sua publicização e a despeito de todas as críticas a ele dirigidas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Seguindo este padrão de influência norte-americano, a RM surge no cenário brasileiro em meados da década de 1940, inicialmente no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010). Tendo em vista a insuficiência dos conhecimentos adquiridos na graduação em Medicina, e o mercado competitivo que demandava profissionais cada vez mais especializados, as RM surgem em resposta à necessidade de reforço do treinamento prático e do manejo clínico para os médicos recém-formados, que atuariam sob a supervisão de profissionais mais experientes. Porém, no Brasil, os primeiros programas ofertados aconteceram sem nenhuma regulamentação ou monitoramento do Estado, o que acabou gerando uma série de descontentamentos e críticas por parte dos médicos residentes, que reclamavam a exploração de sua força de trabalho (RIBEIRO, 2011).

A primeira medida de regulamentação legal vem com o Decreto Presidencial N° 80.281 de 1977, que institucionaliza a RM e cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), responsável, entre outras coisas, pelo credenciamento e acompanhamento dos programas. A RM é então definida como:

modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional” (BRASIL, 1977).

Trata-se, pois, de um processo formativo que preconiza uma aprendizagem que se faça prioritariamente em serviço prático, sob

regime de dedicação exclusiva, de modo que o residente possa se envolver integralmente com as rotinas e processos desenvolvidos no hospital de sua especialidade.

Para além da Medicina, no núcleo da Enfermagem, a primeira experiência de uma Residência no Brasil ocorreu em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi (SP), com ênfase no ensino prático sem eliminar o aprofundamento de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de pesquisas. Durante a década de 1970, a Enfermagem passa a discutir sobre os modelos possíveis de formação na modalidade Residência em decorrência do Plano Nacional de Pós-Graduação instituído pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) com a criação de Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e a partir da necessidade da capacitação técnica dos enfermeiros. O enfoque da Residência em Enfermagem, neste período, é centrado nas necessidades hospitalares, onde a assistência à saúde apresenta maior complexidade tecnológica, tornando necessária a especialização (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

No que concerne ao âmbito multiprofissional, o primeiro programa identificado no Brasil como Residência Multiprofissional em Saúde surge ainda em 1976, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), lotado no Centro de Saúde Escola Murialdo, onde se iniciou o Programa de Residência em Saúde Comunitária. No ano seguinte, percebendo a necessidade e a importância de uma equipe de trabalho multiprofissional que contemplasse uma perspectiva ampliada de saúde, as vagas foram extensivas às categorias de Enfermagem, Serviço Social e Medicina Veterinária. Entretanto, no início da década de 1990, em função de conflitos políticos e problemas econômicos, o programa foi extinto, muito embora sua experiência pedagógica pioneira tenha influenciado a criação posterior de outros cursos (MARTINS *et al.*, 2010).

De acordo com Haubrich *et al.* (2015), em paralelo a este programa destacam-se ainda as experiências das Residências da Escola de Administração/Fundação Getúlio Vargas (1975), da Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (1975) e da Coordenadoria de Aperfeiçoamento das Equipes de Saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (1976). Apesar da ausência de reconhecimento legal à época, todas essas experiências serviram de modelo de inovação para vários outros programas estabelecidos em território nacional, tendo em vista o aspecto inaugural de seu modelo pedagógico inovador. Desde então, outras experiências de caráter multiprofissional foram disparadas pelo país, sendo progressivamente apoiadas pelo Estado.

Apesar de ainda arraigada no modelo instituído pela RM, pode-se considerar que as RMS desvelam outros significados. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS assume a responsabilidade de ordenar a formação do que se convencionou chamar de “recursos humanos para a área da saúde”, através do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nesse contexto, as RMS despontam como uma opção formativa voltada para os trabalhadores da saúde, à exceção dos médicos. Vale pontuar a criação pelo MS, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), de onde parte a proposição das RMS como projeto nacional e que sinaliza um novo olhar para a formação dos trabalhadores da saúde.

Uma etapa importante no processo de normatização das RMS foi a instituição em 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), quando finalmente as discussões e o movimento em torno da necessidade de mudança da formação em saúde alcançaram o status de política pública. Trata-se de uma proposta de ação pedagógica estratégica que visa promover a construção e a ressignificação de práticas que possibilitem a formação dos trabalhadores, reconhecendo a indissociabilidade das

“relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde” (BRASIL, 2004). Nessa perspectiva, falar em formação implica em tomar como prática a confrontação do que está constituído como verdade absoluta, ou como afirma Barros (2011, p. 133), “como crítica da realidade a partir da que existe, com vistas à sua transformação numa outra realidade”.

Sequencialmente, tem-se como marco importante – em termos legais – a publicação em novembro de 2005 da Portaria Interministerial N° 2117 que instituiu no âmbito dos MS e do MEC, a Residência Multiprofissional em Saúde, destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), excetuada a categoria médica (BRASIL, 2005). Já em janeiro de 2007 é publicada a Portaria N° 45, que instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, órgão deliberativo e de caráter colegiado, para fins de regulação e acompanhamento dos programas em curso no país (BRASIL, 2007).

Vale ressaltar que, apesar da recomendação, não há obrigatoriedade no sentido de que os Programas de Residência Médica e Multiprofissional ocorram de modo integrado e/ou unificado, ainda que se realizem na mesma instituição executora. Cabe destacar aqui que a CNRMS se propõe a regulamentar também a Residência em Área Profissional da Saúde em caráter uniprofissional, de modo a atender aos interesses corporativos das profissões por reservas de mercado (CECCIM; KREUTZ; MAYER JR, 2011).

Tendo em vista esse cenário processual e contínuo de normatizações legais sobre as RMS, é preciso estar atento às incisivas mudanças textuais nos termos utilizados, que em última instância traduzem as consequências das pressões exercidas pelas corporações profissionais, em especial a médica, na tentativa de resguardar

a privatização corporativa da formação profissional. Por exemplo, observa-se ao longo do tempo o abandono do termo “Residências Integradas em Saúde” para a utilização das expressões “Residência em Área Profissional da Saúde” e “Residência Multiprofissional em Saúde”, desconsiderando-se todo o propósito de integração fomentado pelas experiências anteriores à regulamentação. Ceccim, Kreutz e Mayer Junior (2011, p. 259) são enfáticos ao afirmar que:

O apagamento da concepção Integrada nos textos oficiais, sem que se discutam as diferenças conceituais e práticas entre Integrada e Profissional ou Multiprofissional, dá por decidida a adoção de um modo de formação especialista e a manutenção do modo dominante de educação nas profissões da saúde [...] Quando a regulação do setor da Educação silencia essas demarcações todas, o que busca educar?

Torres (2015) é enfática ao afirmar que a história das RMS não se inicia a partir desses marcadores temporais, tendo em vista as inúmeras experiências já existentes nesse formato, muito embora elas tivessem outras nomenclaturas. No entanto, a autora reconhece que esses marcos cronológicos remetem ao período de maior incentivo político e financiamento governamental, considerando-se a significativa ampliação de programas por todo o país que, em tese, carregavam consigo a perspectiva de uma formação crítica realizada no SUS e para o SUS.

Apesar dos descompassos e contradições ainda existentes, as RMS seguem caracterizadas como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu direcionada aos profissionais da saúde, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, tendo como referencial a integralidade da atenção, utilizando-se da aprendizagem em serviço pelo trabalho, visando a formação coletiva em equipe mediante a supervisão técnica de outro profissional – o preceptor – de modo a contribuir para a integralidade do cuidado ao usuário (MARTINS *et al.*, 2010).

Desse modo, objetiva-se superar a típica fragmentação dos saberes e práticas na atenção à saúde, contribuindo com uma “formação pautada na preparação de profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe, como também modos que afirmam modelos de gestão descentralizados e transversais que não desapropriem o trabalhador do seu processo de trabalho” (BARROS, 2011, p. 134).

Eixo Ético-Político e Pedagógico das RMS

No que se refere ao projeto formativo e pedagógico, Silva e Caballero (2010) apontam que este “precisa contemplar dois aspectos principais [...] o caráter ético-político de pensarmos a formação como Educação Permanente em Saúde (EPS); e a dimensão da integralidade em saúde como eixo central na constituição de saberes e práticas” (SILVA; CABALLERO, 2010, p. 68).

As RMS despontam então como potente eixo de ação da supracitada PNEPS, na medida em que propõem o aperfeiçoamento das práticas de trabalho mediante a problematização de questões cotidianas dos trabalhadores da saúde e por estes, valorizando suas experiências e o próprio trabalho como matéria-prima para os processos de aprendizagem, autorizando-os a reinventar as realidades conforme o estranhamento com o que já está posto como verdade. Merhy (2005) corrobora essa ideia ao afirmar a impossibilidade de separação entre o trabalho em saúde e a educação em saúde, na medida em que um produz o outro.

De acordo com Shikasho (2013), a EPS atua como instrumento de reconhecimento e legitimação da rede de serviços de saúde, como cenários de aprendizagem em potencial, visando ao fortalecimento dos trabalhadores como sujeitos autônomos e criativos frente à realidade. Através da aprendizagem significativa e da reflexão crítica, busca-se mais que o acúmulo de saberes técnicos

providos pelas tradicionais propostas de “educação continuada”, não obstante sua importância, mas pretende-se a transformação do trabalho, dos trabalhadores e pelos trabalhadores, no sentido de garantir a resolutividade e a promoção da saúde coletiva.

Assim, com as RMS pretende-se fomentar processos pedagógicos que superem a lógica tradicional de transmissão vertical de conhecimento por especialistas, na medida em que estes se mostram apartados do contexto real dos problemas de saúde e, portanto, limitados em sua resolutividade. Porém, é importante ressaltar que não se trata de simplesmente menosprezar os protocolos técnicos já consolidados, mas de estar aberto à possibilidade de questioná-los, ou como afirma Ceccim (2005, p. 166), de “tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente”.

Ante o exposto, Ceccim (2005, p. 162) ratifica que:

Aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com os instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

No que se refere à dimensão do trabalho em equipe, uma vez orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, os programas partem de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e buscam integrar “saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde” (BRASIL, 2007, p. 3). Diante disso, espera-se que os residentes sejam dispostos nos cenários de trabalho em equipes necessariamente multiprofissionais e, mais do que simplesmente conjugá-los em um mesmo recorte de espaço e tempo. Estimula-se que eles possam efetivamente trabalhar de forma colaborativa e interprofissional.

Entretanto, a noção de especialidade profissional configura-se como o maior desafio a ser superado, conforme nos apontam Bonaldi *et al.* (2010, p. 59), ao afirmarem que “ainda que a equipe multiprofissional seja apontada como solução milagrosa para superar os problemas da fragmentação e da desresponsabilização decorrente da especialização excessiva dos profissionais, a simples implementação não garante que se alcance esse objetivo”.

Por fim, reafirma-se a imbricada relação entre a proposta pedagógica da RMS e os discursos da integralidade que, embora remetam a um suposto novo modelo de atenção à saúde, na verdade ainda aludem aos ideais e pautas do movimento pela Reforma Sanitária, que atualmente se encontram em um contexto de explícita ameaça e sucessivos retrocessos. Apesar do tempo histórico de regulamentação, ainda há muito a percorrer para fins da consolidação de um SUS concreto e resolutivo. Conforme nos apontam Dallegrave e Kruse (2009), a articulação entre os discursos aposta na emergência da integralidade como condição de possibilidade para a construção pedagógica das RMS.

Residências Multiprofissionais Hospitalares

Segundo Silva *et al.* (2015), quanto às diferenças de atuação no hospital ou na comunidade, residentes multiprofissionais evidenciam que o ambiente hospitalar envolve uma ação e intervenção imediata, e geralmente não tão contínua. Além disso, o ambiente hospitalar pode ser provido de melhores recursos complexos para a assistência apropriada aos indivíduos. O cotidiano hospitalar também proporciona aos residentes lidarem diariamente com situações que possibilitam o exercício de habilidades, como adaptação, flexibilidade, paciência, e reconhecimento de suas limitações profissionais (LANDIM; BATISTA; SILVA, 2010).

Nos programas que concentram suas atividades em instituições hospitalares, tornando o hospital o principal lócus de prática dos residentes, há que se considerar especialmente a predominância de um modelo de atenção em saúde ainda pautado na lógica biomédica, centrado em ações hegemonicamente tecnicistas e de cunho curativista. Acrescente-se a isso o caráter verticalizado e hierarquizado de funcionamento da gestão, que opera alguns saberes e fazeres no campo da saúde de modo a considerar somente as pautas e necessidades mercadológicas (FEUERWERKER; CECILIO, 2007).

Vale salientar mais uma vez que, culturalmente, a principal, senão a única referência de proposta de formação profissional existente no hospital, tem sido as RM, cujos pressupostos pedagógicos e ideológicos destoam de modo significativo das RMS. O hospital destaca-se dentro da rede de saúde como um equipamento complexo, cujo cotidiano é constantemente permeado por relações de poder entre as diversas corporações profissionais, demarcando um espaço de disputa e dificultando, assim, a efetivação de práticas de trabalho que se façam de fato interprofissionais e interdisciplinares. Acontece que integralidade, trabalho em equipe multiprofissional, recuperação da dimensão cuidadora das práticas de saúde não são conceitos pacíficos e consensuais. Sua implementação provoca mudanças nas relações de poder entre as profissões e nas relações de poder entre os profissionais de saúde e os usuários. Provocam, portanto, resistência e disputa. E o hospital tem sido um local de resistência, de reprodução da lógica hegemônica da organização do trabalho em saúde, um espaço de reprodução dos poderes das corporações (FEUERWERKER; CECILIO, 2007, p. 969).

A inserção das RMS junto às RM nos contextos hospitalares ainda é um desafio a ser superado (ALVES *et al.*, 2016). Nas ações do processo de ensino-aprendizagem dos programas de Residên-

cia, os médicos têm poucas oportunidades de atuar com outros membros da equipe de saúde, algumas vezes até mesmo desconhecendo o que seja rede de serviços, vigilância epidemiológica, territorialização, planejamento local, trabalho em grupos e programas de promoção da saúde e prevenção de doenças (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

Na prática de Residência de Chefe e colaboradores (2013) existiram, inclusive, casos em que a alta hospitalar foi baseada apenas em critérios médicos, desconsiderando outros núcleos profissionais envolvidas com a assistência aos pacientes – prática infelizmente comum nos serviços de saúde. Infelizmente, ainda há um descompasso quando a categoria médica se refere à ideia de ‘multiprofissionalidade’. É comum encontrar equivalência do termo como atuação por especialidade. Por exemplo, a equipe multiprofissional formada pelo clínico geral, o ortopedista e o traumatologista – todos eles formados em Medicina (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009).

Nesse contexto, deparamo-nos com instituições cujas práticas de atenção à saúde ainda acontecem, prioritariamente, de modo fragmentado e desarticulado, tais como ainda são a maioria dos cursos de graduação da área da saúde. Barros (2011) corrobora esta ideia ao afirmar que, em muitas ocasiões, os processos formativos em saúde assumem um caráter associado exclusivamente à transmissão de conteúdos atrelados ao viés da racionalização e do tecnicismo, destoando, portanto, dos preceitos da Educação Permanente em Saúde, componente pedagógico orientador das RMS.

No cotidiano dos serviços de saúde, é possível percebermos a incompatibilidade entre a formação recebida pelos profissionais de saúde, marcada pela divisão em setores do saber e autocentrada, como um entrave para a viabilização do acesso ao cuidado em saúde de forma integralizada (SALVADOR *et al.*, 2011).

A RMS considera que o processo formativo deve possibilitar a imprescindível integração entre ensino, serviço e comunidade, potencializando parcerias que fortaleçam práticas centradas no atendimento às necessidades dos usuários, através de uma escuta e cuidado atentos, ampliados e humanizados. O acontecer da Residência abre espaço para processos de mudanças institucionais, colocando em pauta a reflexão sobre outros possíveis mecanismos de trabalho e o necessário comprometimento com a formação de novos perfis profissionais e de serviços, sempre levando em conta a possibilidade de atualização do que está dado a priori.

Nesse sentido, Barros (2011, p. 137) aposta em:

Uma formação que se configure em múltiplas formas de ação, como produção de saberes e práticas sociais que instituem sujeitos de ação, aprendizados permanentes e não práticas de modelagem, que se constroem sobre especialismos naturalizados. Um trabalho de formação como processo questiona as formas-subjetividades instituídas, escapando da produção de profissionais como mercadorias amorfas, despotencializadas, silenciosas, serializadas.

Para além da mera reprodução das práticas assistenciais em saúde, o que a RMS pretende é a promoção de espaços de reflexão sobre o fazer-saúde, reconhecendo que este se dá em meio a relações complexas e que, talvez por isso mesmo a “composição pode instalar certa desestabilização das práticas cristalizadas e provocar uma desconstrução e construção de novos saberes, como uma nova proposta de formação de trabalhadores” (MARTINS *et al.*, 2010, p. 89).

Considerações Finais

A proposta das RMS auxilia na formação de profissionais de saúde mais abertos à prática colaborativa e ao reconhecimento da interdependência das áreas. Segundo Fiorano e Guarnieri

(2015), os profissionais de saúde não têm sido formados com os conhecimentos, habilidades e atitudes suficientes para o adequado desempenho no SUS. Os programas de RMS, por sua vez, apresentam uma perspectiva que promove exitosa aproximação entre o trabalho e a formação, e isso pode possibilitar mudanças do modelo técnico-assistencial.

As RMS podem ser consideradas, então, como dispositivos capazes de provocar melhorias na formação dos profissionais. Em pesquisa, Silva e colaboradores (2016) constatam que, apesar das dificuldades que os profissionais apresentaram ao longo de sua formação, salientaram que ao ingressar na Residência tiveram a oportunidade de trabalhar engajados em um conceito de saúde ampliado, e não apenas voltado para aspectos biológicos que determinam o processo saúde-doença.

Na pesquisa realizada por Torres, Barreto e Carvalho (2015), destaca-se que, de todas as aprendizagens referidas pelos residentes, aquela que se sobressai como mais emergente é sobre o aprendizado entre as profissões e o trabalho em equipe. Nas RMS se confirma que a especialização em saúde exige domínio de aspectos de campo e núcleo, que se interligam complexamente. Silva *et al.* (2015) escrevem que residentes relataram que a Residência traz a oportunidade de novos conhecimentos acerca de outras áreas e isso faz com que profissões diferentes se complementem. A RMS pode ser considerada como uma excelente oportunidade de aprendizado e troca de conhecimento e experiências (MORAIS; CASTRO; SOUZA, 2012).

Santos, Batista e Devincenzi (2015) concluem que a Residência permite ao profissional desenvolver ações que extrapolem sua especificidade, resultando em um ganho de atuação, permitindo ampliar seu olhar e práticas por meio da vivência integrada. Os profissionais de saúde podem ser formados de acordo com um novo paradigma, um processo pedagógico no qual ocorra uma crítica ao paradigma cartesiano e biomédico (BEZERRA *et al.*, 2016).

Portanto, no processo de formação dos residentes, a população, o controle social, as equipes de saúde das unidades, enfim, todos os envolvidos são convidados a pensar e a produzir espaços de saúde, bem-estar e qualidade de vida – desmistificando a ideia de que o ambiente hospitalar é apenas o ambiente da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. C. *et al.* U. Relato de experiência da atuação do nutricionista em Residência Multiprofissional em Saúde. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 29, n. 4, pp. 597-608, jul./ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732016000400597&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 24 jun 2017.

BARROS, M.E.B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. *In*: PINHEIRO, R; CECCIM, R.B.; MATOS, R.A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011. p. 131-149.

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977. **Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica**. Brasília, DF, 1977.

_____. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004a. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/54_Portaria_198_de_13_02_2004.pdf. Acesso em: 09 set 2020.

_____. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2117, de 03 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília: **Ministério da Saúde / Ministério da Educação**, 2005. Disponível em: http://www.coremu.famed.ufu.br/sites/coremu.famed.ufu.br/files/portaria_msmecc_2117_3-11-205_-_cert.pdf. Acesso em: 09 set 2020.

_____. Portaria Interministerial MS/MEC nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e 120 institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde / Ministério da Educação**, 2007a. Disponível em: https://www.unifesp.br/reitoria/proex/images/PROEX/coremu/documentos/portaria_45_2007.pdf. Acesso em: 09 set 2020.

BEZERRA, T. C. A. *et al.* Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 445-472, Ago. 2016.

BONALDI, C. *et al.* O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. *In*: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2010. p. 53-72.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, pp. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, pp. 141-144, Jan. 1997.

CARVALHO, A. B.; NEPOMUCENO, L. B. A residência multiprofissional em saúde da família potencializando a transformação através da formação: uma utopia necessária. **Sanare**, Sobral, v. 7, n. 2, pp. 31-37, jul/dez 2008.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde**, Educ, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R. B.; KREUTZ, J. A.; MAYER JR., M. Das Residências integradas às Residências Multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde /-** Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC, 2011. p. 257-292.

CHEADE, M. F. M. *et al.* Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 3, pp. 592-595, jul/set 2013.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. **Interface/Comunicação Saúde Educação**. v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, pp. 1421-1428, 2009.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. *In:* FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V.L. (Org.). **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 23-34.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FIORANO, A. M. M.; GUARNIERI, A. P. Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? **ABCS Health Sci.**, v. 40, n. 3, pp. 366-369.

HAUBRICH, P. L.G.; *et al.* Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como lócus privilegiado da educação permanente em saúde. **Rev. Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 47-56, 2015.

LANDIM, S. A.; BATISTA, N. A.; SILVA, G. T. R. Vivência clínica hospitalar: significados para enfermeiros residentes em Saúde da Família. **Rev. Bra. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, pp. 913-920, nov-dez 2010.

MARTINS, G. D. M. *et al.* Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, 2016.

MARTINS, A. R. *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. *In:* FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F. & PASINI, V. L. (Org.). **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 75-90.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.

MORAIS, J. L.; CASTRO, E. S. A.; SOUZA, A. M. A inserção do psicólogo na residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência em oncologia. **Psic. Rev.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, pp. 389-401, 2012.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **REME**, Minas Gerais, v. 10, n. 4, pp. 435-439, out/dez 2006.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008.

RIBEIRO, M. A. A. **Apontamentos sobre Residência Médica no Brasil**. Consultoria Legislativa. Câmara dos Deputados. Brasília, DF, 2011.

SALVADOR, A. S. *et al.* Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. **Rev. Bras. Cienc. Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, pp. 329-338, 2011.

SANTOS, I. G.; BATISTA, N. A.; DEVINCENZI, M. U. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, pp. 349-360, 2015.

SHIKASHO, L. **Os programas de residência e a integralidade da atenção**: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde. 2013. 211p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

SILVA, T. A. S.; CABALLERO, R. M. S. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. *In*: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.61-74.

SILVA, J. C. *et al.* Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista Enferm.** São Paulo, v. 28, n.2, pp. 132-138, 2015.

SILVA, C. T. *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, pp. 01-09, 2016.

TORRES, R.B.S.; BARRETO, I.C.H.C.; CARVALHO, J.B. Conflitos e avanços na implementação de uma Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia. **ABCS Health Sic**, v. 40, n.3, p. 370-376, 2015.

TORRES, R.B.S.; BARRETO, I.C.H.C.; FREITAS, R.W.J.F.; EVANGELISTA, A.L.P. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface** (Botucatu). 2019; 23:e170691.

1.2 PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO TRIPÉ ASSISTÊNCIA-ENSINO-PESQUISA²

Rafael Bruno Silva Torres

Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produz em nós (Manoel de Barros)

Reflexões iniciais

Parafraseando Ramos *et al.* (2006), este texto apresentado por um profissional egresso de Residência tem a intenção de dar voz a atores e autores que são coletivos, políticos e representativos, podendo ser encarado como uma reflexão da história de formação nesse todo que é possibilitado pela coletividade do encontro, e pela vivência da assistência, do ensino e da pesquisa em uma Residência em Saúde.

O tema da formação nas Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) vem crescendo nas pesquisas realizadas no mundo. Nos programas de pós-graduação brasileiros se observa um aumento nas produções acadêmicas sobre as Residências a partir de sua institucionalização no ano de 2005 (DALLEGRAVE; CEC-CIM, 2013). Ao escrever sobre a RMS, Carvalho e Nepomuceno (2008, p. 36-37) definem que elas se configuram como

2 Capítulo adaptado do Trabalho de Conclusão de Residência *Espaço de (Trans)Formação: Experiência Vivida de Residentes em uma Residência Multiprofissional em Cancerologia* (2015), apresentado ao Programa de Residências Integradas em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará, de autoria deste escritor sob orientação da Ma. Juliana Burlamaqui Carvalho (Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí), e da dissertação *Residências Integradas, Multiprofissionais e em Área Profissional em Saúde: uma Revisão Integrativa* (2017), apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, de autoria deste escritor, sob orientação da Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

um convite, um chamado para reconstruir nossa formação enquanto profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa reconstrução não pensamos apenas no ser profissional, mas fundamentalmente em sermos sujeitos históricos, cidadãos que se implicam nos processos sociais vivenciados. E essa reconstrução deve ser facilitada por uma formação voltada para a transformação da nossa realidade, para o enfrentamento dos dilemas e desafios que esta nos coloca, cotidianamente, para avançarmos na efetivação do SUS que queremos [...] Aceitar o convite à ousadia e à experimentação do novo é estar coletivamente construindo, dialógica e cooperativamente, o que queremos para o SUS, para a sociedade brasileira e para a própria RMS.

A formação profissional brasileira para a área da saúde faz referência à formação de profissionais com visão crítica, humanista e integradora, capazes de atuar com qualidade e resolubilidade no SUS. Segundo Merhy (2005), no ensino-prática em saúde é importante avaliar a força de processos que gerem transformações no trabalhador e no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde – o que implicaria força de produzir e de problematizar a si mesmo no agir.

As RMS fortalecem a vivência dessas transformações, bem como da integralidade em saúde.

A complexidade da atenção à saúde exige o engajamento do profissional, a capacidade de escuta, o compromisso ético e a visão integral do sujeito do cuidado. Nas RMS, o trabalho aparece articulado à vida, exigindo quebra de preconceitos e mudanças de atitude (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

As Residências em Saúde podem, então, ser consideradas como um tema amplo e que pode abarcar uma série de discussões. Feuerwerker (2009), inclusive, afirma que o processo das Residências é dinâmico, configurado por múltiplas apostas, de modo que compreender as diversas questões envolvidas é importante para significar os diferentes discursos, e em diferentes espaços e contextos. Portanto, muitos vivenciam e produzem sobre as RMS, e muitos discursos são possíveis. Este texto apresenta uma possibilidade dentre esses vários discursos.

Refletindo sobre o tripé Assistência-Ensino-Pesquisa nas RMS

Morais, Castro e Souza (2012) se questionaram no início de sua RMS: como pode ser possível que profissionais de diversas especialidades se formem com base em um eixo comum? De fato, em muitos cursos de formação em saúde no Brasil ainda se privilegia um modelo de saúde disciplinar com prioridade para a formação especializada, organizado sob uma perspectiva flexneriana, de forma fragmentada, mecanicista, cartesiana, compartimentalizada e com um modelo biologicamente centrado (ROSA; LOPES, 2009; SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011; SILVA; FRACOLLI; CHIESA, 2011; SCHMALLER *et al.*, 2012; MELO; QUELUCI; GOUVEA, 2014a; BEZERRA *et al.*, 2016).

O processo tradicional de ensino-aprendizagem em saúde tem origem no modelo flexneriano, introduzido no Brasil por volta de 1940 e com um forte viés biologicista, o que historicamente fomenta uma lógica de fragmentação e especialização – especialmente no contexto hospitalar. Nos últimos anos, tem se enfatizado a colaboração entre as profissões de saúde como tentativa de superação dos diversos impasses observados, e que prejudicam a qualidade e a resolutividade das práticas de assistência, não incorporando a dimensão da integralidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Este trabalho, fragmentado e repetitivo, pode ser substituído por novas formas de organização em um trabalho integrado com maior autonomia e flexibilidade, em um espaço de formação em processo de construção, unindo aprendizagens problematizadoras, trabalho e política (SCHMALLER *et al.*, 2012; MELO; QUELUCI; GOUVEA, 2014a). Na verdade, a relação teoria-prática não ocorre separadamente, e não existe a prática sem a teoria, elas caminham juntas (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

Baldisserotto *et al.* (2006) avaliam ainda que é difícil para muitos profissionais hospitalares perceberem a necessidade de inte-

gração entre ações de assistência, ensino, aprendizagem e pesquisa, visto que a assistência sempre foi a prioridade da instituição hospitalar como prestadora de atendimento à saúde – de modo que, a implementação de programas de RMS nesse contexto, precisa ser constantemente avaliada e repensada. Barreto *et al.* (2006) explicam que a especialização exacerbada que marca a área hospitalar fortalece a medicina dos órgãos e a visão organicista da doença.

Ceccim e Feuerwerker (2004), por outro lado, propõem uma desvinculação da formação em saúde de um caráter exclusivamente biologicista e individualista que ignora outras áreas do conhecimento. Neste sentido, se compreende que a complexidade do fenômeno saúde-doença requer cada vez mais uma perspectiva interdisciplinar e interprofissional (FURTADO, 2007).

Se acrescenta, nesse contexto, a importância de se pensar sobre a aprendizagem significativa desses processos. Aprendizagem significativa se refere a uma pedagogia que propõe ao profissional de saúde um papel mais ativo no processo de cuidado em saúde, potencialmente mais significativo e relacionado com suas experiências prévias. Em um contexto significativo dentro das RMS, os residentes podem exercitar o desenvolvimento do raciocínio, da crítica e da transformação, tornando-se sujeitos integrantes e participantes de sua formação, potencializando a sua consolidação como atores políticos do processo de mudança (LANDIM; SILVA; BATISTA, 2012; LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012; SILVA *et al.*, 2014; TORRES *et al.*, 2019).

A aprendizagem significativa se trata de um processo de educação no trabalho, tendo a finalidade de garantir a qualidade da atenção à saúde, adequada às necessidades dos usuários dos serviços e da equipe, e não somente de suprir carências profissionais (PAGANI; ANDRADE, 2012). É um processo complexo que promove e produz sentidos. E, portanto, o processo de ensino-aprendizagem deve partir da reflexão sobre o que acontece

no serviço e sobre o que precisa ser transformado – e para isso é preciso problematizar as situações.

A metodologia da problematização baseada no Arco de Magueréz (Figura 1) é uma estratégia de ensino que vislumbra a formação de profissionais mais atuantes e questionadores, capazes de trabalhar em equipe e de aprender juntos. A aplicação da problematização no ensino prático em saúde guarda o potencial de transformar o olhar curioso em um ato contextualizado, avançando no processo de formação do profissional (MELO; QUELUCI; GOUVÊA, 2014a, 2014b).

Figura 1: Arco de Magueréz



Fonte: (MELO; QUELUCI; GOUVÊA, 2014a, 2014b)

Nesta metodologia, que pode ser desenvolvida durante todo o percurso de uma RMS, o processo de reflexão desencadeia uma procura dos fatores explicativos, em termos de soluções para os problemas. Os conteúdos são reconstruídos pelos profissionais residentes, que precisam reorganizar os materiais e adaptá-los às suas estruturas cognitivas, a fim de descobrir relacionamentos, conceitos ou leis que terão de assimilar (MELO; QUELUCI; GOUVEA, 2014b).

E como método final avaliativo das RMS, a maioria dos programas exige a produção de projetos de pesquisa – o que é completamente coerente com a aplicação de metodologias ativas e questionadoras no decorrer da Residência. O objetivo de um projeto de pesquisa de Residência é fornecer ao residente as habilidades necessárias para conduzir e gerenciar um projeto importante, permitindo que os residentes preparem e apresentem uma pesquisa, melhorando também suas habilidades de ensino, pesquisa e comunicação. Essa tarefa pode ser um dos aspectos mais desafiadores para se completar um programa de Residência (BARLETTA, 2008).

Segundo Barletta (2008), a geração de ideias é o primeiro passo na condução de um projeto de pesquisa de Residência, e muitas vezes uma barreira importante para novos profissionais. Ao desenvolver questões de pesquisa, os residentes devem considerar se é possível o desenvolvimento de uma pesquisa com aquela questão, se o tópico é interessante para o investigador e para a comunidade, se a ideia é nova, se o estudo é ético, e se os resultados serão relevantes.

Conforme se verifica na Figura 2, os demais passos incluem busca na literatura, delimitação do estudo e objetivos, revisão pelo comitê de pesquisa do programa, apresentação do projeto para outros residentes, desenvolvimento do cronograma, coleta de dados, análise dos dados, e apresentação final do estudo (BARLETTA, 2008).

Figura 2: Possíveis passos para condução de um projeto de pesquisa de Residência

Research Project

1. Idea generation
 2. Background literature search related to the idea
 3. Consideration of study design, objectives and feasibility
 4. Department/Residency Advisory Committee review
 5. Presentation of project list to residents
 6. Project selection
 7. Timeline development
 8. Protocol development
 9. Data collection tool development
 10. IRB submission and approval
 11. Data collection
 12. Data entry into computerized database
 13. Data analysis
 14. Presentation development
-

Fonte: Adaptado de Barletta (BARLETTA, 2008)

Na experiência de Pantoja (2014) no Brasil, os residentes são estimulados a produzir trabalhos de pesquisa que proponham ou estabeleçam mudanças na assistência ao paciente, nos processos de trabalho e nas formas de avaliação de indicadores institucionais, ou visando a melhoria do serviço prestado. Na experiência de Irwin *et al.* (2013) nos EUA, os programas de Residência devem proporcionar oportunidade para que os residentes possam conduzir um projeto relacionado à prática. Os projetos podem ser pesquisas originais, projetos de melhoria da qualidade ou exercícios de resolução de problemas. Os residentes normalmente apresentam seu trabalho em conferências regionais e são frequentemente encorajados, embora não exigidos, a publicar suas descobertas em revistas científicas.

Mas, ainda segundo Irwin e colaboradores (2013), há dificuldades com relação às publicações dos residentes: limitações de tempo, falta de motivação dos residentes, aprovação ou cumprimento de outras regras ou regulamentos, limitações na concepção do estudo ou qualidade do estudo, tutoria efetiva ou problemas estruturais do programa, e questões de continuidade após a conclusão da Residência. Se os programas desejam melhorar a taxa de publicação de projetos de pesquisa de Residência, algumas melhorias devem ser feitas, incluindo treinamento formal de ensino e pesquisa com informações sobre bioestatística e bioética por exemplo, além de um plano de comunicação contínua entre residentes e tutores, mesmo após a conclusão da Residência, e um aumento no tempo dedicado à pesquisa.

Shin *et al.* (2015) discutem ainda sobre a necessidade de mais residentes egressos ocuparem funções acadêmicas. Os autores discutem especificamente sobre a realidade do núcleo da Farmácia nos EUA, onde há uma série de recomendações a respeito. Alguns residentes de Farmácia têm de fato interesse pela academia, mas os programas precisam encorajar os profissionais e desenvolver treinamentos adequados para preparar os residentes para as funções acadêmicas. Identificando os interessados logo no início dos programas, por exemplo, poderiam ser realizados treinamentos específicos.

Considerando a abundância de cargos acadêmicos disponíveis e a maior probabilidade de residentes passarem da Residência diretamente para a academia, os residentes deveriam estar preparados para papéis docentes (CLARK *et al.*, 2008; NAPPI, 2013; WANAT; GAREY, 2013). Diante disto, a *American Society of Health-Systems Pharmacists* (ASHP) incorporou metas e objetivos na Residência, padrões de treinamento que abordam a provisão de educação e treinamento por residentes (NAPPI, 2013). Em 2010, quase 30% dos programas filiados a ASHP tinham estágios formais de docência (SHIN *et al.*, 2015).

McNatty, Cox e Seifert (2007) avaliam que os egressos de Residência que passaram a assumir funções docentes tiveram maior probabilidade de ter dado palestras, participado de aprendizagem baseada em problemas ou seminários de pequenos grupos, e servido como preceptores de estudantes durante seu programa de Residência. Segundo Clark *et al.* (2008), experiências de ensino positivo foram indicadas como fatores influentes nas decisões dos residentes de buscar posições acadêmicas.

De acordo com Shin *et al.* (2015), uma série de fatores podem influenciar para que os residentes se interessem pelo ensino ou pela assistência. Mas os programas de Residência continuam a ser portas de entrada para a carreira acadêmica. Afinal, todos os programas de RMS têm um forte aspecto educacional em sua composição, embora nem todos foquem nisso como objetivo maior.

Alguns programas de Residência de Farmácia dos EUA têm então desenvolvido programas de certificação de ensino durante o período da Residência, para melhor preparar os farmacêuticos para assumirem funções de docência ao término do programa de Residência. Estes programas buscam introduzir os residentes em elementos fundamentais do ensino, promover oportunidades de desenvolver suas habilidades de ensino-aprendizagem, e prepará-los adequadamente para futuras carreiras acadêmicas (DUNN *et al.*, 2010; WAHL *et al.*, 2014). A conclusão de um programa de certificação pode ajudar os profissionais a obter uma posição acadêmica no futuro, bem como a se destacar nela (GETTIG; SHEEHAN, 2008).

Segundo Greco *et al.* (2013), programas com ênfases acadêmicas habilitam seus residentes com numerosas atividades de ensino e pesquisa, como preceptorar outros estudantes, apoiar e realizar pesquisas, escrever e publicar artigos. Componentes do programa de certificação de ensino envolvem ainda seminários didáticos, experiências docentes e a criação de um portfólio de

ensino. Para se capacitar para a docência, os residentes também podem cumprir atividades extras como ter um tutor acadêmico, participar de palestras, e facilitar pequenos grupos de estágio (GONZALVO *et al.*, 2013).

Os profissionais residentes do programa precisam participar de recorrentes seminários didáticos que abordam temas distintos de educação, tais como: introdução às carreiras acadêmicas, profissionalismo e trabalho com diversos alunos, preparação e apresentação de aulas, facilitação de pequenos grupos, como dar *feedbacks*, técnicas de avaliação em sala de aula, aprendizagem significativa, planejando um curso, preparando exames, como planejar um *workshop*, planejando uma preceptoria, processo de pesquisa e publicação – tópicos avaliados como ‘muito úteis’ ou ‘úteis’ pelos participantes da pesquisa de Nappi (2013).

A oferta de estágio docente para residentes é um diferencial, pois estes atores têm um potencial enorme de assumir papéis no ensino e na pesquisa como professores ou coordenadores de programas universitários, pesquisadores, tutores ou preceptores de outros programas de Residência em Saúde, ou supervisores de estagiários de graduação. Se faz necessário investir mais na experiência docente destes profissionais, inclusive como forma de incentivar uma prática crítica e articulada entre academia e serviços de saúde.

Reflexões finais

Segundo Haddad (2009), as RMS tem sido objeto de muitas avaliações, reflexões e reuniões de trabalho. Sem sombra de dúvida são assuntos que estão longe de serem esgotados. Mas há um ponto de convergência coletiva neste debate: todos os envolvidos, dentro de suas competências e trazendo suas diferentes perspectivas de análise, tentam contribuir para o aprimoramento do siste-

ma de ensino-saúde. A inserção das RMS em espaços complexos como os lócus de trabalho não pode ser apenas naturalizada como espontânea ao longo dos anos, sendo alvo contínuo de reflexão e problematização em parceria com os diversos atores envolvidos nestes processos (TORRES; BARRETO; CARVALHO, 2015).

Rosa e Lopes (2009) salientam, contudo, que temos um cenário da saúde pública brasileira com grandes disparidades locais, especialmente no que diz respeito à formação profissional, à política de contratação e capacitação, e à formação permanente de recursos humanos. Segundo Domingos, Nunes e Carvalho (2015), apesar dos avanços direcionados para o fortalecimento do SUS, a formação dos trabalhadores de saúde constitui um dos principais desafios para a efetivação desse sistema. A formação em saúde ainda é um “nó crítico” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil (SILVA *et al.*, 2013).

Destacam-se alguns desafios para o processo de ensino-aprendizagem nos contextos concretos das RMS: falta de diálogo entre profissionais; falta de preparação para um trabalho coletivo, bem como para a produção de conhecimentos coletivos; falta de profissionais com perfil e disponibilidade para tutoria. Além de que, é comum na área da saúde a tendência de profissionais atuarem de forma isolada, dissociada e fragmentada (JESUS; ARAÚJO, 2011; CASANOVA; BATISTA; RUIZ-MORENO, 2015; TORRES *et al.*, 2019). E outro desafio é o trabalho fragmentado entre assistência, ensino e pesquisa – “deixar o trabalho” para ocupar espaços de discussão e reflexão é tido como inviável algumas vezes (SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011).

Segundo Fernandes e colaboradores (2015), deve-se considerar que existe na formação dos residentes o trabalho prescrito, definido e orientado pelas concepções teóricas que sustentam os programas. Contudo, no cotidiano da sua formação, os residentes se deparam com o trabalho real. O trabalho prescrito é aquele

que precisa ser feito pelos trabalhadores seguindo normas e definições precisas; já o trabalho real é o que foge à prescrição, o que é imprevisto e inesperado. Portanto, no cotidiano dos serviços de saúde é possível se perceber a incompatibilidade entre a formação recebida pelos profissionais de saúde e a prática encontrada (SALVADOR *et al.*, 2011).

Segundo Salvador *et al.* (2011), se faz necessário a utilização de metodologias que proporcionem a constante troca de saberes e práticas, valorizando todos os conhecimentos relativos aos diferentes núcleos, viabilizando uma construção coletiva dos referenciais teóricos que apoiam a práxis nas RMS. As diretrizes pedagógicas dos programas de RMS devem adotar estratégias metodológicas que transcendam a sala de aula, levando os residentes para a prática-reflexiva, e possibilitando atividades interdisciplinares em diferentes áreas profissionais, colocando-os em contato com temas como Humanização, Educação Permanente em Saúde, Trabalho em Equipe e Integralidade, dentre outros (FIORANO; GUARNIERI, 2015).

No que diz respeito ao ensino e à pesquisa, Wahl *et al.* (2014) percebem que a maioria dos egressos de Residências de Farmácia dos EUA que participaram dos programas de certificação de ensino mencionados neste capítulo estavam atuando como preceptores de estudantes ou de residentes e, uma pequena parte, como preceptor de outras profissões. Mais de 70% dos entrevistados concordaram que o programa de certificação reforçou seu desejo de ensinar na prática e que o programa ainda ajudou a qualificá-los para a posição que estavam atuando. Um dos principais objetivos dos programas é de fato estimular um interesse sério em uma carreira de ensino e pesquisa.

Contudo, existem vários motivos que podem explicar porque residentes podem preferir a assistência à academia. Muitos residentes podem se sentir mal preparados mesmo no final de um

programa de dois anos para os rigores de uma carreira acadêmica. Alguns residentes podem preferir aprimorar suas habilidades clínicas por alguns anos antes de considerar uma carreira de ensino e pesquisa. Outros podem preferir dar maior ênfase ao cuidado direto ao paciente (NAPPI, 2013).

Enfim, é fundamental observar os aprendizados obtidos com uma RMS, entendendo que, segundo Ceccim (2005), o trabalho na saúde requer trabalhadores que aprendam a aprender, práticas cuidadoras, compromissos com a integralidade, desenvolvimento de si e dos coletivos, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades no ensino e na produção de conhecimento.

Por fim, parafraseando Carvalho e Nepomuceno (2008), este texto surgiu de anseios, conquistas, leituras, sentimentos e surpresas...nos incentivando a pensar: tais sensações de um profissional têm a ver com sua prática? Seria isso válido de considerações? Influencia nas mudanças dos processos formativos e das práticas? Acreditamos que sim! Uma prática contextualizada e crítica nasce do conjunto de ações e reflexões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALDISSEROTTO, J. *et al.* Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 22 ago 2020.

BARLETTA, J. F. Conducting a successful residency research Project. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 72, n. 4, Article 92, 2008.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Educação Permanente e a Construção de Sistemas Municipais de Saúde Escola: o caso de Fortaleza, Ceará, Brasil. In: **Divulgação em Saúde para Debate – Série Cebes/Conasems: Saberes e Práticas da Gestão Municipal**, n.34, Jun. Rio de Janeiro: 2006.

BEZERRA, T. C. A. *et al.* Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 445-472, Ago. 2016.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; RUIZ-MORENO, L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Sci.**, v. 40, n. 3, pp. 229-233.

CARVALHO, A. B.; NEPOMUCENO, L. B. A residência multiprofissional em saúde da família potencializando a transformação através da formação: uma utopia necessária. **Sanare**, Sobral, v. 7, n. 2, pp. 31-37, jul/dez 2008.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, pp. 219-230, out/dez 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, pp. 1400-1410, set/out 2004.

CLARK, C. A. *et al.* Assessment of factors influencing community pharmacy residents' pursuit of academic positions. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 72, n. 1, Article 03, 2008.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 47, p. 759-776, Dez. 2013.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, Dez 2015.

DUNN, B. L. *et al.* Survey of colleges of pharmacy to assess preparation for and promotion of residency training. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 74, n. 3, Article 43, 2010.

FERNANDES, M. N. S. *et al.* Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 90-97, Dez 2015.

FEUERWERKER, L. C. M. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 28, p. 229-230, Mar. 2009.

FIORANO, A. M. M.; GUARNIERI, A. P. Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? **ABCS Health Sci.**, v. 40, n. 3, pp. 366-369.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 22, pp. 239-255, Ago. 2007.

GETTIG, J. P.; SHEEHAN, A. H. Perceived value of a pharmacy resident teaching certificate program. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 72, n. 5, Article 104, 2008.

GONZALVO, J. D. *et al.* Redesign of a statewide teaching certificate program for pharmacy residents. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 77, n. 4, Article 79, 2013.

GRECO, A.J. *et al.* Characteristics of postgraduate year two pharmacy residency programs with a secondary emphasis on academia. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 77, n. 7, Article 143, 2013.

HADDAD, A. E. Sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 28, p. 227-228, Mar. 2009.

IRWIN, A. N. *et al.* Challenges to publishing pharmacy resident research projects from the perspectives of residency program directors and residents. **Pharmacy Practice**, v. 11, n. 3, pp. 166-172, jul-set 2013.

JESUS, M, L.; ARAUJO, D. Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 3, pp. 67-80, 2011.

LANDIM, S. A.; SILVA, G. T. R.; BATISTA, N. A. Residência multiprofissional em saúde da família: vivência hospitalar dos enfermeiros. **Rev. Baiana Enf.**, Salvador, v. 26, n. 1, pp. 375-386, jan./abr. 2012.

LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, pp. 1273-1291, 2012.

MCNATTY, D.; COX, C. D.; SEIFERT, C.F. Assessment of teaching experiences completed during accredited pharmacy residency programs. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 71, n. 5, Article 88, 2007.

MELO, M. C.; QUELUCI, G. C.; GOUVEA, M. V. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 4, pp. 706-714, 2014a.

_____. **Nursing Preceptorship in Multiprofessional Residency in Oncology**: a Descriptive Study. Online braz j nurs [internet], v. 13, n. 4, pp. 656-666, set 2014b. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4567> Acesso em: 12 de agosto de 2020.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, pp. 172-174, fev 2005.

MORAIS, J. L.; CASTRO, E. S. A.; SOUZA, A. M. A inserção do psicólogo na residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência em oncologia. **Psic. Rev.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, pp. 389-401, 2012.

NAPPI, L. M. An academician preparation program for pharmacy residents. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 77, n. 5, Article 101, 2013.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptorial de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 1, pp.94-106, 2012.

PANTOJA, W. M. S. O curso de pós-graduação lato sensu em Farmácia Hospitalar em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e suas relações na formação de recursos humanos para atuação na Rede de Atenção Oncológica. **RBPG**, Brasília, v. 11, n. 26, p. 1139-1155, dez 2014.

RAMOS, A. S. *et al.* Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. *In*: BRASIL. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, pp. 479-498, 2009.

SALVADOR, A. S. *et al.* Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. **Rev. Bras. Cienc. Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, pp. 329-338, 2011.

SANTOS, E. R. (SP); LANZA, L. M. B. (PR); CARVALHO, B. G. Educação Permanente em Saúde: a experiência do serviço social com Equipes Saúde da Família. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 16-25, jan./jul. 2011.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, pp. 3203-3212, 2013.

SCHMALLER, V. P. V. *et al.* Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 346 - 361, ago./dez. 2012.

SHIN, T. R. et al. Pharmacy residents' pursuit of academic positions. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 79, n. 3, Article 38, 2015.

SILVA, T. A. M.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. Cursos de especialização e residência em saúde da família: uma análise sobre os enfoques de avaliação. **REME**, v. 15, n. 1, pp. 129-134, jan./mar. 2011.

SILVA, C. T. et al. Educação permanente em saúde: percepção de profissionais de uma residência multidisciplinar. **Rev Enferm UFSM**, v. 3 (Esp.), pp. 627-635, 2013.

SILVA, C. T. et al. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 3, pp. 49-54, set 2014.

TORRES, R.B.S.; BARRETO, I.C.H.C.; CARVALHO, J.B. Conflitos e avanços na implementação de uma Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia. **ABCS Health Sic**. 2015; 40(3): 370-376.

TORRES, R.B.S. et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface** (Botucatu). 2019; 23:e170691.

WAHL, K. R. et al. Impact and application of material learned in a pharmacy residency teaching certificate program. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 78, n. 6, Article 123, 2014.

WANAT, M. A.; GAREY, K. W. A blueprint for transitioning pharmacy residents into successful clinical faculty members in colleges and schools of pharmacy. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 77, n. 9, Article 200, 2013.

1.3 SAÚDE COLETIVA, FORMAÇÃO POLÍTICA E A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE³

Joyce Hilario Maranhão
Ana Ester Maria Moreira Melo

*“Foi uma plantinha que nasceu
e que tem que ser aguada todo dia
e pra não deixar morrer” (Cor).*

Introdução

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) como estratégia de fortalecimento do percurso formativo multiprofissional de saúde no Brasil atuam a partir de uma educação para o trabalho em saúde no nível de especialização, dialogando com a práxis em Saúde Coletiva (AROUCA, 2003; BIRMAN, 2005; CECCIM; KREUTZ; JUNIOR MAYER, 2011; DALLEGRAVE, 2008, 2013; DONNANGELO; PEREIRA, 1976; LUZ, 2009; LEAL, 2005, 2009; LEAL; CAMARGO JUNIOR, 2012).

Neste sentido, a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS/ESP-CE) apresenta-se em seus documentos normativos como uma potencialidade para a reorientação da formação profissional em saúde, e para a construção e execução de novas proposições para um projeto de sociedade baseado na democracia, igualdade social e responsabilização do Estado pela saúde e demais políticas da Seguridade Social (CEARÁ, 2013a, 2013b).

3 Capítulo produzido a partir da pesquisa *Saberes e práticas da Saúde Coletiva na formação em saúde: olhares da Residência Integrada em Saúde*, no ano de 2016. A pesquisa ocorreu devido à conclusão do Programa de Residência Integrada - Ênfase Pediatria - da Escola de Saúde Pública do Ceará- ESP-Ce em parceria com o Hospital Infantil Albert Sabin.

Ainda, a RIS/ESP-CE adota áreas de concentração denominadas ênfases curriculares, quais sejam:

I) Ênfases pertencentes ao componente comunitário:

- a) Saúde da Família;
- b) Saúde Mental Coletiva;
- c) Saúde Coletiva.

II) Ênfases pertencentes ao componente hospitalar (em parceria com outras instituições executoras em todos os pontos da Rede de Atenção em Saúde):

- d) Cancerologia;
- e) Cuidado Cardiopulmonar;
- f) Enfermagem Obstétrica;
- g) Infectologia;
- h) Neonatologia;
- i) Neurologia e Neurocirurgia de Alta Complexidade;
- j) Pediatria;
- k) Urgência e Emergência Hospitalar (CEARÁ, 2013a, 2013b).

A inserção enquanto residente da ênfase Pediatria suscitou a reflexão sobre o caminho percorrido por cada profissional da saúde que participava do programa de residência nos papéis de residente, preceptor, tutor e coordenador na RIS-EP-CE. Acreditamos que a trajetória de cada um se faz importante para a abertura a um movimento de engajamento com a proposta da RIS-EP-CE, e de uma formação política que possibilite aos atores que compõem a residência uma aproximação com a Saúde Coletiva em seus contextos de trabalho em saúde.

O encontro com a pluralidade dos saberes e o desafio de se trabalhar de modo interprofissional nos causou estranhamentos, angústias, alegrias e aprendizagens. Assim, o processo de produ-

ção do trabalho de conclusão da residência em Pediatria nos levou a alguns temas, a saber: o processo de diálogo do componente hospitalar da RIS/ESP-CE com os pressupostos da Saúde Coletiva por meio da análise do currículo integrado da RIS/ESP-CE, a partir do campo da Saúde Coletiva; os itinerários pedagógicos desenvolvidos pelo componente hospitalar da RIS/ESP-CE no campo da Saúde Coletiva; e a dimensão política na formação dos residentes.

As temáticas acima foram o mote para a pesquisa realizada no ano de 2016, (MARANHÃO; MELO, 2016), cujo enfoque qualitativo (BOSI, 2012; MINAYO, 2010) nos trouxe achados que ainda provocam discussões atuais sobre este programa, assim, retornamos a esta temática da formação política por compreender que ainda há reverberações para o programa e seus atores.

Participaram da pesquisa 1 residente do primeiro ano e outro do segundo da Pediatria, 1 preceptor de núcleo e outro de campo, 1 tutor do componente, 1 coordenador da Pediatria e 1 coordenador, todos selecionados aleatoriamente (MARANHÃO; MELO, 2016). A escolha pelos nomes fictícios dos entrevistados se refere ao mosaico da Saúde Coletiva proposto por Nunes (1994; 2014), nomeando os sujeitos de vidro, azulejo, corda, madeira, argila, cola e cor.

Na análise nos debruçamos sobre os seguintes questionamentos: como foi sua caminhada até chegar na Residência Integrada em Saúde-RIS e na ênfase Pediatria? Qual seu percurso de formação profissional?; qual o diálogo produzido entre a formação política da residência com o campo da Saúde Coletiva?

Deste modo, apresentamos neste artigo reflexões emergidas dos achados da pesquisa sobre as aproximações e divergências entre a Saúde Pública e a Saúde Coletiva sobre a educação permanente em saúde e a constituição das residências multiprofissionais em saúde.

Saúde Pública e Saúde Coletiva: emergência de um campo de conhecimento, de um cenário de práticas e de luta social

A Saúde Pública nasce com a emergência do capitalismo, buscando amenizar os conflitos sociais que emergem da relação capital trabalho, constituindo-se na ação do Estado com o objetivo de manter a classe trabalhadora nas condições de salubridade mínimas para o exercício do trabalho pós revolução industrial, processo denominado por muitos autores como higienismo e/ou sanitarismo (AROUCA, 2003; BIRMAN, 2005; DONNANGELO; PEREIRA, 1976; LUZ, 2009; LEAL, 2005, 2009; LEAL; CAMARGO JUNIOR, 2012; NUNES, 1994; 2014).

De acordo com Foucault (1979; 1998), a origem das práticas de saúde hegemônicas na Europa Ocidental, tal como se conhece hoje, remete ao final do século XVIII e início do século XIX, período em que ocorreram mudanças estruturais e econômicas na sociedade europeia, promovidas pela Revolução Industrial e seu ideal liberal associada ao pensamento positivista. Além de ocorrer um conjunto de descobertas nos campos das ciências naturais que impulsionaram a transformação da imagem das práticas de saúde em direção ao abrigamento, isolamento e exclusão, cuja função primordial é a cura, principalmente do corpo do operário que fornece a força de trabalho para as indústrias.

Ademais, no período moderno, a Medicina estava mais próxima de uma perspectiva social e coletiva, pois, desde o final do século XVI até o começo do século XVII, a questão da saúde para as nações estava relacionada a uma preocupação política, econômica e científica no contexto do capitalismo mercantilista. Assim, os censos populacionais que eram realizados tinham como objetivo estabelecer tabelas de natalidade e mortalidade como forma de avaliar a saúde e o crescimento da população, entretanto, sem realizar intervenções efetivas para a promoção da saúde, reduzindo-se a racionalidade do que depois será denominado de saúde

pública (AROUCA, 2003; BIRMAN, 2005; DONNANGELO; PEREIRA, 1976; FOUCAULT, 1979; 1998; LUZ, 2009; LEAL, 2005, 2009; LEAL; CAMARGO JUNIOR, 2012; NUNES, 1994; 2014).

No século XVIII, Alemanha, França e Inglaterra iniciam intervenções no tecido urbano a partir de um contexto político-sanitário de crescimento da massa popular na cidade e do desenvolvimento da Revolução Industrial, em que era necessário administrar os corpos dos indivíduos a fim de fortalecer econômica e politicamente o Estado. Ao mesmo tempo em que era imprescindível prevenir epidemias e revoltas populares devido às condições de vida geradas pela relação do capitalismo na sociedade.

Ressalta-se que os três sistemas conhecidos como Polícia Médica, Medicina Urbana e Medicina Social são as bases doutrinárias dos discursos sociais sobre a saúde, pois essas práticas sanitaristas foram gestadas em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos. De um lado, o pensamento higienista associa o discurso da boa saúde a partir de uma regulação moral na esfera individual. De outro, as propostas de uma política/polícia médica estabelecem a responsabilidade do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo e como agente fiscalizador da sua aplicação social, desta forma remetendo os discursos e as práticas de saúde à instância jurídico-política, além da incorporação da pauta da saúde como reivindicação pelos movimentos sociais do período (AROUCA, 2003; BIRMAN, 2005; DONNANGELO; PEREIRA, 1976; FOUCAULT, 1979; 1998; LUZ, 2009; LEAL, 2005, 2009; LEAL; CAMARGO JUNIOR, 2012; NUNES, 1994; 2014).

A Medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista e observacional, uma vez que a formação médica se dava por meio do conhecimento de textos e transmissão de receitas. A sua intervenção sobre a doença era organizada em torno da noção de crise, enquanto que a cura era um jogo entre a na-

tureza, a doença e o médico (AROUCA, 2003; BIRMAN, 2005; DONNANGELO; PEREIRA, 1976; FOUCAULT, 1979; 1998; LUZ, 2009; LEAL, 2005, 2009; LEAL; CAMARGO JUNIOR, 2012; NUNES, 1994; 2014).

A reforma pedagógica na medicina no século XIX está diretamente relacionada a uma racionalização científica pelas descobertas nos campos da biologia, bacteriologia e anatomia que inauguraram um método anato-clínico baseado na relação entre o visível e o invisível, numa aliança entre o ver e o dizer (FOUCAULT, 1979; 1998), onde o corpo humano é o espaço de origem, reparição e impressão das características da doença.

Para essa medicina classificatória, cada doença deve ser organizada de acordo com os caracteres de família, gênero e espécie e a observação de seus sintomas no corpo permitirá ao médico encontrar a verdade da natureza patológica da doença. O foco do olhar do médico não é o corpo do homem adoecido, mas a doença no corpo. Para garantir o sucesso da cura, deveriam ser abstraídas pelo médico à história do doente, suas características, seu modo de vida e suas angústias (FOUCAULT, 1979; 1998), elementos que vão ser retomados somente na constituição da Saúde Coletiva.

Desta forma, emerge no campo da ciência médica uma estratégia de organização social e política a serviço do Capitalismo e da Revolução Industrial que busca orientar um ordenamento social de profunda exclusão da classe trabalhadora dos direitos a saúde de uma leitura histórica e cultural da vida e de uma compreensão crítica sobre saberes e práticas em saúde (AROUCA, 2003; BIRMAN, 2005; DONNANGELO; PEREIRA, 1976; FOUCAULT, 1979; 1998; LUZ, 2009; LEAL, 2005, 2009; LEAL; CAMARGO JUNIOR, 2012; NUNES, 1994; 2014).

O processo de apropriação da ciência e profissão médica pelo sistema capitalista objetivou desenvolver uma estratégia de

intervenção no campo da saúde direcionada aos problemas de saúde mais persistentes no contexto do trabalho desconsiderando a determinação social da saúde.

As iniquidades e desigualdades produzidas pela exploração do trabalho de uma classe pela outra, no caso da sociedade capitalista ocidental, a classe de trabalhadores faz surgir à questão social (IAMAMOTO, 2008; NETTO, 2015). A entrada dos trabalhadores no cenário político reivindicando melhores condições de vida e a garantia de direitos tensiona o Estado a intervir nas expressões da questão social manifestadas pela ausência de saúde, saneamento básico, fome, violência urbana e intrafamiliar, entre outros problemas sociais.

No século XX, a saúde desponta como uma das políticas de seguridade que tem como propósito proteger o trabalhador e garantir o mínimo de condições de sobrevivência diante de um trabalho que, além de ser explorado, não garante sua reprodução social e material.

As políticas públicas são formas do Estado junto da sociedade e de instituições privadas materializarem os direitos sociais reivindicados pela classe trabalhadora visando amenizar as expressões dessa questão social e contribuindo na esfera política para a manutenção das relações de exploração na esfera econômica através da ideologia política, explicando a divisão social entre os indivíduos. A intervenção estatal não aborda diretamente o que causa as iniquidades sociais, pois somente o término do modo de produção capitalista findaria a própria questão social (IAMAMOTO, 2008; NETTO, 2015; CHAÚÍ, 2001).

De acordo com Chauí (2001), o advento do modelo de produção fordista nos anos 30 do século XX transformou o processo social de trabalho industrial, reverberando também na mudança ideológica nas relações sociais de toda a sociedade, despojando nos indivíduos de sua condição de sujeitos sociais, políticos e his-

tóricos capazes de agir e transformar a realidade, ao mesmo tempo em que hierarquiza as relações através do “discurso da competência” (CHAUÍ, 2001, p. 127).

Encantados com este ideário da competência, os indivíduos que detêm um conhecimento acerca de algum aspecto da vida (saúde, alimentação, sexualidade, maternidade, etc.) ocupam uma posição de especialista e *status* na sociedade em relação àqueles que não o possuem e necessitam de tais orientações. A superação deste cenário somente é possível dentro das relações sociais, políticas e econômicas, pois no processo de trabalho que se podem buscar alternativas éticas e políticas para a formação e o exercício profissional crítico (IAMAMOTO, 2008; CHAUÍ, 2001).

No Brasil, as primeiras ações visando garantir o direito social a saúde, foram realizadas por entidades filantrópicas vinculadas à Igreja católica. Na década de 30 é que as políticas sociais vão ter seu auge no cenário mundial, com o período denominado Estado de bem-estar social ou keynesianismo.

Em nosso contexto social, percebe-se uma história marcada por uma dinâmica de expansão dos direitos sociais em meio à restrição política dos direitos civis e políticos desde a era Vargas, existindo uma atualização do pacto social-democrata na contemporaneidade (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

No século XX, o Relatório Flexner comparece como um novo impulso a favor de um modelo positivista da formação médica. O pensamento flexineriano é um marco para o modelo biomédico ao propor uma reorganização do ensino médico e à institucionalização do movimento científico nos Estados Unidos da América, influenciando também a formação profissional em saúde no Brasil. Esse processo de incorporação das tendências mundiais pelo Estado brasileiro na oferta de políticas públicas e formação de trabalhadores para representa-lo nas instituições é algo antigo e que ainda perdura no país.

O pensamento biomédico retira o homem de seu ambiente familiar, antes considerado o lugar natural da doença, onde poderia ser observada e tratada, para o espaço do hospital, onde o médico oferta a clínica e o paciente oferece seu corpo para que na sua individualidade possa contribuir para o geral (AROUCA, 2003; BIRMAN, 2005; DONNANGELO; PEREIRA, 1976; FOUCAULT, 1979; 1998; LUZ, 2009; LEAL, 2005, 2009; LEAL; CAMARGO JUNIOR, 2012; NUNES, 1994; 2014).

Considerando as práticas desenvolvidas pela ciência médica e o lugar social do hospital enquanto instituição que abriga o saber do especialista, percebe-se que não há uma responsabilização pela vida no seu sentido amplo, uma vez que há a produção de um discurso da competência que dita quais os cuidados em saúde a serem seguidos pela população, desconectado da determinação social da saúde.

Vale lembrar que a expansão da assistência médica nas comunidades e áreas rurais brasileiras; a incorporação do complexo promoção-saúde-doença-cuidado; a criação de espaços de resistência e análise crítica da situação de saúde; e das políticas sanitárias por instituições como o CEBES e a ABRASCO, não foram suficientes para superar o modelo flexneriano de ensino em saúde (AROUCA, 2003; BIRMAN, 2005; CECCIM; CARVALHO, 2014; DONNANGELO; PEREIRA, 1976; ESCOREL, 1999; LUZ, 2009; LEAL, 2005, 2009; LEAL; CAMARGO JUNIOR, 2012; NUNES, 1994; 2014; PAIM, 2008, 2012; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Até a década de 80, o cenário era de acesso restrito aos serviços de saúde, formação médica especializada e centrada na reabilitação dos agravos e cura da doença de forma individualizada e desinvestimento nas políticas públicas sociais dentro de um Estado autoritário (ESCOREL, 1999; NUNES, 1994; 2014; PAIM, 2008, 2012),

A saúde enquanto direito social na sociedade brasileira emerge apenas com a Constituição de 1988, na qual a política pública de saúde passou a compor a tríade da seguridade social.

Ressalta-se que, das três políticas, a Saúde configura-se como a única com propósito universal, uma vez que a Assistência Social é direcionada para quem precisa e a Previdência Social tem como público apenas os que contribuem.

A defesa dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS contribuem para a garantia da saúde pública como política social, mas não transforma a estrutura da determinação social em saúde em si. Não se propõe aqui o abandono de tais princípios, antes se busca instigar para a interação de um conjunto de decisões éticas, políticas e econômicas entre os indivíduos que balizem as possibilidades e limites da política social extrapolando o setor saúde (BREILH, 2010).

Compreende-se então que a garantia da política pública de saúde depende da atuação dos seus usuários e dos trabalhadores em sua defesa e da participação em ações, tanto em espaços institucionalizados, a exemplo das conferências e conselhos, quanto no cotidiano dos serviços, onde os processos de trabalho ocorrem e onde há a relação entre trabalhadores e usuários. Contudo, deve-se buscar a criação de estratégias de participação social e política que extrapolem aquilo que já está instituído pelo governo e pelas instituições em geral, a fim de sustentarmos práticas instituintes e reflexivas sobre as relações entre os homens na sociedade (VASCONCELOS, 2009).

Educação Permanente em Saúde e Saúde Coletiva: diálogos no âmbito das residências multiprofissionais em saúde

A educação permanente como uma política de Estado voltada para a integração da gestão, serviço, comunidade e ensino. É um horizonte para a ativação de sujeitos mais implicados com a defesa da saúde como direito social (BRASIL, 2004, 2007).

A aprendizagem em serviço deve ser constante na vida dos profissionais de saúde, não como algo instituído e estagnante, mas como um movimento vivo de desconstrução e construção de conhecimento e práticas que abarquem as demandas epidemiológicas e sociais da população brasileira e que permita um reconhecimento do profissional de saúde enquanto trabalhador que também tem seu trabalho determinado pelas questões sociais.

Deste modo, as residências multiprofissionais em saúde, modalidade de especialização *lato sensu*, têm por objetivo uma educação para o trabalho em saúde através da aprendizagem em serviço, formando profissionais, a partir de uma perspectiva crítica e comprometida com o trabalho em saúde pública nas áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2005, 2009; CECCIM, 2004/2005, 2010, 2014; CECCIM; FEURWERKER, 2004; DALLEGRAVE; KRUSE, 2010; FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Os programas de residências multiprofissionais contribuem para a reflexão do processo de formação em saúde em uma perspectiva multiprofissional e integrada, a partir de uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersectorialidade do SUS e em consonância com as diretrizes da educação permanente em saúde, coadunando com as demais políticas que incidem no processo saúde-doença.

A Saúde Coletiva (AROUCA, 2003; BIRMAN, 2005; BREILH, 2010; DONNANGELO; PEREIRA, 1976; LUZ, 2009; LEAL, 2005, 2009; LEAL; CAMARGO JUNIOR, 2012; NUNES, 1994; 2014) enquanto campo transdisciplinar de conhecimento que reflete sobre a produção da vida e o processo saúde-doença, considerando a determinação social da saúde e uma concepção crítica de formação e prática de saúde é o mote do trabalho apresentado aqui, uma vez que acreditamos que a formação sanitarista provoca a sustentação de práticas de cuidados como atos políticos pelos profissionais de saúde nas diversas instituições de saúde.

O trabalho orientado pelo saber e prática sanitária busca refletir e produzir uma educação profissional através da análise dos processos de trabalho em saúde e sua articulação com outras práticas sociais, identificando e buscando soluções para as necessidades e problemas de saúde, contribuindo para transformação do contexto atual, desenvolvendo programas de educação permanente relacionados a este campo nas instituições que oferecem serviços de saúde (CECCIM; FEURWERKER, 2004; LEAL; CAMARGO JUNIOR, 2012; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

O trabalho em saúde, orientado pelos pressupostos da Saúde Coletiva, prioriza uma atuação interdisciplinar, inventiva e problematizadora que considere os objetos e meios de trabalho e as atividades realizadas nas práticas em saúde, por meio de relações técnicas e sociais democráticas, dinâmicas e flexíveis que contribuam para a escuta e ressignificação e resolutividade dos problemas de saúde, produção do cuidado e uma formação social e política no trabalho em saúde (ARMANI, 2007; BREILH, 2010; CECCIM, ARMANI, 2002; CECCIM; FEURWERKER, 2004; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; VASCONCELOS, 2009). Ao dialogar com a saúde pública a respeito da formação profissional em saúde, A Saúde Coletiva vai além, pois radicaliza o conceito de determinação social da vida ao propor a transformação da sociedade.

Após este breve percurso pela Saúde Coletiva e pelos programas de residências multiprofissionais de saúde, apresenta-se o componente hospitalar do programa Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP-CE) como objeto de estudo por entender que este programa está inserido no contexto nacional de sustentação e ampliação de um pensamento ampliado sobre o processo saúde-doença, considerando a historicidade e determinação social a partir do trabalho interdisciplinar e integrado em saúde.

Foi assim que a gente formou a residência... Há a possibilidade de uma formação política em um programa de residência multiprofissional?

As participantes selecionadas para a entrevista eram mulheres com idades entre 26 a 57 anos, das categorias profissionais: enfermagem, fisioterapia, odontologia e psicologia. Ressalta-se que a ênfase Pediatria e o componente hospitalar também abarcam as categorias profissionais da farmácia, nutrição, terapia ocupacional e do serviço social.

O tempo de formação das participantes variou de uma residente recém-formada, outra residente com 12 anos de formada, três coordenadoras com 10, 15 e 30 anos de profissão e duas preceptoras com 21 e 27 anos de formação profissional. Algumas participantes já tinham experiência profissional na Estratégia Saúde da Família, na gestão municipal de saúde e na docência de formação técnica, além daquelas que somente tiveram experiências no contexto hospitalar.

A análise documental e científica sobre a temática em tela e das narrativas dos sujeitos pesquisados possibilitou categorizar teórica e empiricamente alguns conceitos-chave que se tornaram eixos orientadores da discussão deste trabalho, conforme tabelas abaixo:

Tabela 1 – Categorias de análise sobre o percurso formativo dos atores da RIS-ESP-Ce

Pergunta orientadora: Como foi sua caminhada até chegar na Residência Integrada em Saúde - RIS-ESP-Ce e na ênfase Pediatria? Qual seu percurso de formação profissional?
1. Saúde coletiva como sinônimo da Saúde Pública
2. Residência como oportunidade de formação interdisciplinar e interprofissional
3. Educação Permanente no contexto hospitalar
4. Extensões em saúde como experiências de reorientação da formação profissional
5. Hospital como lugar do especialista
6. Inclusão da Saúde Coletiva no contexto hospitalar

Fonte: Autoria própria

A Saúde Coletiva como sinônimo da Saúde Pública ou de Saúde Comunitária foi uma constância nas falas das participantes. Como apontamos em outro trabalho, a falta de distinção entre essas categorias compromete a inserção dos saberes e práticas sanitaristas na formação dos diversos atores das residências integradas em saúde (MARANHÃO; MELO, 2016), como percebemos na fala de Corda: “...Desde a faculdade meu foco já foi essa questão da Saúde Coletiva, coisas mais voltadas a saúde comunitária mesmo” (Corda).

A concepção de Saúde Pública se relaciona à política estatal de oferta e regulação da saúde para/da população enquanto que a Saúde Comunitária foi uma proposta brasileira instituída pelos primeiros centros de medicina preventiva nas universidades brasileiras em parceria com a OPAS que intencionou romper com a concepção biológica de saúde e incluir os aspectos sociais no cuidado em saúde embora não tenha conseguido¹¹ elaborar um campo tal como o pensado pela Saúde Coletiva.

A confusão entre essas terminologias pode ser compreendida pela formação universitária dos profissionais da saúde que ainda tem falhas na inclusão de questões relacionadas às iniquidades sociais que repercutem na saúde da população nas disciplinas e módulos, mesmo entre aqueles profissionais que tem uma formação profissional recente: “A minha experiência na época da faculdade se resumiu a saúde comunitária, né? atenção básica, é ... uma experiência muito pequena, né? pouco tempo, pouco” (Cola).

Deste modo, a residência comparece como uma oportunidade de formação interdisciplinar e interprofissional para os residentes, a exemplo de: “Eu acho que o profissional que termina a graduação, ele não tem o contexto incorporado do sistema único de saúde, então a residência é uma oportunidade pra formar profissionais pra trabalhar no Sistema (Vidro).

Além disso, o programa de residência, com a disponibilidade de formação para os preceptores, aponta para a necessidade

de ações de Educação Permanente no contexto hospitalar. Assim, seria permitida a aproximação dos saberes e práticas sanitaristas e a compreensão da distinção da Saúde Pública: “Assim, há pouco tempo, depois que eu entrei na preceptoría, a gente sentiu necessidade de fazer curso, aí a gente fez o curso online do SUS. O curso era o que é o SUS?, foi sobre tudo, pelo Ministério (da Saúde)” (Cor).

Percebe-se pela fala de Cor que há uma busca de conhecimento para atuar na residência como preceptor e que há a intencionalidade em fomentar a Saúde Coletiva. Além disso, a trajetória de cada participante é o diferencial para esse desejo de sustentar a saúde coletiva como um saber que fundamenta as práticas no contexto hospitalar. Assim, temos participantes que já traziam um olhar crítico sobre o processo de saúde e adoecimento, que já haviam atuado em extensões universitárias promovidas pela Universidade ou por ações governamentais que possibilitaram a reorientação da formação profissional e algumas participantes conseguiram acessar a pós-graduação Saúde Coletiva e Saúde Pública, incluindo o nível de doutorado.

...Naquele tempo eu me inquietava muito com a minha formação, porque uma formação essencialmente hospitalocêntrica [...] foi que no meu segundo ano da graduação, em 1998, eu participei de um projeto de extensão, universidade solidária, na graduação, em que os estudantes da universidade de todas as áreas eram selecionados e eles tinham que passar o mês de férias em cidades do interior do Brasil (Madeira).

As experiências de extensões em saúde durante a graduação reverberaram também na formação dos residentes, pois nesta posição de aprendente na realidade do trabalho, há a possibilidade de abertura para a aprendizagem de que os pressupostos da saúde coletiva caminham por toda a Rede de Atenção à Saúde, nas práticas populares e comunitárias e na militância social.

No discurso de algumas participantes, o hospital aparece como lugar do especialista, o que contribui para o afastamento

acirrado das questões sociais e subjetivas do paciente na elaboração e execução de práticas de cuidado.

...Eu fiz uma especialização em pacientes especiais, né?, que já me aproximou dessa questão da área hospitalar, então também junto com a saúde comunitária, saúde coletiva, eu também tinha essa questão do paciente especial, que também vem da atenção básica, a gente também trabalha na atenção básica, mas que precisa dar uma continuidade na atenção terciária, no hospital, né?, aí eu vim por conta disso, procurando atuar com esse paciente especial, que aqui a pediatria favorecia muito (Corda).

A técnica de cada categoria profissional e a perspectiva biomédica operam na formulação da agenda dos profissionais. E a valorização desse aspecto, retorna no desejo de que os residentes tenham uma formação direcionada para competências que envolvem, quase que exclusivamente, o fazer técnico, prescindindo de uma reflexão crítica e política sobre seus atos na instituição de saúde.

A fala de Cor expressa a necessidade de uma formação uniprofissional e específica para atuar no hospital. Entendemos que este conhecimento técnico é imprescindível para o trabalho resolutivo em saúde, mas que há um esvaziamento da prática, tal como no modelo fordista, em que o trabalhador não se reconhece como um ponto central da execução da política pública que deve conter o princípio da universalidade na oferta do serviço de saúde na Rede de Atenção à Saúde disponibilizada pelo SUS e, ao mesmo tempo, particularizar o cuidado, de acordo com uma oferta equânime das ações em cada instituição (CHAUÍ, 2001): “Aí, eu vim sem prática nenhuma, né? Terminei e vim, aí eu comecei a fazer curso, curso de desenvolvimento infantil, curso de como trabalhar no hospital, né?” (Cor).

No intuito de cumprir o papel formativo e político de aproximação dos profissionais da saúde da realidade da população, dos fatores epidemiológicos e sociais que contribuem para o seu adoecimento e das práticas que buscam superar e curar as doenças, o

programa formativo da RIS-ESP-CE considera que as iniquidades sociais determinam as condições de adoecimento e o acesso à saúde da população brasileira. A leitura dos documentos orientadores da RIS-ESP-CE aponta para a inclusão da Saúde Coletiva no contexto hospitalar, o que também pode ser percebido na fala de Madeira:

Foi assim que a gente montou a residência, com um conceito comunitário, de território, muito vinculado a território e a determinação social da saúde, da doença e do cuidado, processo saúde-doença e cuidado [...] Desses residentes entenderem onde estão, eles fazem parte de que sistema, de que cidade, que poderes existem dentro dessas instituições, que necessidades a população traz e que forma de cuidado e que tecnologias a gente vai usar nesse hospital pra promover esse cuidado que a gente defende tanto (Madeira).

A fomentação de uma formação profissional que busca integrar os conhecimentos técnicos de cada profissão e de cada contexto de trabalho em saúde à saberes que extrapolam o campo da saúde, a fim de contribuir para a práxis interdisciplinar e inter-setorial parece não ser apreendida pelos atores que compõem o programa, sejam eles residentes, preceptores e até mesmo coordenadores. Isso fica explícito nas categorias relacionadas à formação política desses sujeitos.

Tabela 2 – Categorias de análise sobre a formação política dos atores da RIS-ESP-CE

Pergunta orientadora: Qual o diálogo produzido entre a formação política da residência com o campo da Saúde Coletiva?
1. Engajamento nas ações políticas da residência
2. Desejo por uma formação tecnicista e biomédica
3. Intencionalidade de uma formação política
4. Ser político
5. Participação política institucionalizada
6. Participação política limitada a ganhos individuais e restritos à residência

Fonte: Autoria própria

O desconhecimento da proposta formativa da RIS-ESP-CE, contida em seus documentos formativos, repercute diretamente no engajamento das ações políticas da residência, seja pela dificuldade de compreender o que são esses espaços, pelo não reconhecimento desse aspecto formativo do profissional de saúde ou pela não oportunidade de participar politicamente em espaços que não sejam institucionalizados pelo sistema.

Se tá havendo essa formação política? Eu acho que a proposta é pra, pra formar mesmo, sabe? É pra despertar, é pra tentar capacitar dessa forma, né?, do ponto de vista reflexivo, do ponto de vista crítico, né? é ... eu não sei se realmente ... se atingi o objetivo, né?, eu não sei mais uma vez. Pelo fato de não tá inserida, de não tá de uma forma tão assídua, tão presente, eu não sei, eu não sei te dizer (Cola).

O discurso acima explicita a ausência da identificação com o saber e prática sanitaria e de uma reflexão política sobre o cuidado em saúde no âmbito hospitalar. Além disso, demonstra uma falta de interesse em buscar conhecimentos comuns entre o campo hospitalar e a Saúde Coletiva, o que pode justificar a falta de engajamento na formação política da RIS-ESP-CE.

Ainda, alguns participantes da pesquisa, incluindo profissionais que tinham poucos anos de formação profissional, apresentaram em seu discurso um desejo por uma formação mais tecnicista que auxiliasse no desenvolvimento de competências para o trabalho no contexto hospitalar.

Eu tenho consciência de que todos os meus residentes ... são profissionais totalmente diferenciados, que estão se formando, porque a gente não tem isso na graduação e numa especialização qualquer, mas ao mesmo tempo eu não tenho certeza de que eles são tecnicamente melhor formado do que um profissional que faz uma especialização em oncologia, por exemplo. O que não desconstrói, não quer dizer que a RIS é melhor ou pior, nem que uma residência que é mais tecnicista é melhor ou pior, eu acho que a gente ainda não encontrou o ponto de equilíbrio (Azulejo).

No contexto da formação dos profissionais de saúde, a produção e reprodução de um discurso da competência diante da apreensão de um saber sobre a doença e a cura, sobre a vida e a morte, contribuiu para um modelo de formação profissional em saúde preocupado mais em dominar as técnicas que habilitam, reabilitam e curam o corpo do que para uma aproximação com a realidade em que vive o sujeito e a quem essas práticas se direcionam, por exemplo: *“É diferente da residência médica porque eles são 100% na prática, 100% inseridos no serviço. Eu acho que a gente tem que aprender com os nossos erros, porque é muito diferente não ter o preceptor ali, lado a lado, naquele serviço”* (Cola).

Nas falas também foi percebido uma identificação com o modelo tradicional de residência, que teve origem na formação médica, em que a um lugar especial que permite ver melhor a doença e realizar as práticas curativas (FOUCAULT, 1979; 1988). A figura de um preceptor que tem um saber a mais e que, portanto, deve estar junto aos residentes para lhes ensinar, observar e corrigir os seus erros, parece ser ainda presente no imaginário dos atores que compõem a residência multiprofissional.

As investigações acerca do hospital como espaço privilegiado de formação biomédica, instituição a qual se delegou a prática da cura das doenças (FOUCAULT, 1979; 1988), nos interessa devido este lugar que parece encantar os trabalhadores da saúde e apartá-los dessa reflexão crítica sobre suas práticas de cuidado e técnicas de cura. A superação desse cenário é possível com a participação em movimentos que as relações sociais, políticas e econômicas estão postas na mesa de debate (NETTO, 2015; IAMAMOTO, 2008; CHAUI, 2001).

Formação política... bom a gente, enquanto macro objetivo da residência, a gente tem capacitado pra ativar lideranças técnicas-científicas e políticas, entendendo a política como o sujeito, como constituída, como viva, porque existem os sujeitos sociais, existem

peças no mundo que elas precisam interagir em busca de seus direitos, das suas atividades enquanto sujeitos que precisam fazer, enquanto os direitos que você tem buscar, da participação, então quando a gente fala de política a gente tá falando de militância, de participação (Madeira).

Percebe-se a intencionalidade de uma formação política no âmbito das residências em saúde de que existam seres políticos em diversas posições no programa, a fim de criar uma rede de atores que buscam mudanças dentro do próprio programa de residência, nos locais de trabalho e na sociedade, a exemplo do que nos fala Madeira,

Isso é o ser político, um ser atuante, um ser questionador, um ser crítico, um ser criativo, mas também resolutivo, não adiante ficar a crítica, crítica, crítica. A militância política que a gente faz é essa, eu não sou só mais um, eu sou eu nesse sistema e eu dou minha contribuição, não só atendendo, mas pensando o que eu produzo, pensando o caminho das coisas, os fluxos de trabalho, de produção, de gestão, de logística, de infraestrutura, de equipamento, de tudo (Madeira).

No entanto, o que observamos nas falas dos participantes é uma participação política institucionalizada que não consegue agregar os atores que compõem a RIS-ESP-CE. Sendo, portanto, uma prática pontual e instituída, isto é, uma participação social já prevista nos documentos organizativos da residência, que pouco instiga e provoca a criação de movimentos que provoquem mudanças reais no *status quo*: “Os meus amigos residentes não têm acesso à movimentação política da RIS, eu tenho por ser representante da Coremu e a gente entrou de cara, tipo assim, com cara mesmo, entendeu? Sem saber de muita coisa” (Argila).

Deste modo, percebe-se que a pretensão de extrapolar os muros imaginários do programa de residência e os muros reais do campo de trabalho não acontece na realidade do processo formativo dos residentes, sendo uma fonte de frustração e angústia para residentes, preceptores e coordenadores. A repetição da re-

produção da prática biomédica é comum entre todos os atores que compõem a residência e dificulta mais ainda a inserção de um pensamento sanitarista de transformação da sociedade.

Eu acho que aqui é tanta coisa pra fazer em dois anos, e com tanta coisa pra sair, que no próprio eletivo que é exigido, ninguém pede pra ir pra um eletivo num posto, por exemplo, quer ir pra o eletivo pra onde? pro hospital de cura, hospital pontual que vai dar um aprofundamento maior. Tá vendo? É a nossa formação de antes, pela nossa forma. A gente quer, mas não consegue. A gente dá mais valor praquilo que cura e reabilita do que pra Saúde Coletiva (Vidro).

O fechamento na ideia de que pouco se pode mudar faz com que haja um ciclo de reclamações limitadas ao cotidiano dos residentes, o que faz com que não se avance em pautas que permitiriam algum movimento social mais amplo. O que resta aos residentes é uma participação política que, além de institucionalizada, também é limitada aos ganhos coletivos desse grupo social, não dialogando com as demandas da população, conforme expresso nas seguintes falas:

A gente não tem formação política (entonação da voz), a gente tem, a gente pode ter, por exemplo, é ... em negociações, quando a gente foi conversar sobre a questão da ausência de tutor, sobre ausência de preceptor, a gente pode ter uma fala ali, mas a gente não tem formação política (Argila).

A gente vê mais no foco, ah, eu quero ir pra Coremu! Pra fazer o quê na Coremu? Pra lutar pelos meus direitos, pra ver se o residente vai ganhar isso e aquilo outro. Não há uma contextualização do ponto de vista político. Do ponto de vista político eu acho que as questões levantadas são mais da formação da própria residência. Não faz esse diálogo com a Saúde Coletiva. Apesar de ter havido alguns momentos, né? Na hora que a gente senta, a gente vê uma coisa mais acanhada, principalmente da parte do residente de ver as coisas mais pontuais dele. Pelo menos nos momentos que eu participei. Não é uma luta maior, não é uma luta coletivizada (Vidro).

O espaço da roda integrada é um espaço político entre os residentes, mas não é talvez, não seja o espaço político que seja fácil de você resolver alguma questão pontual, de fazer uma carta que vai ser encaminhada pra alguém, mas não tem força. Os poucos espaços políticos que a gente tinha com pessoas da gestão que talvez tivessem condição de escutar o que a gente queria dizer não era muito aberta pros residentes e nem pra gente da tutoria” (Azulejo).

Diante do exposto, percebe-se, ao mesmo tempo, um fatalismo fruto talvez da ausência de estratégias e a compreensão do fazer político que envolve cada prática profissional.

Considerações

Neste trabalho buscou-se dialogar criticamente sobre a formação profissional nas residências multiprofissionais em saúde, a partir de uma concepção de saúde enquanto política social pública importante para materializar o direito à vida dos cidadãos. Ademais, entende-se que a residência vai além da formação técnica, uma vez que envolve e é influenciada pelo contexto socioeconômico e político do país.

Desta forma, é urgente que a formação nas residências inclua espaços de debate político que possibilitem a análise de conjuntura do tempo presente e que apontem para estratégias diante do desmonte, precarização e privatização dos direitos sociais. Haja vista que, uma atuação profissional competente está relacionada à capacidade de percepção e resposta do profissional sobre seu contexto, bem como sobre o entendimento dos limites e possibilidades de sua intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.

ARMANI, T.B. **Formação de sanitaristas de uma pedagogia da educação em saúde coletiva**. Rio Grande do Sul: Educus; 2007.

BEHRING, E.R; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 9ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 14ª ed. São Paulo: Cortez; 2008.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

BIRMAN, J. A *Physis* da saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15, s.0, p.11-16, 2005.

BOSI, M.L. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.575-586, 2012.

BRASIL Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf> Acesso em: 12 de outubro de 2020

_____. **Lei nº 11.129 de 2005, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília: DF, 2005. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-norma-Atualizada-pl.pdf>

_____. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html Acesso em: 12 de outubro de 2020

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: **Ministério da Educação/Ministério da Saúde**, 2009. Disponível em: https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/17.11.09/Portaria_n1.077_12_11_09.pdf Acesso em: 12 de outubro de 2020

BREILH, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.

CECCIM, R. B.; FEURWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2 set.2004/fev.2005.

CECCIM, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 17-22.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 4, oct./dez.2005.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Gestão da educação em Saúde Coletiva: papel estratégico na gestão do sistema único de saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Orgs.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 2002, p. 143-61.

CECCIM R. B; CARVALHO, Y. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. *In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2014, p. 137-170.

CECCIM, R. B.; KREUTZ, J. A.; MAYER JR., M. Das Residências integradas às Residências Multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. *In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC, 2011. p. 257-292.

CEARÁ. Regimento: Residência Integrada em Saúde – RIS-ESP/CE. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2013a.

_____. Diretrizes para a elaboração do projeto referente ao Programa de Residência Multiprofissional da Saúde para o SUS conforme Edital n. 28, de 27/06/2013. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2013b.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia?** São Paulo: Brasiliense; 2012.

DALLEGRAVE, D. **Encontros de Aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde:** as residências no País das Maravilhas. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. A invenção da residência multiprofissional em saúde. *In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F; PASINI, V. L. (Orgs.). Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.* Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 35-59.

DALLEGRAVE, D. **No olho do furacão, na ilha da fantasia:** a invenção da residência multiprofissional em Saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DONNANGELO, M. C. F; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 22-34.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 26ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MARANHÃO, J. H.; MELO, A. E. M. M. **Saberes e práticas da saúde coletiva na formação em saúde: olhares da Residência Integrada em Saúde**. Trabalho de Conclusão de Residência. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2016.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 17ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**. v. 3, n. 2, 1994, p. 5-21.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2014, p.17-37.

LEAL, M. B. **Saúde Coletiva em debate: a brasilidade de muitos encontros**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

LEAL, M. B. **Saúde Coletiva e SUS: análise sobre as mútuas influências entre o campo e o sistema de saúde no Brasil**. 2015. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

LEAL, M. B.; CAMARGO JUNIOR, K. R. C. Saúde Coletiva em discussão: reflexões acerca de um campo em construção. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v. 16, n. 40, jan./mar.2012, p. 53-65.

LUZ, M.T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.2, p.304-311.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**. v.32, n.4, 1998, p.299-316.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**. Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PAIM, J.S. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.

1.4 PERCURSOS E DESAFIOS DA COORDENAÇÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA⁴

Bruna Fabrícia Barboza Leitão
Juliana Burlamaqui Carvalho

Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados. O que elas amam são os pássaros em voo. Existem para dar aos pássaros coragem para voar. Ensinar o voo, isso elas não podem fazer, porque o voo já nasce dentro dos pássaros. O voo não pode ser ensinado. Só pode ser encorajado.

(RUBEM ALVES, 2002, p. 30)

Introdução

A Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE) com ênfase em Cancerologia foi implantada em maio de 2013, contemplando em seu primeiro edital (2013-2015) a oferta de quatro programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), distribuídos nas seguintes ênfases: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva – constituindo o denominado Componente Comunitário – e a ênfase em Cancerologia – até então a única a constituir o Componente Hospitalar, uma vez que tinha como instituição executora e cenário de atuação um hospital, o Instituto do Câncer do Ceará (ICC). As ênfases comunitárias, por sua vez, tiveram seus cenários de prática distribuídos nos serviços de saúde de 10 mu-

4 Capítulo adaptado da dissertação *Residência Multiprofissional em Cancerologia: Expressões da Integralidade do Cuidado* (2018), apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, de autoria de Bruna Fabrícia Barboza Leitão, sob orientação da Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

nícipios do interior do estado do Ceará. Ao todo, foram oferecidas 222 vagas para todo o programa, sendo 24 destas para a ênfase em Cancerologia.

Esse relato parte do contexto da RIS-ESP/CE e da experiência de duas coordenadoras acadêmicas que participaram da trajetória de três turmas da ênfase em Cancerologia. Destaca-se aqui o testemunho de uma história de pioneirismo das duas primeiras coordenações, com o objetivo de relatar as impressões e produzir reflexões das coordenadoras, a partir das memórias de uma trajetória iniciada na elaboração e submissão do projeto (2012) até a ruptura da parceria entre instituição executora e formadora (2017).

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, levando o leitor ora a aproximar-se de material documental como editais e resoluções das residências, ora a aproximar-se das vivências das coordenadoras, avançando nas articulações teóricas possíveis, até este momento. A busca dos referenciais teóricos foi norteada pela produção de sentido e também pelo atravessamento de atores de outras residências que, na posição de autores, nos ajudaram a repensar o fazer do desafiador lugar de coordenação.

Encontros e construções do Projeto Político Pedagógico (PPP)

Internamente no ICC, as primeiras reflexões sobre a possibilidade de criação de uma residência surgiram a partir dos editais de ampliação de vagas de residência em 2012. Surgiu como uma oportunidade de expansão do processo formativo e em uma aposta de ampliar o protagonismo das áreas multiprofissionais atuantes na Cancerologia. O desejo de ingressar no universo das residências multiprofissionais mobilizou a necessidade de parcerias para viabilizar o projeto. A busca de parcerias pode ser vista como um movimento de abertura da instituição hospitalar para

uma ampliação dos cenários de prática e aprendizagem (ROMCY; FROTA; VASCONCELOS, 2018).

O hospital já contava com uma longa trajetória de residências médicas em diferentes áreas que compõe o campo da Cancerologia, porém se deparou com diferentes resoluções que instituíam outras demandas, como projeto político-pedagógico, novos atores e principalmente a necessidade de repensar seus modelos assistenciais, tendo que reconhecer a expertise da ESP/CE no desenvolvimento dos programas de residências no Ceará. Pode-se considerar a busca de parceria como um primeiro descentramento da instituição hospitalar, cenário onde historicamente perpetua a hegemonia do discurso biomédico e suas reproduções na formação de especialistas (DALLAGRE; KRUSE, 2009).

A ESP/CE atua na perspectiva da integralidade da atenção e da formação em rede, e a RIS-ESP/CE tem como macro objetivo a interiorização da Educação Permanente Interprofissional em Saúde por meio da qualificação de profissionais de forma a contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento das Redes do Sistema Único de Saúde, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades e realidades locais e regionais (CEARÁ, 2013; 2014a; 2014b). Coerente com a sua lógica da integralidade e integração das diferentes residências do Estado, a ESP/CE passa a incluir o primeiro componente hospitalar como cenário de prática das residências multiprofissionais.

Em conformidade com a legislação vigente, a RIS-ESP/CE constitui modalidade de ensino de pós-graduação Lato Sensu (Especialização em caráter de Residência em Saúde) em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, caracterizando-se como educação para o trabalho através da aprendizagem em serviço no âmbito do Sistema Municipal/Estadual de Saúde ou Região de Saúde correspondente (BRASIL, 2009b; CEARÁ, 2014a; 2014b).

Para tornar possível o PPP, ocorreu um segundo descentramento em relação à ruptura com a lógica academicista que predominava nas formações do ICC. Carvalho e Ceccim (2006) assinalam que as formações em saúde acumularam, tradicionalmente, o ensino centrado em conteúdos, na transmissão não participativa, com ausência de conexão entre eles além da ausência de equidade, prevalecendo a escolha de alguns temas.

O projeto da ênfase em cancerologia foi iniciado numa construção individual e atravessado por influência do modelo acadêmico com eixos de ensino, pesquisa e extensão, sem inclusão dos princípios do SUS e a realidade loco-regional. Os diferentes alinhamentos revelavam como as instituições que compõem a rede complementar do SUS têm dificuldade de se perceberem como parte de uma rede de atenção e, principalmente, na lógica de educação permanente que pensa as práticas multiprofissionais a partir do quadrilátero da formação em saúde- ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Apesar dos desencontros iniciais que pareciam revelar uma impossibilidade, a ESP/CE construiu um grupo de trabalho formado por um coordenador acadêmico e representantes das quatro ênfases iniciais da RIS-ESP/CE. Em um espaço formativo de mudanças da formação que passa a incluir aspectos pedagógicos, ampliando-se os debates sobre os currículos integrados e a utilização de metodologias ativas de aprendizagem (ROMCY; FROTA; VASCONCELOS, 2018). Os membros desses grupos, posteriormente passaram a compor as diferentes coordenações das ênfases, incluindo a ênfase em cancerologia, que deslocou a recém ingressa coordenadora para compor o grupo de trabalho.

O programa teve duração mínima de 02 (dois) anos, sendo a carga horária total de 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, respeitando-se a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, as quais se dividem em 80% de atividades práticas (imersão

em serviço, plantões e estágios) e 20% de atividades teóricas (aulas teóricas modulares que abordavam temas transversais à área da saúde e temas específicos da ênfase, rodas tutoriais e estudo individual na modalidade de ensino à distância - EAD) ou teórico-práticas (Roda de Núcleo e Roda de Campo), segundo as normas da legislação vigente (CEARÁ, 2013; 2014a; 2014b).

O desenho pedagógico da RIS-ESP/CE (CEARÁ, 2012) prevê a composição de dois âmbitos de conhecimentos e práticas: o 'núcleo', que demarca a identidade e os elementos próprios de cada profissão; e o 'campo', que remete a um contexto ampliado e de interface entre as várias categorias, entendendo-os não como conceitos excludentes, mas complementares e necessariamente imbricados (CAMPOS, 2000).

Um terceiro descentramento ocorreu através da construção do currículo por desenvolvimento de competências (CEARÁ, 2012b), muito além de meras habilidades tecnicistas por núcleo e transmitidas pelos métodos tradicionais que priorizam aulas expositivas. Talvez, um dos mais desafiadores e produtores de conflitos com a preceptoria, havendo uma necessidade de sintonizar a formação dos profissionais de saúde com os princípios do sistema ao qual se almejava e que se pretendia construir, incorporando a necessidade de trabalhar o conceito ampliado de saúde (ROMCY; FROTA; VASCONCELOS, 2018).

No ICC, foram realizadas oficinas para pensar as competências de cada núcleo e posteriormente integrá-las com as demais ênfases, em busca de competências gerais da RIS. Essa velocidade de elaboração de projetos e diálogos para a construção coletiva levou a avanços e estranhamentos, onde os preceptores não se reconheciam nas competências transversais. As metodologias ativas de trabalho foram incluídas posteriormente através de formação de preceptores, visando ampliar as metodologias ativas aplicáveis aos diferentes cenários de práticas.

Dessa forma, as três turmas constituídas a partir deste PPP foram o resultado desta parceria, firmada mediante convênio a partir da aprovação dos programas entre uma escola de governo (dita instituição formadora) e um hospital privado de caráter filantrópico (nomeada instituição executora), onde a cada um caberia papéis específicos. A instituição formadora ofereceu o programa de residência responsabilizando-se pelos editais, condução dos processos seletivos e matrículas, formação dos preceptores, além de ter conduzido o processo pedagógico de cada turma ao longo dos dois anos. E a instituição executora correspondeu a responsabilidade pelo lócus de atuação dos residentes, contando com a equipe local de coordenador e preceptores, onde se desenvolveu o maior percentual de carga horária prática (CEARÁ, 2012b).

A RIS-Cancerologia, ambientada em um hospital de referência no tratamento oncológico no estado do Ceará, objetivava formar lideranças técnicas, científicas e políticas para a qualificação das linhas de cuidado da Atenção à Pessoa com Câncer, e ofertou, a cada edital, quatro vagas para cada uma das seis categorias profissionais componentes do programa: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social (CEARÁ, 2012b).

Do PPP pactuado à residência possível

A RIS-Cancerologia contou com um total de três turmas finalizadas no Instituto do Câncer do Ceará, tendo rompido em 2017 a parceria com a ESP em função de inúmeros conflitos entre as instituições, relativos principalmente à concepção e à condução pedagógica do programa. O edital da ESP/CE Nº 49/2016, regulador do processo seletivo para a quarta turma (2017-2019), até prevê a ênfase em Cancerologia, porém apresenta como cenário de lotação as redes estadual e municipal de atenção à pessoa com câncer, contemplando outros hospitais e equipamentos de saúde

do município de Fortaleza, tais como o Hospital Geral de Fortaleza e o Centro Regional Integrado de Oncologia, permanecendo nesse formato até hoje (CEARÁ, 2016). Já o ICC submeteu um novo projeto de RMS independente da ESP/CE aprovado pelo Ministério da Saúde ainda em 2016, e hoje segue com a quarta turma em curso do seu programa em Cancerologia, acumulando agora as funções de instituição executora e formadora.

O ICC, criado em 26 de novembro de 1944, caracteriza-se como uma instituição privada e sem fins lucrativos, tido, portanto, como uma entidade beneficente-filantrópica, o que exige dele a garantia de atendimento de, no mínimo, 60% dos pacientes pelo SUS, muito embora atenda também a convênios e particulares. Considerado um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), é a instituição mantenedora de quatro negócios que operam de modo interligado, a saber: o Hospital Haroldo Juaçaba (HHJ), a Faculdade Rodolfo Teófilo (FRT), a Casa Vida (casa de apoio destinada ao acolhimento de pacientes e familiares procedentes do interior do Estado) e o Centro Oncológico São Mateus (CEARÁ, 2012a).

O ICC oferta ainda, há 20 anos, o Programa de Residência Médica em Cancerologia, credenciado pelo MEC, cujas vagas são anualmente distribuídas nas áreas de Cancerologia Cirúrgica, Cancerologia Clínica, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Radioterapia, Mastologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Patologia (CEARÁ, 2012a). Nesse sentido, reforçamos que, apesar de acontecerem no mesmo cenário de trabalho, a RM e a RMS são conduzidas e coordenadas por editais e equipes absolutamente independentes, sem integração interna.

Por outro lado, pode-se destacar que muitas diferenças entre a proposta uniprofissional e a proposta multiprofissional ocorreram devido ao trabalho *in lócus* através das coordenadoras e preceptores de campo, na instituição executora e apoio do

grupo de trabalho dos coordenadores que mantiveram reuniões constantes de planejamento da execução da RIS-ESP/CE. As três primeiras turmas dessa parceria foram o reflexo da trajetória de resistência desses atores.

Quanto aos cenários de trabalho dos residentes multiprofissionais, a ênfase em Cancerologia previa um percurso de 19 meses nos setores internos do hospital, distribuindo-os em rodízios de aproximadamente três meses nas Unidades Cirúrgicas e de Internação, na Quimioterapia, na Radioterapia, na Unidade de Terapia Intensiva, na Unidade de Intercorrência do Câncer (algo similar a uma emergência para o atendimento de pacientes que já estavam em tratamento) e nos Cuidados Paliativos. No mais, somavam-se ao percurso do residente um mês de estágio externo na Atenção Primária em Saúde, um mês de estágio externo em uma Unidade de Onco-Pediatria (realizada no Centro Pediátrico do Câncer vinculado ao Hospital Infantil Albert Sabin) e um mês de estágio eletivo, a ser realizado em qualquer instituição nacional ou internacional relacionada à oncologia e de interesse do residente (CEARÁ, 2012b).

Uma vez imersos nos cenários de atuação, a integração do currículo na perspectiva da integralidade da atenção se dá mediante a composição dos profissionais de saúde residentes sob supervisão de preceptores em equipes multiprofissionais nos cenários de aprendizagem pelo trabalho nos territórios, serviços/dispositivos dos Sistemas Municipais e Estadual de Saúde, Rede Hospitalar, Região de Saúde e Rede Intersetorial ligados às instituições executoras. Os eixos norteadores são o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional, de modo a propor ações que fomentem o cuidado à saúde e cujos processos de trabalho sejam centrados nas necessidades dos indivíduos, famílias e coletividades (CEARÁ, 2013).

Essa proposta de aprendizado em rede parece ter sido uma das etapas mais tranquilas da execução do projeto, uma vez que os residentes desejavam conhecer novos cenários e conseguiram fazer a interlocução do saber especializado da cancerologia, para além dos muros da instituição. Essa transposição só foi possível devido aos eixos teórico-práticos transversais que mobilizaram os residentes a repensar territorialização, ecomapa, pactuações de agendas, sala de situações e terapia comunitária no contexto hospitalar, em uma inovação curricular onde práticas incorporadas na Atenção Primária e atenção em Saúde Mental e Saúde Coletiva foram vivenciadas no hospital. Entretanto, precisa-se destacar que houve questionamento dos preceptores de núcleo sobre o afastamento dos residentes para práticas assistenciais em rede.

Os preceptores alegavam que não haveria aprendizado sobre cancerologia na rede e que havia sobrecarga na assistência. Nesse momento, sinalizam que os residentes eram mão de obra indispensável ao serviço. Esse discurso contradiz uma outra queixa da preceptoria que alegava que residentes eram estudantes e, por isso, sobrecarregavam os profissionais responsáveis pela assistência e agora também pelo processo formativo. Neste ponto, ressalta Dallegrave (2013), que há um ir e vir de trajetória e vários papéis necessários para a transformação da saúde, onde a residência não é só trabalho, nem só formação; que o residente não é só trabalhador, nem só estudante; e que o preceptor não é só profissional da assistência, nem só professor.

Tendo em vista que se trata de um programa de formação que se dá pela atuação em serviço, o preceptor constitui função imprescindível para a consolidação de seus objetivos. Os preceptores são profissionais da assistência que, articulando o processo de ensino-aprendizagem com as práticas de cuidado desenvolvidas no ambiente de trabalho, redimensionam sua expertise e conhecimento naquela área profissional para atuação docente junto

aos residentes (FAJARDO; CECIM, 2010). É importante pontuar que, quando da implantação do programa e consolidação da primeira turma, muitos dos profissionais convocados à preceptoria não tinham experiência anterior com a função de supervisão e docência em serviço com residentes.

Outro desafio ao programa foi a obrigatoriedade da realização de trabalho de conclusão de residência (TCR) através de artigos científicos. Apesar de ser a forma avaliativa que mais se aproxima do modelo acadêmico de formação, as áreas multiprofissionais envolvidas na residência não tinham a cultura de realizar pesquisas e publicações e não havia mestres suficientes para dar conta de tantos trabalhos simultaneamente. Novamente, a saída emerge da instituição formadora e seu quadro de docentes que possibilitam o êxito dessa etapa formativa.

Destaca-se a relevância dos TCR para dar testemunho de produções e inovações práticas, compreender a percepção dos diferentes atores envolvidos e avaliar o programa. Esses estudos, feitos na residência e pela residência, sinalizam possibilidades e lacunas das vivências multiprofissionais. Apesar de ainda precisar avançar nas temáticas, pois, mesmo dentro de programas multiprofissionais, ainda se observa que predominam nos TCRs um olhar restrito aos saberes e práticas de núcleo, sem avançar para os ecos da integralidade. Como afirmam Romcy, Frota e Vasconcelos (2018), há áreas como a farmácia em que não se encontram publicações que articulem este núcleo à residência multiprofissional.

Por onde passamos: do desafio de coordenar aos desafios de refletir

A primeira coordenadora teve seu contato inicial com a residência já através do desafiador papel de coordenar. Apresentava uma trajetória de sete anos na assistência a pessoas com câncer no

ICC. Já especialista em psicooncologia, inquietava-se por conhecimentos que possibilitassem ir além da mera assistência. Tornou-se mestre em 2010, em um período em que nenhuma oportunidade institucional era dada a membros das equipes multiprofissionais para exercer atividades que fossem além da assistência e supervisão de estágios restritos a algumas universidades conveniadas.

Diante de um processo seletivo externo, que não incluía os profissionais que já atuavam na instituição, surgiu o interesse de concorrer e ser a primeira coordenadora da Escola Cearense de Cancerologia (ECO), em uma possibilidade de aproximação entre assistência e ensino no ICC. Essa concessão para concorrer à vaga só foi possível após diálogos e questionamentos com os gestores locais, sendo então contratada para elaborar processos formativos da cancerologia

Ao iniciar as atividades, a aproximação do ICC com Escola de Saúde Pública já havia sido iniciada pela primeira coordenadora da RIS-Cancerologia, o que possibilitou acesso mais direto ao grupo de construção das residências. Durante um ano, houve o protagonismo da articulação com avanços e retrocessos diários, um lugar que parecia incluir conflitos de interesse: como ser funcionária do ICC e construir um PPP nos moldes da ESP/CE, sem incluir o discurso da especialidade e excelência presente no discurso institucional?

Estávamos diante de uma pactuação possível, mas reconhecer que discursos partiam de bases epistemológicas diferentes sobre a saúde foi um ponto de partida para organizar. A nova coordenadora foi acolhida na ESP/CE como parceira disposta a aprender sobre Saúde Coletiva e residências multiprofissionais. Podemos considerar que foi um longo e árduo percurso de estudo e dedicação para assimilar novos conceitos e pensar como incluí-los nas práticas hospitalares até tornar exequível o PPP em construção.

A aprovação da residência e início da RIS pareceria um sonho que rapidamente foi tomado por uma avalanche de desencontros. Muitas atribuições da preceptoria de campo recaíram sobre a coordenação que não tinha como se dividir para acompanhar quatro equipes. Consideramos que só foi possível exercer a coordenação cinco meses após o início, com a contratação das duas preceptoras de campo.

Coordenar com a contribuição da preceptoria de campo foi uma rica experiência de construção coletiva entre os pares da cancerologia. Havia um trabalho que se complementava, com apoio mútuo e reflexões sobre as barreiras institucionais vivenciadas na residência. Após um ano do início da residência, a aprovação em um concurso público resultou na saída precoce da primeira coordenadora que passou as atribuições a uma das preceptoras de campo. Destacamos que foi uma mudança rápida, sem tempo de transição, porém a parceria de trabalho já existente facilitou a continuidade entre as coordenações.

A segunda coordenadora teve seu primeiro contato com programas de residência enquanto residente da Residência Multiprofissional em Cancerologia do Hospital Erasto Gaertner (Curitiba/PR), já tendo, portanto, uma maior aproximação com o contexto das residências. As experiências como residente de psicologia em um hospital oncológico, onde cumpria uma rotina de 60 horas semanais, foram fundamentais para o aprofundamento teórico e prático que tanto demandava para se sentir pretensamente ‘preparada’, muito embora a única convicção tenha sido de que este processo formativo não se finda em nenhuma titulação. Já nessa etapa da sua formação percebia que, apesar da nomenclatura que remetia a um campo supostamente multiprofissional, o maior desafio da residência certamente foi efetivar um trabalho que se propusesse ir além do mero somatório de profissionais em um mesmo cenário. Afinal, usando uma analogia, apropriar-se de um voca-

bulário emancipador não nos torna necessariamente revolucionários. Os desafios estavam para muito além do campo semântico.

Retornando a Fortaleza, agora especialista em Cancerologia, ingressou como psicóloga no Instituto do Câncer do Ceará (ICC) que, na ocasião, em maio de 2013, recebia sua primeira turma de RMS. Nos três anos seguintes, passou então a trabalhar diretamente com a condução pedagógica do programa, onde exerceu as funções de preceptora de núcleo da psicologia, preceptora de campo das equipes multiprofissionais e, por fim, de coordenadora acadêmica da RIS-Cancerologia, nesta ordem, porém em alguns momentos aconteceram sobreposições de papéis.

Para além das vivências: um olhar crítico das relações de poder

A experiência no ICC possibilitou também o contato com o Programa de Residência Médica (RM) da instituição, em funcionamento desde 2001. Este, bem mais antigo e naturalmente mais consolidado que a RMS, era tido como único modelo viável sobre como deveria ser uma especialização que se dava pelo treinamento em serviço. Ribeiro e Dacal (2012) contribuem com essa compreensão ao afirmar que o processo histórico de transformações pelas quais passou a instituição hospitalar relaciona-se diretamente com a construção desse lugar de supremacia do médico nesse espaço. À medida em que o hospital deixa de ser um lugar de caridade para tornar-se um lugar de cura, “outra ordem hierárquica foi estabelecida e a prática hospitalar tornou-se vinculada, prioritariamente, ao saber da medicina. Deste modo, o hospital e a medicina passaram a se sobrepor de forma indissociável e atravessaram os séculos garantindo o poder médico nos hospitais” (RIBEIRO; DACAL, 2012, p. 67).

Dessa forma, considerando-se a forte influência dessa cultura de supervalorização da medicina, ao iniciar o processo de implementação da RMS e principalmente no desenrolar da primeira turma, as comparações entre os programas eram constantes e inevitáveis, delineando um cenário de muitas dificuldades experimentadas quando da imersão em uma cultura institucional hospitalar, notadamente caracterizada pela hegemonia da categoria médica. Ao compararmos o tempo histórico de regulamentação das residências, compreendemos que os 28 anos de antecedência da RM conferem a ela uma tradição, muitas vezes, colocada como irrefutável, o que, em consequência, explica muito da resistência dos profissionais do hospital – tanto assistenciais como os gestores – às diferenças substanciais promovidas pelas concepções da RMS.

Nesse aspecto, é importante ressaltar que a Portaria Interministerial Nº 45 de 2007, lançada dois anos após a primeira regulamentação sobre as RMS, prevê como um dos eixos norteadores a articulação entre a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e a Residência Médica (BRASIL, 2007), o que infelizmente, no caso da RIS-Cancerologia, permaneceu restrito ao âmbito das recomendações, uma vez que a cultural soberania médica permaneceu como entrave às tentativas de integração. Mais uma vez pontuamos aqui a contraditória naturalização com que geralmente nos deparamos ao tratarmos a concepção de uma multiprofissionalidade que necessariamente exclui uma profissão, estabelecendo o sutil binarismo entre médicos e ‘não-médicos’, ao que Dallegrave e Kruse (2009) entendem como “exercício do poder, o lugar por onde ele se espalha, entranha-se, capilariza-se e vincula-se, de maneira inseparável, ao saber. Ao mesmo tempo, declara separação nítida de saberes, de projetos de cuidado, de objetos e de sujeitos articulados no trabalho” (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009, p. 219).

Associado a esse contexto, constatamos os impasses decorrentes do contato com essa ‘cultura hospitalar’ que, apesar das mudanças em curso, ainda é pautada por uma lógica fragmentada de produção do cuidado que situa todas as demais categorias profissionais em um polo inferior frente à soberania da medicina. Feuerwerker e Cecílio (2007), ao situarem a integralidade como eixo articulador das práticas de saúde, entendem que esta deve ser um atributo também presente nos hospitais. No entanto, os valores aclamados pela atenção integral, tais como a concepção ampliada de saúde e a construção multiprofissional de projetos terapêuticos conduzidos por equipes, são ainda restritos ou raros a um cenário demarcado por relações de poder e disputa entre as profissões. A RMS, diante disso, coloca-se como contraponto ameaçador à ordem tradicionalmente estabelecida.

Ao longo do tempo de experiência na condução da coordenação, percebemos um esforço de mudança institucional, muito embora este muitas vezes tenha sido mascarado por um discurso de integralidade supostamente inovador, mas que na prática se mostrava absolutamente equivocado ao entendê-lo como restrito ao somatório de profissionais em um mesmo espaço e tempo, e sem as devidas condições para que esses profissionais pudessem de fato interagir como uma equipe. No que tange à percepção da categoria médica especificamente, percebe-se que “há um descompasso quando esta categoria fala em multiprofissionalidade, se comparado ao discurso das demais categorias. É comum encontrarmos equivalência do termo multiprofissional com atuação por especialidade” (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009, p. 222).

Frente aos obstáculos identificados, podemos inferir que, apesar da parceria interinstitucional estabelecida para a aquisição da RIS-Cancerologia, o que a experiência com as três primeiras turmas conduzidas conjuntamente pela ESP/CE e pelo ICC constatou é que estavam em jogo compreensões e interesses absolutamente

diferentes e inegociáveis sobre o programa. E essa impossibilidade de chegar a um discurso comum implicou em inúmeros conflitos para as três turmas, cujas resoluções, na maioria das vezes, resultaram na imposição do poder conferido às hierarquias locais.

Ainda relacionado a esses conflitos, percebe-se o quanto esse contexto de projetos e modelos de atenção em disputa entre as duas instituições impactava diretamente as tentativas de construção de novas práticas de trabalho. É importante pontuar aqui que não nos interessa e nem nos cabe a determinação de um posicionamento maniqueísta sobre a instituição ‘boa’ ou a ‘má’, mas, ao contrário, pretende-se um estabelecer um processo compreensivo crítico acerca das experiências vividas. O cotidiano de trabalho se forjava em um jogo de forças que caminhavam em paralelo, ora pendente mais para um lado, ora para o outro, conforme as estratégias de enfrentamento fossem mais ou menos eficazes.

Em relação às vivências desses conflitos e das dificuldades decorrentes, percebe-se que, apesar de um contexto geral comum, as percepções são diferenciadas entre as experiências das três turmas, tendo em vista suas especificidades. No que se refere à turma 01, compreende-se que seu maior desafio foi exatamente o pioneirismo, considerando-se a inexistência de experiências anteriores com RMS e a necessidade de uma postura de maior embate para fazer valer o modelo proposto. Quanto à turma 02, já se identifica um cenário de menor resistência e, provavelmente por isso, um modo de enfrentamento constituído por estratégias mais diplomáticas e menos combativas.

Diferente das duas turmas anteriores, a expressão máxima desse conflito foi vivenciada na turma 03, quando, por volta do início do segundo ano de residência (em maio de 2016), se deu a ruptura definitiva da parceria entre a ESP/CE e o ICC. Percebe-se que a decisão pelo rompimento do convênio que agregava as duas instituições não foi decorrente de um único e pontual episódio,

tratando-se, portanto, de um processo cumulativo de enfrentamentos entre posições que nunca chegaram a um denominador comum. Apesar dos conflitos explícitos, seguimos acreditando que processos de aprendizagens ocorreram e temos uma evidência das construções de competências no fato de 15 residentes egressos desse programa terem sido contratados pela instituição executora.

Outro aspecto bastante desafiador para a efetivação do programa refere-se às inúmeras dificuldades relacionadas ao manejo dos processos de trabalho junto à preceptoria de núcleo. A primeira delas refere-se à constatação de um cenário generalizado de incompreensão pelos preceptores do que seria a proposta da Residência dita Multiprofissional e desse programa em específico (RIS-ESP/CE), tendo em vista que a única referência até então compartilhada por eles associava-se à Residência Médica. Esse desconhecimento do programa, e muito provavelmente também de suas funções, repercutia diretamente nas relações de trabalho estabelecidas.

A RIS-ESP/CE define a preceptoria como função docente-assistencial de apoio aos profissionais-residentes em seus respectivos campos de trabalho, objetivando o desenvolvimento de saberes e práticas específicas do núcleo profissional (em se tratando da preceptoria de núcleo) e aquelas relativas à dimensão das equipes multiprofissionais (no caso da preceptoria de campo). Os critérios exigidos para o exercício da função contemplam, além do curso de graduação, o mínimo de três anos de experiência na área em questão ou a titulação de especialista (CEARÁ, 2013). Nesse aspecto, é importante observar que, dentre as condições definidas, em nenhum momento são mencionadas as especificidades do exercício da docência em saúde, aspecto muitas vezes absolutamente desconhecido para os preceptores.

Vale pontuar que, em se tratando da ênfase em Cancerologia, durante a aprovação e implantação do programa, os profissio-

nais foram convocados pela gestão a assumirem a preceptoria, não tendo sido necessariamente interrogados sobre o seu interesse ou aptidão para trabalhar na Residência. Acrescente a isso o fato de que, no ICC, além de não terem participado da fase de concepção e construção do programa, os preceptores de núcleo nunca receberam qualquer forma de gratificação pelo acréscimo da função, fosse ela financeira ou mesmo em termos de flexibilização de carga horária. Somente a preceptoria de campo era remunerada, tendo em vista que as duas profissionais tiveram sua carga horária ampliada especificamente para atender a essa exigência do desenho pedagógico, muito embora a proporção de preceptores de campo para o número de residentes ainda não fosse a recomendada pelo regimento da RIS-ESP/CE.

Diante disso, a sensação experimentada era de que, muitas vezes, estabelecia-se um cenário de resistência e disputa na relação dos residentes com o preceptor, amplamente influenciado pelas condições de trabalho e remuneração, se considerarmos o atual e histórico contexto de precarização trabalhista da maioria dos trabalhadores da saúde. A preceptoria remetia, portanto, ao acúmulo de trabalho e de responsabilidades sem o devido reconhecimento da gestão local, acarretando intensos entraves relacionais de ambas as partes.

Associado a esse contexto, acrescentamos a questão das deficiências e lacunas típicas das graduações na área da saúde que, de modo geral, ainda se constituem em espaços formativos centrados em uma perspectiva prioritariamente tecnicista e que, portanto, raramente preparam os profissionais para a docência em serviço. De acordo com Fajardo e Ceccim (2010), tal aspecto constitui um dos paradoxos mais desafiadores para a efetivação dos programas de RMS: os trabalhadores são convocados ao exercício da preceptoria de um processo formativo eminentemente inovador, sendo estes em sua maioria provenientes de cursos cujos currículos são

ainda extremamente fragmentados e organizados na lógica das disciplinas, o que acaba por configurar uma resistência enorme deles em romper com os modelos tradicionais de ensino-aprendizagem.

Ainda, no que tange à formação, cabe destacar que os preceptores da RIS-ESP/CE, em um esforço de suprir essas carências e melhor apropriá-los sobre a proposição das RMS, são submetidos a um curso de formação oferecido pelo corpo docente da ESP/CE, através do qual se pretende trabalhar, antecipadamente, as mesmas unidades de aprendizagem apresentadas aos residentes nos módulos teóricos transversais. Entretanto, a sensação era de que, mesmo esse suporte teórico oferecido pela instituição formadora, não dava conta das variadas questões relacionais cotidianas que se forjavam nos cenários de trabalho e que extrapolavam questões teóricas, tendo em vista que muitos dos preceptores não tinham passado por qualquer experiência anterior com esse modelo formativo.

Acrescenta-se que a própria formação, muitas vezes, foi também tomada pelos preceptores como algo a mais que tinham que dar conta na residência, demandando da coordenação atenção especial a este grupo. Na primeira turma de preceptores parecia não haver tempo para conseguirem ressignificar as contribuições de um processo formativo que apresentava concepções da aprendizagem libertadora, desenvolvimento de competências muito além de habilidades técnicas e principalmente metodologias ativas. Por outro lado, os residentes desenvolviam uma criticidade à realidade de trabalho que muitas vezes incluía a posição dos seus preceptores, trazendo tensões às relações.

Essa dificuldade relacional encontrava sua máxima expressão na medida em que os residentes se percebiam utilizados como provisão de mão de obra do hospital, principalmente nos serviços e setores onde o quantitativo de profissionais era insuficiente para a

alta demanda de pacientes. Nesse sentido, percebe-se que o modo como a gestão lida com os preceptores, entendendo-os como reprodutores de atos de saúde, acaba por repercutir nas relações que eles estabelecem com os residentes. Meira *et al.* (2010) advertem que, com esse panorama estabelecido, tem-se um preceptor que, uma vez pressionado pelos atravessamentos das influências institucionais, reproduz e repassa essa pressão ao residente que, por sua vez, por ter outra vinculação trabalhista com a instituição sente-se mais seguro para reagir, embora nem sempre consiga.

Observamos que essa percepção de cunho utilitarista, ou como os residentes costumam referir, a sensação de serem vistos como ‘mão de obra barata’ é nitidamente mais comum nos núcleos profissionais, por assim dizer, mais tecnicistas e que originalmente sempre estiveram situados na área da saúde, tais como Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição, onde se percebia que a construção da relação com os preceptores se dava de modo mais rígido. Ao contrário, nos núcleos da Psicologia e do Serviço Social, essas relações de trabalho pareciam menos complicadas, estendendo-se, inclusive, ao campo pessoal.

Sobre esse panorama de exploração da força de trabalho do residente, que inclusive destoa como uma queixa muito comum em todos os programas de Residência (sejam médicos ou multiprofissionais), é importante pontuar que, de fato, a proposta formativa das Residências está centrada na metodologia de aprendizagem pelo trabalho. Todavia, exatamente por se tratar de uma formação em serviço, é preciso salientar que ela não pode se restringir apenas à formação nem somente ao serviço, demandando que se estabeleça uma interface crítica e construtiva entre ambos (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010). Tal contexto implica ainda em outra dificuldade que é a dicotomia de papéis e posturas assumidos por residentes e preceptores: esse residente é estudante ou profissional? E a partir dessa resposta, como se estabelecem as relações hierár-

quicas de poder entre ambos? Aparentemente, o contraponto que se estabelece tende a ser resolvido conforme a conveniência institucional, de modo que o tratamento como aluno ou como profissional variava tendo como base as necessidades do serviço.

Meira *et al.* (2010) apontam que a preceptoria se forja meio a estas e tantas outras ambiguidades, exigindo do preceptor muito mais do que a atitude de mera supervisão, mas a disponibilidade de ter, para com o residente, “um olhar tão integral como prevê o princípio da integralidade do SUS para os usuários de nossos serviços” (MEIRA *et al.*, 2010, p. 215). Os autores acrescentam ainda que, no contato diário com o residente, a preceptoria, apesar da suposta hierarquia superior, por vezes se vê exposta e avaliada em sua qualidade técnica, submetida a questionamentos e desafiados em sua autoridade, que podem trazer desconforto e insegurança. Alguns residentes, inclusive, apontam para essa dimensão da fragilidade técnica da preceptoria como um dos obstáculos vivenciados durante a Residência, na medida em que veem frustradas suas expectativas de aperfeiçoamento naquela especialidade.

Tendo em vista as várias nuances intrínsecas ao complexo exercício da preceptoria em saúde, nos deteremos a reconhecer que “a atuação dos preceptores na contemporaneidade deve ultrapassar a técnica e o tecnicismo e avançar para a produção de conhecimentos e afetos, ocupando tempos e espaços além do prescrito e autorizado” (FAJARDO; CECCIM, 2010, p. 206), de modo a reforçar a amplitude e imprescindibilidade desta função para a formação de novos perfis profissionais, compreendendo estes trabalhadores como sujeitos inventores de si e do mundo.

Em um contraponto às queixas sobre a preceptoria, destacamos também como dificuldade a lida com alguns perfis de residentes aparentemente pouco implicados com a proposta da Residência, considerando-se as variadas motivações que os fizeram optar por esse processo formativo. Considerando-se o con-

texto de precarização das condições de trabalho na área da saúde, observa-se que nos últimos anos a especialização na modalidade Residência tem sido buscada para além do aspecto formativo e da certificação como opção de um trabalho estável e bem remunerado. O que significa dizer que nem todo residente compartilha das concepções e objetivos previstos pelos programas, fato que pode repercutir no seu desenvolvimento individual e nas relações que estabelece com os preceptores e mesmo com os colegas residentes.

Frente a tantos obstáculos destacados, observa-se quão desafiadora pode ser a tentativa de consolidar um modelo formativo diferenciado em suas concepções e desenho pedagógico. A RMS, ao reafirmar pautas já ativadas pelo movimento sanitário brasileiro, desacomoda atores e processos instituídos e, por isso mesmo, provoca afetações nos mais variados níveis, agregando apoiadores e resistências.

Considerações Finais

Refletir sobre uma modalidade de formação como as Residências Multiprofissionais em Saúde, apesar de parecer atual e inovador, nos faz resgatar as mais genuínas bandeiras de luta em prol da garantia de um sistema de saúde que pretende, desde a sua concepção, propiciar saúde aos sujeitos e coletividades, nos quais pretendemos estimular autonomia em seus modos de ‘andar a vida’. E se, enquanto trabalhadoras desse sistema e atores desse processo, seja como coordenadoras que desbravam esse universo até então desconhecido ou como egressas dessa modalidade de formação, nos desafiamos a tal empreitada, impelidas a refletir acerca dos possíveis sentidos atrelados à formação que se tem ‘vendido’ como balizadora da integralidade, como oportunidade para o preenchimento das tantas lacunas deixadas pelos cursos de graduação da área da saúde.

O encontro possibilitado pelo extenso e intenso desafio da coordenação acadêmica de um programa dessa envergadura nos conduziu a um rico campo de significados a um só tempo unívoco e plural, onde os discursos dos sujeitos surgiram delineados por um contexto formativo comum, mas também entrelaçados pela diversidade de histórias de vida e singularidades de cada um que gentilmente se disponibilizou a compartilhar essa trajetória conosco.

Revisitar essa trajetória, que constitui um período importante da nossa formação profissional, acionou o despertar dos vários papéis que ocupamos até aqui. Passamos pela trajetória de uma trabalhadora da saúde inquieta com sua posição expectante de uma abertura da instituição hospitalar para processos formativos incluídos, que passou a investir em formação até poder ser reconhecida como possível coordenadora, até a trajetória de uma residente que migrou sozinha para o sul do país em busca de uma especialização, passando pela preceptora que retornou empolgada com a oportunidade de trabalho, até a coordenadora que se deparou com as dificuldades e limites de uma gestão rígida e pouco dialógica. O resultado foi então fruto do esforço de costurar essas percepções na interface com as fundamentações teóricas há tanto tempo conhecidas, mas que emergem agora, num constante movimento de ir e vir com os textos produzidos, com novos sentidos ao que julgamos já dado. Assim como o que desejamos a cada novo leitor que se aventure por essas páginas, a abertura para a descoberta e, a cada nova leitura, quem sabe a produção de outros textos e outros sentidos.

Destacamos como maior potencialidade e desafio o exercício do trabalho em equipes interprofissionais, já que muitas vezes estas acabam restritas à mera multiprofissionalidade. De todo modo, pode-se inferir que mesmo a multiprofissionalidade, tal como apontada na denominação das RMS, não constitui um con-

ceito pacífico na área da saúde. Não é algo que aconteça espontaneamente pelo simples fato de reunirmos diferentes profissões em um mesmo tempo e espaço, já que trabalhar a partir do horizonte normativo do trabalho em equipe implica, entre outras coisas, em desacomodar as relações de poder e hierarquia já estabelecidas entre as corporações profissionais. Talvez por isso mesmo a proposta da RMS, ao situar o trabalho em equipe como condição primeira de funcionamento, provoque tantas rupturas e incômodos. Acrescente-se a isso o fato de que a RMS, na medida em que se propõe a trabalhar na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, incentiva nos residentes à prática de uma aprendizagem em serviço essencialmente problematizadora dos saberes e fazeres instituídos, aspecto que, apesar de potente em termos de aprendizado, pode ser gerador de muitos conflitos cotidianos, além de demandar tempo, persistência no longo processo de transformação e principalmente coerência.

Como pano de fundo desse enredo, situa-se o Instituto do Câncer do Ceará, instituição precursora e que hoje capitaneia a atenção oncológica no estado do Ceará, cambiando entre definições que, em tese, não seriam excludentes, mas que na prática não conseguiram encontrar um consenso: a perspectiva da filantropia e da empresa privada, cujas retóricas parecem movimentar-se conforme a conveniência e as disputas em jogo. Daí a complexidade da parceria que se tentou estabelecer entre o ICC e a ESP/CE e que, em meio a avanços e retrocessos, chegou ao fim após a condução conjunta de três turmas. Pode-se concluir que, apesar do suposto interesse compartilhado em qualificar a formação de profissionais especialistas em Cancerologia, as diferentes concepções e interesses sobre os modos de pensar e fazer saúde, exaustivamente disputados, tornaram-se, por fim, inconciliáveis. Seguimos acreditando na mudança contínua e que outros encontros, em outros contextos e com outros atores possam voltar a acontecer.

Advogamos pela potência intrínseca à interseção entre os mundos aparentemente paralelos da formação e do trabalho em saúde, entendendo-os como processos que se retroalimentam mutuamente, e que, portanto, não podem ser pensados em separado. Acreditamos ser exatamente nessa interface que se constroem as possibilidades de construção de um novo agir em saúde, que se conforme na lógica de um cuidado ampliado, humanizado e integral. As RMS destacam-se, pois, como modalidade estratégica para capacitar novos perfis profissionais que, com atitudes críticas e comprometimento ético-político, possam construir coletivamente com os usuários relações dialógicas de afeto e cuidado, que os respeitem e os reconheçam em suas singularidades.

Reafirmamos a necessidade de compreendermos os processos formativos em saúde como dispositivos que agreguem concomitantemente as dimensões técnica e política, possibilitando ir além dos especialismos que aprisionam os profissionais em territórios restritos de poder corporativo e que, portanto, impedem o intercâmbio entre a diversidade de vozes presentes no campo da saúde, condição considerada indispensável para a garantia da integralidade da atenção. Pensar a formação em saúde nesses moldes implica em reconhecer nos profissionais a condição de constante aprendiz, entendendo que a formação e o exercício profissional não constituem etapas excludentes, mas que coexistem e se retroalimentam a partir da problematização das experiências cotidianas, indo ao encontro de práticas sociais criativas que escapem das produções protocoladas.

Finalizamos esperando que o relato dessa experiência, guardadas suas especificidades e limitações, possam contribuir no aperfeiçoamento de outros programas formativos em Canceirologia na modalidade Residência, e reafirmamos a necessidade de que outros trabalhos possam aprofundar questões complementares e igualmente importantes como, por exemplo, a análise das

Residências a partir da compreensão dos outros atores componentes do processo, como os preceptores, tutores, gestores e mesmo os usuários, de modo a conformar uma avaliação mais ampliada e que considere todas as perspectivas envolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília. **Ministério da Saúde / Ministério da Educação, 2007a**. Disponível em: https://www.unifesp.br/reitoria/proex/images/PROEX/coremu/documentos/portaria_45_2007.pdf. Acesso em: 09 set 2015.

_____. Portaria interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009a [DOU da República Federativa do Brasil nº 217, sexta-feira, 13 de novembro de 2009]. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Ministério da Educação/ Ministério da Saúde**.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2):219-230, 2000.

CEARÁ. Instituto do Câncer do Ceará. Escola Cearense de Oncologia. Hospital Haroldo Juaçaba. Coordenação da Residência Médica. **Regimento Interno da Residência Médica**. Fortaleza, CE, 2012.

_____. Escola de Saúde Pública do Governo do Estado do Ceará. Secretaria Estadual de Saúde. Instituto do Câncer do Ceará. Escola Cearense de Oncologia. **Projeto Político Pedagógico de Residência Multiprofissional**. Fortaleza – Ceará, 2012.

_____. Escola de Saúde Pública do Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Regimento da Residência**

Integrada em Saúde – RISESP/CE. Fortaleza – Ceará, 2013b. Acesso em 24/08/2015. Disponível em: http://cedes.esp.ce.gov.br/ead/file.php/113/GUIA_RIS/REGIMENTO/REGIMENTO_RMSFC_VERSAO_29_ABRIL.pdf Acesso em:

_____. Escola de Saúde Pública do. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Edital n.º 01/2014**: regulamenta o processo seletivo simplificado de seleção de candidatos para a Residência Integrada em Saúde – RISESP/CE 2014. Fortaleza – Ceará, 2014.

_____. Escola de Saúde Pública do. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Edital n.º 01/2014**: regulamenta o processo seletivo simplificado de seleção de candidatos para a Residência Integrada em Saúde – RISESP/CE 2014. Fortaleza – Ceará, 2016. Disponível em: http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3247&Itemid=276 Acesso em:

_____. Escola de Saúde Pública do. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Edital n.º 49/2016**: regulamenta o processo seletivo simplificado de seleção de candidatos para a Residência Integrada em Saúde – RISESP/CE 2017. Fortaleza – Ceará, 2016. Disponível em: http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4173&Itemid=276 Acesso em:

CARVALHO, YM; CECCIM RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M Jr, Carvalho YM, organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 137-170.

CECCIM RB, FEUERWERKER, L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Colet**. 2004; 14(1): 41-65.

DALLEGRAVE, D. **Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde**: as residências no País das Maravilhas. 2013. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M.H.L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. **Interface/ Comunicação Saúde Educação**. v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a18.pdf> Acesso em: 01/12/2015.

FAJARDO, A. P. **Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde**: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. 2011. 200p. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FAJARDO, A.P. & CECCIM, R.B. O trabalho da preceptoria nos tempos de Residência em Área Profissional da Saúde. *In*: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F. & PASINI, V.L. (Org.). **Residências em Saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 191-210.

MEIRA, A.C.S.; MARTINS, A.R.; MARTINS, M.C. A relação entre preceptores e residentes: percursos e percalços. *In*: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F. & PASINI, V.L. (Org.). **Residências em Saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 211-224.

OLIVEIRA, C. F. & GUARESCHI, N. M. F. Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F. & PASINI, V. L. (Org.). **Residências em Saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 91-113.

RIBEIRO, J. C. S. & DACAL, M. D. P. O. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. **Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, vol.15, nº2, Rio de Janeiro – jul./dez. – 2012.

ROMCY, G. S.; FROTA, A. C. VASCONCELOS, A. P. S. M. **Quando cada quadrado fala sobre si**: escritos sobre os núcleos de residência multiprofissional em saúde. *Tempus*, actas de saúde colet, Brasília, 12(1), 113-133, dez, 2018. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2035>. Acesso em: 24/08/2020

RUBEM, A. **Por uma educação romântica**. Papirus, 2002.

1.5 ESTRESSE OCUPACIONAL E BURNOUT EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR⁵

Júlia Evangelista Mota Shioga

“Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas, que puxa válvulas, que olha o relógio, que compra pão às 6 da tarde, que vai lá fora, que aponta lápis, que vê a uva etc. etc. Perdoai. Mas eu preciso ser Outros. Eu penso renovar o homem usando borboletas”
(Manoel de Barros)

Introdução

A residência multiprofissional em saúde consiste em uma modalidade de educação pelo trabalho com dedicação exclusiva e duração de dois anos. Nesse período, o profissional adquire experiências de núcleo – condizentes com saberes e práticas específicas da categoria profissional – e campo, que o habilitam ao trabalho em equipe e reorientam o olhar para a interdisciplinaridade e integralidade do cuidado.

No que diz respeito ao componente hospitalar, com ênfase em Cancerologia, integram o Programa profissionais divididos em equipes, as quais têm a rede de atenção oncológica do estado como local de atuação, incluindo um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Atualmente, contempla toda a linha de cuidado do paciente com câncer: diagnóstico, tratamento (quimioterapia, radioterapia e cirurgia), reabilitação e cuidados paliativos.

Nesse interim, o objetivo da residência neste território é formar profissionais com referências técnicas, científicas e políti-

⁵ Capítulo adaptado do Trabalho de Conclusão da Residência, apresentado ao Programa de Pós-Graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará, de autoria de Júlia Evangelista Mota Shioga sob orientação do Prof. Me. Lucas Varella de Moura.

cas para a qualificação da linha de cuidado da pessoa com câncer, almejando a promoção, proteção e recuperação da saúde, embasando-se na integralidade, colaboração interprofissional e intersetorialidade. (ARAÚJO *et al.*, 2017). Para tanto, durante a atuação nos cenários de prática, o cotidiano dos residentes se assemelha ao dos profissionais contratados pela instituição no que compete às responsabilidades perante pacientes e equipes de saúde. Isto propicia ao residente – na maioria das vezes recém-formado – crescimento e amadurecimento, desenvolvimento da postura ético-profissional e habilidades necessárias ao trabalho em saúde no manejo dos casos apresentados. A residência representa, portanto, relevante meio de iniciação profissional e aprimoramento técnico-científico no trabalho em ambientes hospitalares. Salienta-se que este processo é acompanhado pela preceptoria de campo e núcleo, que auxilia o residente ao longo de todo o Programa.

Durante o período de atuação profissional, os residentes das categorias supracitadas permanecem em contato direto e cotidiano, principalmente com dois públicos: pacientes/familiares e profissionais de saúde. O primeiro grupo, que porta história de vida e de padecimento pela condição que os traz ao hospital, e, o segundo, que trabalha sob a lógica da flexibilização da força de trabalho, muitas vezes com precarização e sobrecarga (LOURENÇO; BERTANI, 2007; MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015). Todo esse contexto, acrescido de questões relacionadas ao processo de trabalho da residência e aos fatores biopsicossociais de cada profissional, pode expor o residente a uma série de situações estressantes e limítrofes.

O estresse ocupacional pode ser definido como mecanismo em que o sujeito percebe demandas do trabalho como estressoras, as quais, ao exceder seus recursos de enfrentamento, provocam reações de estresse (JEX, 2002; PASCHOAL; TAMAYO, 2004). Os estressores apontados como mais relevantes no trabalho em saú-

de são aqueles ligados ao relacionamento interpessoal, uma vez que implica em lidar diretamente com demandas complexas dos pacientes que atendem. A cronicidade desse quadro reduz a satisfação no trabalho, podendo desencadear dificuldades para lidar com pacientes de forma empática e humanizada, configurando quadro de esgotamento profissional.

Borges e Argolo (2003) corroboram os achados afirmando que os estressores psicossociais gerados no processo de trabalho, quando crônicos, estão relacionados diretamente às reações emocionais de estresse, características da condição denominada Síndrome do Esgotamento Profissional ou síndrome de *burnout* (SB), que gera consequências negativas nos âmbitos individual, profissional, institucional, familiar e social (HERNÁNDEZ, 2003; WILLIAMS *et al.*, 2007; FERNANDEZ *et al.*, 2008).

Segundo Maslach (1982), a SB é um fenômeno multidimensional que apresenta três dimensões: o esgotamento emocional, a despersonalização e a redução da realização pessoal. O esgotamento emocional consiste no desgaste ou perda dos recursos emocionais e da energia, que culminam em frustração, tensão e fadiga, além da sensação de não conseguir mais suportar a situação de trabalho vigente (SCHMIDT *et al.*, 2013). A despersonalização ocorre mediante desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas no trabalho, que ocasionam redução na qualidade da relação estabelecida com os usuários. Por sua vez, a baixa realização pessoal é evidenciada quando há tendência à autoavaliação negativa no âmbito profissional, aumento da irritabilidade, queda na produtividade, conflitos nos relacionamentos profissionais e perda da motivação (Silva *et al.*, 2015).

Esta síndrome é característica dos meios laborais que envolvem a necessidade do estabelecimento de vínculo com o público-alvo para a efetivação das intervenções de cuidado (BENEVIDES-PEREIRA, 2003). Toda atividade laboral de cuidado

imprime a necessidade da contrapartida do afeto, e, no contexto das profissões de saúde, a relação afetiva integra o próprio exercício do trabalho, sendo condição ímpar para a efetivação das intervenções. Entretanto, como se trata de uma relação profissional, mediada por fatores intervenientes, como óbito, alta, horários e normas, tal relação afetiva não se completa. Essa ruptura desencadeia um conflito entre o vincular-se afetivamente ou não (VASQUES-MENEZES, 2007).

Na esfera da residência multiprofissional em oncologia, ainda tomando como base a conjuntura de análise da tríade trabalho-afeto-cuidado, observamos um agravante: a perda do objeto – seja por óbito/alta do paciente ou mudança de rodízio/setor do residente – a quem o residente direciona o afeto é sempre concreta. Assim, os resultados das intervenções muitas vezes não são observados e a conclusão do trabalho não é efetivada. Perde-se o enredo da história, ou seja, o profissional não toma conhecimento da sucessão de acontecimentos que constituem sua ação. Trata-se de um cenário de dinamismo, que implica em um trabalho feito a muitas mãos, com modos de operação distintos, que produz sofrimento psíquico no trabalhador pela não constatação contingencial do produto da intervenção terapêutica realizada.

Bernal (2010) salienta que o *burnout* expõe um mecanismo de autoproteção ao estresse gerado na relação profissional-paciente e profissional-organização, que é intensificado pelo fato de que normalmente se trata de profissões que implicam em sobrecarga de trabalho, relacionamento com usuários polidemandantes, contato constante com a morte, doença e dor, conflito e ambiguidade de funções, falta de autonomia e reduzido poder de decisão no processo de trabalho.

Atualmente, encontram-se diversos estudos (ABREU *et al.*, 2002; SANTOS; CARDOSO, 2010; ULHÔA *et al.*, 2010; GARCIA; LIMA; CASTRO, 2011; EBLING; CARLOTTO, 2012; METZKER;

MORAES; PEREIRA, 2012; ROQUE *et al.*, 2015) que abordam a temática do estresse ocupacional e *burnout* em profissionais de saúde, principalmente com foco em enfermeiros e médicos (CARVALHO *et al.*, 2010; INOUE *et al.*, 2013; SCHMIDT, 2013; LIMA *et al.*, 2013; FABICHAK; SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014). Outros estudos também apontam a problemática no âmbito da oncologia (GUTIERREZ; ALCÂNTARA, 2006; TUCUNDUVA *et al.*, 2006; GLASBERG *et al.*, 2007; TORRES; GUARINO, 2012; TEIXEIRA, 2013; SANTOS; SANTOS, 2015). Contudo, ainda é incipiente o escopo de pesquisas que analisam este fenômeno no campo da oncologia sob a ótica de residentes multiprofissionais, até pelo caráter recente do surgimento de tais programas em âmbito nacional e local.

Pensando nisto, esta pesquisa teve o objetivo de avaliar os aspectos associados ao estresse ocupacional e *burnout*, entre profissionais de saúde com ênfase em cancerologia de um programa de residência multiprofissional hospitalar.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, prospectivo, com metodologia qualitativa, sob a ótica da Análise de Conteúdo de Bardin e fundamentado em referenciais da Saúde Mental do Trabalhador. A pesquisa de orientação qualitativa implica em uma metodologia de investigação interpretativa a partir da observação e do relato de múltiplas perspectivas e da identificação multifatorial da situação em estudo. Optou-se por este tipo de estudo, uma vez que consiste em uma análise de dados com elaboração de categorias e temas próprios, organizados em unidades de informação abstratas. Nesse processo, o foco principal são os significados atribuídos pelos participantes à questão em estudo, desvelando as relações que se estabelecem para além das falas propriamente ditas (UCHIDA, 1998; CRESWELL, 2010). Para Bardin (1977), a pesquisa quali-

tativa com base na análise de conteúdo contempla várias técnicas que visam descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação. A técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores, possibilitando, assim, a inferência de conhecimentos.

Visando garantir a fidedignidade e atenção à fala dos entrevistados, foi utilizado um gravador para registro após autorização, seguido da transcrição literal do conteúdo. É importante salientar que esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 1.857.279) e, em respeito aos aspectos éticos nas pesquisas com seres humanos, preservamos a identidade dos entrevistados.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 17 residentes do segundo ano, sendo 3 assistentes sociais, 4 farmacêuticos, 3 enfermeiros, 1 psicóloga, 4 fisioterapeutas e 2 nutricionistas. Quanto aos dados sociodemográficos, 88,23% são do sexo feminino; 82,35% entre 24 e 30 anos de idade; 50% recém-formados, sendo a residência a primeira experiência profissional; 35,29% procedentes de outros municípios/estados; 29,41% com diagnóstico psiquiátrico de transtorno depressivo ou de ansiedade; 23,52% em uso de psicofármaco (antidepressivo, ansiolítico, antipsicótico); 41,18% trabalham com oncologia por motivos pessoais (história pessoal ou familiar de câncer).

De acordo com Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004), o sofrimento, enquanto aspecto inerente ao processo de trabalho e, portanto, impossível de ser eliminado, não é necessariamente gerador de patologias, contudo torna-se ameaçador quando todas as possibilidades de adaptação ao trabalho para colocá-lo em consonância com o desejo individual forem utilizadas e as demais al-

ternativas estiverem bloqueadas. Esse sofrimento pode ser transformado em criatividade e beneficiar a subjetividade (sofrimento criativo) ou pode tornar-se patogênico (sofrimento patogênico), gerando adoecimento quando as defesas individuais e grupais fracassam. A diferença entre as duas formas estará na dependência de condições individuais (estrutura do sujeito, história individual de aprendizagem) e sociais (organização do trabalho e relações interpessoais no trabalho).

Orientados pelo universo da saúde mental do trabalhador em ambiente hospitalar, decidimos abordar a temática do estresse ocupacional e *burnout* em um programa de residência multiprofissional em oncologia no intuito de conhecer a ocorrência de tal fenômeno na amostra estudada e suas vicissitudes. Dada a presença dos diferentes argumentos e desdobramentos da temática, construímos três categorias de discussão, a saber: percepção das atividades da residência, estresse ocupacional e *burnout* e estratégias de enfrentamento.

- **Percepção das Atividades da Residência:**

A residência multiprofissional se configura solo fértil para ampliação do aprendizado do residente, colocando-o frente à problemática do câncer para, assim, instrumentalizá-lo em sua prática profissional. As percepções e os significados dos residentes acerca das atividades desempenhadas durante o percurso formativo passam questões de cunho pessoal, social, laboral e institucional.

A ambiguidade e o conflito do papel de residente é encarado como fator interveniente na construção e reconhecimento da identidade profissional, bem como no andamento das atividades e da autonomia no desempenho de suas funções, como expõem: *“venho pra residência e o pessoal acha que tá ainda concluindo o curso, que é estagiário, nem sabe o que é a residência, é uma coisa*

que incomoda às vezes.” (residente 15); “*Aí ora você é profissional, ora você é só residente. O que é que eu sou?*” (residente 6). Por outro lado, há também a percepção de que:

A partir do momento que aprende a gente acaba assumindo a responsabilidade por aquela atividade, fazia só. A gente não tava o tempo todo aprendendo em serviço. A gente tem que responder e assumir aquilo. Aí pra algumas coisas você respondia e pra outras não respondia. Há um conflito. (residente 6).

Este fator é confirmado por outro profissional residente, que refere que:

Ter que realizar determinadas atividades sem ter o conhecimento necessário, e aí eu já ia com muita pressão, muita insegurança e tudo. Isso pra mim foi o mais estressante. Não ter aprendido, não ter uma pessoa que me ensinasse o mínimo que fosse pra eu dar conta dos pacientes, de eu ter que ir atender só. (residente 10).

A literatura (PIKO, 2006; GARROSA et al., 2008) aponta que o conflito e as ambiguidades de papéis desempenhados pelo profissional são aspectos frequentes dos postos de trabalho em saúde no Brasil e constituem fatores significativos para o aumento dos índices de exaustão emocional, baixa realização pessoal e despersonalização.

Tendo em vista tratar-se de profissionais em sua maioria recém-formados, observamos que a experiência da residência é tida como oportunidade única para preencher lacunas deixadas pelos próprios cursos de graduação e, assim, aumentar as chances de inserção no competitivo mercado de trabalho. Acrescido a isso, ao desbravar a residência multiprofissional, o recém-formado enfrenta um processo de reconhecimento de si mesmo enquanto profissional e não mais estudante, desvelando os limites e as possibilidades da atuação em ambiente hospitalar e, assim, construindo sua identidade laboral. Isto se faz presente no discurso do profissional residente, que afirma:

No primeiro ano é um pouco mais complicado você visualizar o fazer profissional estando junto com outros profissionais, sendo que você não tem nem a experiência profissional sua ainda. Então, é difícil. No R1, você tem medo, você se sente pressionada pra você fazer aquilo ali, uma pressão pra desempenhar aquilo. Você se sente muito cansado. (residente 1).

Nessa conjuntura, muitos processos de luto são vivenciados, em virtude da dissonância entre o conteúdo aprendido na graduação e a realidade da profissão, que reflete o estado de precarização e flexibilização dos postos de trabalho em saúde no Brasil (SOUZA, 2010): “Quando eu olho pra realidade da profissão, dos salários, a gente precisa de condições materiais pra sobreviver, é muito confuso, to numa crise existencial assim. Às vezes penso em mudar, mas não sei o que eu faria” (residente 3).

Em outra direção, os entrevistados apontam as variáveis reforçadoras da residência como aspectos fundamentais no percurso formativo. Nesta seara, o crescimento pessoal e profissional é abordado como fator decisivo na atribuição de novos sentidos à prática realizada, como aponta residente 5: *A residência, como experiência, mudou praticamente tudo que eu pensava como profissional. Em relação à atenção com o paciente, poder analisar uma prescrição, poder intervir junto a um médico, então teve ganhos muito grandes pessoais como residente”*.

Esta fala corrobora outros discursos, que afirmam que:

O que muda é a relação com a vida, o que tá fora né, por exemplo, você não reclama mais das mesmas coisas, você não vê mais problema nas coisas (residente 11).

Na UIC [Unidade de Intercorrência do Câncer] e nos cuidados paliativos a gente teve aquela própria reflexão do que é a vida. O quão importante é a vida, como pessoa mesmo. Esse olhar humanizado também eu adquiri aqui (residente 12).

Como cita o profissional residente acima, a humanização, a qual é materializada em atitudes e condutas de diferentes categorias profissionais em torno do paciente hospitalizado, se faz presente por meio da atuação interprofissional. Por interprofissionalidade, de acordo com Peduzzi et al. (2013), compreende-se a articulação entre profissionais de distintas categorias na realização de atividades conjuntas que propiciam o aprendizado coletivo acerca dos papéis, conhecimentos e competências de cada área. Neste ínterim, ao dividir o cotidiano de trabalho com seis diferentes categorias profissionais que compõem as equipes, é possibilitado ao residente um pensamento coletivo em torno das problemáticas que envolvem o paciente, pondo em prática a integralidade do cuidado, que modifica os processos de trabalho, repercutindo em melhorias para pacientes e residentes. No que diz respeito aos profissionais residentes, na maioria das vezes ainda inexperientes, a interprofissionalidade ajuda a promover discussões dialógicas, ampliar habilidades pessoais e profissionais, modelar novos comportamentos e, assim, compartilhar vivências, sentimentos e percepções, como clarificado abaixo:

É a coisa do saber que tenho com quem contar, que vou ligar pra nutricionista da minha equipe, as vezes nem é da minha equipe, mas eu sei que tenho um suporte na instituição de outros residentes que me dá esse amparo, me deixa segura. Então a residência me proporciona isso" (residente 16).

Outrossim, corroborando achados da literatura (BISPO, TAVARES, TOMAZ, 2014; ROCHA, BARRETO & MOREIRA, 2016), os jovens residentes observam os benefícios da operacionalização de práticas interprofissionais para os próprios pacientes, que acabam por refletir na sustentabilidade da instituição hospitalar que estão inseridos:

Eu acho que na residência com esse formato multiprofissional, não só por mim, mas todo mundo vai sair com outra mentalidade, porque o núcleo [atividade uniprofissional] ajuda bastante, mas essa relação interprofissional, para o paciente é uma coisa absurdamente positiva, que você vê evolução, vê melhora do paciente, vê atendimento humanizado, vê condutas melhores com o paciente. Isso é mais que comprovado (residente 2).

Nesse processo de aprendizagem, o segundo ano da residência (R2) é percebido como fase de maior reconhecimento da residência e de seus objetivos pela instituição hospitalar e seu corpo de profissionais, bem como maior apropriação dos preceptores acerca do papel de supervisão e suporte ao residente, que favorece sentimento de segurança e redução do estresse vivenciado pelo jovem profissional:

Eles [preceptores] me deixam muito à vontade e eu sinto uma abertura muito grande por parte deles de eu fazer só quando eu tiver segura, então diminuiu muito o estresse. Se eu não to segura eu não vou gerar esse estresse em mim, de ser um risco pra mim e pro paciente em si (residente 2).

Percepção semelhante é relatada por outro residente, que enfatiza a importância da preceptoria na orientação e condução do residente:

Eu acho que o meu núcleo, caramba muita sorte eu tive, porque quando a gente tá enlouquecendo, a gente chega e conversa com as preceptoras, ai meu Deus, tudo muda, melhora, a gente consegue ver uma alternativa, então eu nunca consegui ficar estressada aqui e isso refletir na minha prática, porque a gente sempre teve um acesso muito fácil a elas e elas ajudarem. Quantas vezes eu tava endoidando no posto, mais no começo, e elas iam lá. Isso trás muita segurança, entendeu. (residente 3).

No contexto da residência multiprofissional, o preceptor é o profissional que atua no serviço, com formação superior na área de saúde, e tem o papel de estreitar a distância entre a teoria e a prática

na formação dos discentes. Este profissional apresenta funções de orientação, suporte, ensino e compartilhamento de experiências que melhorem a competência do discente. Almeja-se que a relação entre o preceptor e o discente seja a menos verticalizada possível, sendo estimulado o ato de pensar e construir hipóteses, além da descoberta da importância do trabalho coletivo (BARRETO *et al.*, 2011).

Outrossim, no R2 observamos também melhor adaptação dos residentes ao cotidiano de vida, trabalho e estudo, além do aprendizado de estratégias pessoais e profissionais que auxiliam na acomodação de conteúdos e práticas envolvendo todos os atores dessa rede – equipe de residentes, pacientes, profissionais da instituição, gestores, preceptores e coordenadores. Esse processo é relatado abaixo:

No R2 você acaba que se acostuma como o dia-a-dia, você acaba se habituando, ou seja, você consegue manejar melhor os problemas, as situações, tem um amadurecimento, mais experiente pra manejar o excesso de trabalho, o excesso que é tudo a residência. O R2 hoje você não fica com aquele medo, o medo do novo (residente 1). Aí eu fui aprendendo e vi que dava pra levar as coisas, sabendo dividir horário, saber que tem hora pra trabalhar, mas também tem hora pra descansar, pra estudar, foi isso que me ajudou bastante (residente 13).

- **Estresse Ocupacional e *Burnout*:**

Ao adentrar no universo da pós-graduação em serviço, muitas são as expectativas, as quais nem sempre se confirmam com a realidade cotidiana. A residência é tida como oportunidade única para aliar teoria e prática, culminando em uma *práxis* formadora de profissionais hábeis para conduzir pacientes oncológicos. Entretanto, no âmbito institucional, ainda se observa um corpo de profissionais que desconhece a proposta e os objetivos da residência multiprofissional, em parte devido ao caráter recente dos Programas e à deficiência na formação andragógica de preceptores.

As variáveis desencadeadoras de um processo de estresse ocupacional situam-se nos níveis individual, interpessoal, organizacional e sociocultural. Lazarus (1966) aponta que o principal determinante no desenvolvimento do estresse ocupacional não seriam tanto os estímulos, mas a interpretação e percepção do trabalhador acerca desses fenômenos.

Os estímulos estressores gerados no processo de trabalho, quando crônicos, são relacionados diretamente com reações emocionais de estresse, características da condição denominada esgotamento profissional (BORGES; ARGOLLO, 2003). A literatura (BENEVIDES-PEREIRA, 2003; CODO; VASQUES-MENEZES, 2004; VASQUES-MENEZES, 2007; BERNAL, 2010) aponta que a cronificação deste fenômeno é fator desencadeante para o surgimento da SB, que gera consequências negativas para a saúde física e psicológica do trabalhador, assim como para a organização na qual o profissional atua. Segundo Bernal (2010), a SB consiste em respostas cognitivas, emocionais e comportamentais ao estresse crônico no trabalho, consistindo em um mecanismo de enfrentamento e de autoproteção frente ao estresse ocasionado pelas relações trabalhador-paciente e trabalhador-instituição.

A partir da pesquisa realizada, observamos que a atuação multiprofissional em oncologia implica em diversas fontes de estimulação aversiva, como revela a residente ao afirmar que *“a residência em si é estressante, o trabalho em si, a oncologia, é muito desgastante, é intenso, é denso, tenso, e além disso tem todos os trabalhos”* (Residente 1). Assim, durante os dois anos de imersão na rotina hospitalar em cancerologia, muitos desafios precisam ser enfrentados. Nesse processo, alguns aspectos são percebidos pelos residentes como importantes estressores. A extensa carga horária, acrescida do tempo de deslocamento e de dedicação aos estudos e às atividades pedagógicas, é abordada pela quase totalidade dos entrevistados, que enfatizam o consequente distanciamento de amigos e familiares e os prejuízos no autocuidado devido rotina da residência.

No que diz respeito aos fatores relacionais, observa-se que no decorrer do primeiro ano de residência, era reservada na agenda dos profissionais uma atividade semanal de cuidador ao cuidador com duas horas de duração, promovida pelo próprio grupo de residentes, a qual buscava proporcionar atividades de convivência, descontração, estreitamento de vínculos e reflexão acerca do cotidiano de trabalho. Era um espaço dedicado à troca de saberes, expressão de sentimentos e relaxamento, onde os jovens profissionais também sentiam-se à vontade para dialogar melhorias e aprimoramento do Programa de Residência. No segundo ano não foi possível dar continuidade à atividade e, dentre outras consequências, observou-se distanciamento afetivo entre os membros da mesma equipe e entre equipes, redução do coleguismo e da comunicação e cooperação, aumento de conflitos interpessoais e da competitividade, que foram transformando um ambiente outrora harmonioso em aversivo.

Eu tive uma crise, chorei bastante, realmente fiquei muito desgastada nesse período, muito muito. Falei meu Deus do céu, vou aguentar não. Você tá ali trabalhando 10, 8 horas por dia com pessoas que você não tava falando. Eu não consigo viver num ambiente desse jeito (residente 2).

Por outro lado, no que se refere ao relacionamento entre residente e preceptoria, também foi pontuado pelos entrevistados os entraves nesse processo de diálogo e de percepção da residência, que dificultou o aprendizado e a sensação de bem-estar laboral dos jovens profissionais:

Um setor ou outro, um atrito ou outro, com pessoas que não conhecem o modelo da residência e que vê a gente como concorrência e a preceptoria eu tive desde o início. Sempre era visto dessa forma, como uma pessoa que tava se especializando, que algum dia poderia tomar a vaga (Residente 6).

De acordo com Tamayo (2009), o fator ausência de coleguismo, ainda que não esteja elevado, gera sensação de falta de apoio e união entre os colegas, aspectos fundamentais em atividades de trabalho realizadas em equipe, como é o caso da residência multiprofissional em ambiente hospitalar. Apesar dos comportamentos de coleguismo serem muito relevantes nesse ambiente, características típicas do trabalho na residência, como ritmo intenso, ambiguidade de papéis, reduzida autonomia e sobrecarga, podem dificultar a formação de equipes coesas e estáveis, impedindo a construção de redes de suporte social.

Este movimento gera, no residente, sensação de insegurança e ambivalência de sentimentos: por um lado, a tão sonhada residência e a oportunidade de aprendizado em serviço, por outro a percepção do residente de que havia, por parte da preceptoria, o estabelecimento de relação de competitividade e verticalização do poder, que desemboca na redução do aprendizado dialógico e das possibilidades de construção e reconstrução de conhecimentos e habilidades, como explicado abaixo:

Eu me sinto retaliada o tempo todo, o tempo todo! Elas fazem de tudo pra derrubar a pessoa, pra testar, pra desdizer e desfazer o que você disse, mesmo você estando correta. É desqualificar, pra elas. Não são todos, tá? Mas é como se só fossem elas as donas do saber, sabe? (residente 17).

Aliado a esse fator, outros apontaram o sentimento de alívio e satisfação sentido pelos profissionais do setor na chegada de um residente, por saber que poderia auxiliar na execução das tarefas e na redução da sobrecarga de trabalho.

A relação profissional-profissional é mais estressante, de enfermeiro pra residente, você vê pela postura de alguns dizendo “eu ganhei um residente”, “eu tenho um residente”, como se a gente fosse um objeto, fosse um estagiário, que tudo que você for fazer você tem que prestar conta, entendeu. Isso é uma coisa geral, em toda instituição (residente 15).

Esse aspecto foi amplamente relatado pelos residentes, e reflete questões macroeconômicas da própria realidade de precarização dos postos de trabalho em saúde no Brasil, que se traduz no reduzido número de profissionais com grande quantidade de procedimentos a serem realizados, na maioria das vezes com salário reduzido e condições de trabalho precárias: “*Uma coisa que me estressa: más condições de trabalho, não tem coisa pra me deixar mais irritada do que tá num calor insuportável, tá em pé por horas, não poder almoçar, uma cama do paciente que não consigo regular*” (residente 4).

De acordo com Benevides-Pereira (2002), a sobrecarga tem sido uma das variáveis mais apontadas na predisposição ao *burnout* e diz respeito à qualidade e quantidade excessiva de demandas que ultrapassam a capacidade de execução, seja por insuficiência técnica, de tempo ou de infraestrutura organizacional. O relato abaixo ilustra o exposto:

Teve situação de eu quase passar mal pela quantidade de coisa que tinha pra fazer, por mais que não fosse minha responsabilidade, eu não podia simplesmente deixar minha colega e sair. Gera insatisfação, porque tem várias intervenções de cuidado que eu queria implementar no paciente, mas não tenho como, porque eu faço 30 curativos e mais procedimentos e registrar e não tinha como avaliar nada (residente 4).

Concomitante a esse processo, cursa a insatisfação sentida pelos residentes diante do não-reconhecimento – por parte da preceptoria, corpo de *staffs* e gestão – do desempenho e trabalho realizado. Observamos, na postura dos residentes, que a participação nas atividades de trabalho, em muitos momentos, foi mantida por fuga e esquiva, em virtude dos fatores estressores percebidos no processo de trabalho e no exercício profissional (lidar com paciente oncológico em situação de intenso sofrimento e com inúmeras demandas). Tais respostas se materializaram na redução da frequên-

cia nas atividades por atrasos, absenteísmo, fuga do local de trabalho e na realização de outras, não pela compreensão do sentido da tarefa, mas pela esquivia da punição (acumular horas a compensar, receber advertências e críticas da preceptoria e coordenação).

Relatos de distintas categorias profissionais abordam o impacto psicológico e emocional do trabalho no contexto oncológico, que envolve lidar cotidianamente com sofrimento, má notícia, finitude e morte.

Outrossim, o discurso dos residentes evidencia uma linha tênue entre a necessidade do estabelecimento de um vínculo para desenvolvimento da atividade laboral e o envolvimento pessoal com o paciente.

A doença oncológica em si, ela às vezes afeta em mim vários sentimentos, do afeto com o paciente. Não consigo separar, então me sinto sensibilizada e essa minha produção cai, né. E sofro muito com as histórias, me envolvo bastante. Não sei até que ponto isso é saudável ou não, até que ponto é evitável humanamente. (residente 2).

Nesse processo, muitos residentes visualizam o vínculo com o paciente como uma dicotomia: ou ocorre o envolvimento pessoal – que é confundido com sensibilização, empatia e humanização – ou distanciamento, frieza e desumanização diante da morte:

Eu acabo vinculando com as pessoas, sofrendo junto com elas. E por incrível que pareça, eu sei que eu tenho que achar esse dosador, mas eu nunca quero perder essa sensibilidade. Eu nunca quero perder isso, mas sei que dentro de mim tenho que procurar esse limite porque eu sei que isso pra mim isso acaba sendo adoecedor. Isso pra mim é o grande desafio de tudo (Residente 17).

Há um conflito estabelecido entre a necessidade do desenvolvimento do vínculo para a efetivação das ações de cuidado e o sofrimento decorrente da perda do objeto do afeto por morte, alta ou mudança de setor. Nessa tríade trabalho-afeto-cuidado, o

residente vivencia um constante paradoxo dualista entre o vincular-se ou não vincular-se (VASQUES-MENEZES, 2007), no qual a escolha parece gerar tensão emocional e sofrimento psíquico.

Outro fenômeno observado foi a identificação dos profissionais com o paciente. O contato contínuo com o sofrimento e com a morte confronta os profissionais do cuidar com a sua própria fragilidade, finitude e mortalidade (TEIXEIRA, 2013).

É uma coisa que traz sofrimento você tá acompanhando e saber que pode acontecer com você e eu sempre penso muito na minha família. Quantas vezes eu tava na UTI e eu via deitada a minha irmã, a minha mãe, então pra mim é complicado, eu sofro demais, principalmente se for jovem (Residente 3).

Diante disso, constatamos o despreparo do residente para lidar com as implicações psicológicas e emocionais do contexto oncológico. Figueiredo e Campos (2014) abordam a estratégia do grupo de apoio Paidéia, realizado periodicamente junto aos profissionais de saúde, que tem a finalidade de refletir e intervir coletivamente sobre a prática. A estratégia de discussão de casos propicia compreensão sobre a relação terapêutica individual e em equipe, na qual os trabalhadores percebem as conexões de afetos, poderes, saberes e interesses que permeiam as atividades de cuidado ao paciente. O compartilhamento de reflexões, experiências e expressões favorece a criatividade e o suporte psicossocial no ambiente de trabalho, além de intervenções e conexões entre o conhecimento e a prática, conferindo sentidos ao processo de trabalho.

Assim, no âmbito profissional, faz-se necessário ampliar e fomentar na residência estudos que possam ressignificar conceitos e instrumentalizar para a atuação nessa área. No âmbito institucional e interpessoal, é preciso reservar momentos para promoção de atividades de cuidado ao cuidador, incluindo os grupos de expressão e compartilhamento de experiências que abordem os limites e possibilidades de intervenção. No âmbito pessoal, é importante

o investimento na espiritualidade e na realização do acompanhamento psicológico, a fim de fortalecer os recursos de enfrentamento e possibilitar a elaboração das vivências de perda e luto.

Após o exposto, observamos que, dos estímulos estressores referidos acima, o componente atribuído às relações interpessoais (residente-residente, residente-preceptor, residente-demais *staffs*, residente-paciente) foi o mais acentuado e salientado pelos entrevistados, em virtude dos percalços vivenciados, que contribuíram significativamente para o desgaste e esgotamento mental dos profissionais residentes.

Isto posto, neste estudo adotamos perspectiva sociopsicológica do *burnout* (MASLACH; JACKSON, 1981), que confere participação especial das variáveis socioambientais no processo de desenvolvimento da síndrome. Outrossim, também adotamos o Critério de Grunfeld (GRUNFELD et al., 2000), que é mais abrangente por identificar sinais de esgotamento profissional em qualquer uma das dimensões do *burnout*. Assim, tanto os aspectos individuais quanto as condições e relações laborais compõem a complexa rede que promoveria o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional.

Partindo desse pressuposto, observamos no grupo em estudo maior apresentação de aspectos relacionados às dimensões exaustão emocional e redução da realização profissional do que despersonalização. Os dados sociodemográficos evidenciam amostra composta eminentemente por mulheres jovens e solteiras, em exercício de sua primeira função laboral após a graduação. Desta feita, os achados corroboram a literatura (BENEVIDES-PEIREIRA, 2002) quanto aos fatores sociodemográficos que predis põem o desenvolvimento de *burnout*.

No que diz respeito à reduzida realização profissional, observamos que se trata de uma amostra composta por profissionais

jovens, em sua maioria recém-formados, confirmando a literatura (MARTINEZ, 1997; MOREIRA *et al.*, 2009), que aponta menor realização em trabalhadores jovens, quando comparados aos mais velhos. Isso pode ser explicado pelo fato de que, no início da profissão, esses profissionais se encontram em um momento de reconhecimento, quando as expectativas idealistas se chocam com a realidade e adversidades da prática.

Os achados também corroboram a literatura (BENEVIDES-PEREIRA, 2002) no que diz respeito ao sexo. De modo geral, as mulheres apresentam nível mais elevado de exaustão emocional e os homens de despersonalização, o que explica o fato do presente estudo ter constatado baixos níveis nessa última dimensão. O motivo para essa diferenciação entre os sexos pode ser explicado pelo viés do gênero: no geral, as mulheres, por expressarem suas emoções livremente, expõem mais suas dificuldades e conflitos, o que pode aliviar os sentimentos negativos relacionados ao trabalho. Já o público masculino, após período de contenção das emoções, passa a expressá-las apenas quando se tornam insuportáveis.

Outrossim, conforme Tamayo (2009), é possível que o discurso dos residentes evidencie nível mais alto na variável exaustão emocional, em virtude de respostas mediadas pela deseabilidade social, uma vez que há maior facilidade em admitir sentimentos de estresse e desgaste do que revelar a adoção de atitudes de indiferença e distanciamento dos pacientes ou a presença de sentimentos de inadequação e falta de realização pessoal e profissional no trabalho.

Considerando a dimensão da exaustão emocional (CODO; VASQUES-MENEZES, 2004), observamos na amostra em estudo o predomínio dos seguintes sintomas: crença de que os objetivos no trabalho não serão alcançados, percepção de que o trabalho exige demais de si mesmo, baixa autoestima profissional, sensação de esgotamento, cansaço e falta de energia, sentimentos de frustração e insatisfação relacionados ao trabalho.

Quanto à baixa realização profissional, observamos nos entrevistados comportamentos verbais que sugerem desmotivação, desesperança e desinteresse na proposição de alternativas para lidar com situações adversas do trabalho. Alguns apresentaram baixa tolerância emocional e esquiva do envolvimento no trabalho. Escassa percepção de querer realizar um pouco mais do que já vem fazendo, além de evitar envolvimento no trabalho, de forma a dar solução aos problemas.

No que diz respeito à dimensão despersonalização (CODO; VASQUES-MENEZES, 2004), evidenciamos nos entrevistados ausência de confiança relativa à organização, colegas e pacientes, evitação de contatos físicos e emocionais com colegas e pacientes, contudo em menor frequência quando em relação às demais dimensões.

As consequências do estresse ocupacional e *burnout* nos residentes acarretam dificuldades para todos os envolvidos nessa rede de relações – pacientes, residentes, *staffs*, preceptores, coordenadores e gestores. Dentre as consequências físicas e psicológicas, as mais citadas foram as alterações de humor (humor deprimido, disfórico e ansioso), ganho de peso, insônia/hipersonia, exaustão e manifestações psicossomáticas.

Me sentia fadigada, muito cansada mental e fisicamente. Ficava sem disposição pra fazer nada. Chegava em casa fazia nada. Aí foi aí que eu engordei muito. Engordei mais de 10kg em 6 meses na residência. Gera ansiedade, comer, ficar pensando aquilo, aí quanto mais você pensa mais demanda que aparece. Aí pensava “vou ficar gorda, vou adquirir um câncer”, aí você pensa em um monte de coisa, e pessoal também tinha vezes que eu ficava mais retraída. Pessoal chamava, vamo sair, e eu vamo não, ficar em casa mesmo (residente 5).

Quanto às consequências sociais, foi salientado o isolamento psicossocial, principalmente de amigos e familiares:

Chegava em casa eu não falava com ninguém, só me trancava no quarto e minha tia sempre perguntando o que tava acontecendo, mas eu dizia que eu não tinha problema e não contava pra ela. Eu chegava todo dia e chorava quando tava tomando banho, então eu acho que naquele momento eu precisava de ajuda e não me permiti.

O isolamento reduz as possibilidades de compartilhamento das vivências e de expressão com a rede de suporte social, sendo prejudicial tanto a nível individual quanto a nível laboral, uma vez que as atividades da residência implicam na necessidade do estabelecimento de comunicação dialogada para o trabalho em equipe interprofissional.

Aliado a isso, também foram apontadas e observadas outras consequências relacionadas ao trabalho na residência multiprofissional, principalmente o absenteísmo, os atrasos e o aumento de atestados médicos, assim como a desmotivação e queda na produtividade. Segundo Benevides-Pereira (2002), os sintomas associados ao *burnout*, como esgotamento, desatenção, exaustão, irritabilidade e insatisfação reduzem o desempenho e a produtividade do trabalhador. Algo semelhante ocorre com relação ao absenteísmo, que cresce à medida que o processo do *burnout* avança. As faltas e os atrasos são encarados como comportamentos de fuga e esquiva das situações aversivas de trabalho, gerando sensações ambivalentes: alívio por escapar do trabalho naquele momento e ansiedade por saber do retorno em breve para o mesmo contexto, como expõe a residente 17: “*Eu já sei dos dias horríveis que eu tenho. A minha estratégia é não chegar tão cedo pra eu não sofrer tanto, porque é sofrimento mesmo, é horrível*”.

Também é abordado pelo residente o caráter inédito das manifestações do *burnout* em seu repertório de comportamento. Esses achados corroboram a literatura (BENEVIDES-PEREIRA, 2003) ao confirmar que a SB acomete pessoas historicamente comprometidas e de dedicadas com as funções de trabalho.

Coisas fisiológicas apareceram e psicológicas de você querer chorar, de não sentir vontade de trabalhar mais, de não querer ir trabalhar. Coisas que eu nunca tinha sentido nos meus 6 anos de profissão. Eu sempre trabalhei e nunca tive um estresse agudo como foi nesse período que a gente esteve aqui (residente 6).

Na esfera institucional, os efeitos do *burnout* se traduzem na diminuição tanto da produção quanto da qualidade do trabalho executado, na alta rotatividade, no incremento de acidentes ocupacionais, na visão negativa que o trabalhador tem da instituição, denegrindo a imagem dessa e acarretando importantes prejuízos financeiros que afetam diretamente a sustentabilidade e a assistência prestada ao paciente. Este processo é confirmado pelo Residente 2:

Minha produtividade cai, porque eu não durmo, não consigo estudar, minha concentração fica quase zero. Minha relação com paciente muda, acaba que eu não sou 100% com ele, vou lá e faço o que tem que fazer, quando eu poderia fazer um pouco a mais, então eu não faço.

Os resultados obtidos corroboram Benevides-Pereira (2002) ao identificar no grupo de residentes consequências biopsicossociais e ocupacionais que refletiram negativamente na saúde dos residentes, nas relações interpessoais dentro e fora do contexto hospitalar, bem como na frequência e no desempenho das atividades profissionais.

Benevides-Pereira (2002) expõe que o indivíduo com SB não necessariamente apresentará todas as manifestações sintomáticas. O grau, o estilo e a quantidade de sintomas dependerá da combinação entre fatores individuais, ambientais/laborais e a etapa em que a pessoa se encontra no processo de desenvolvimento da problemática (GRUNFELD *et al.*, 2000). Cada um dos componentes deve ser analisado separadamente como uma variável contínua com níveis alto, moderado e baixo e não como uma variável dicotômica.

De acordo com Grunfeld *et al.* (2000), as manifestações que compõem a dimensão exaustão emocional são consideradas o primeiro estágio da síndrome, sendo, portanto, centrais para a experiência do *burnout*. Por outro lado, a dimensão despersonalização é apontada como a última dimensão a interferir na atividade de trabalho do profissional. Isto justifica os resultados obtidos pela pesquisa em tela: a maioria dos entrevistados atravessa um processo de *burnout*, contudo ainda não suficiente para alterar a dimensão relacional junto ao paciente.

• Estratégias de Enfrentamento

As estratégias de enfrentamento ou o processo de *coping* diz respeito aos recursos cognitivos e comportamentais que o trabalhador lança mão, a fim de lidar com as demandas agudas e crônicas de estresse no ambiente laboral (SILVA; GOMES, 2009; BERNAL, 2010), de modo que diferentes estilos de enfrentamento produzem consequências distintas ao indivíduo.

Nesse tópico, focaremos as estratégias de enfrentamento proativas individuais devido sua recorrência nas falas dos entrevistados. As estratégias individuais centram-se na tentativa do sujeito amenizar ou solucionar o problema em curso, modificando a fonte, o significado, a percepção do estímulo estressor ou o controle dos sentimentos de insatisfação produzidos pelo estresse (BERNAL, 2010).

Mediante o discurso dos entrevistados foi possível observar as estratégias de enfrentamento no âmbito pessoal e profissional em curso. Quanto aos aspectos de âmbito profissional, os residentes revelaram a interação com o paciente e com a equipe interprofissional, o processo de aprendizagem e ampliação de conhecimentos; o reconhecimento; o envolvimento nas atividades e a consequente produção de sentido(s) ao trabalho desempenhado como aspectos-chave do enfrentamento.

Neste íterim, os residentes salientam que o reconhecimento pelo trabalho desenvolvido provém, em sua maioria, do próprio paciente e seus familiares, assim como da equipe que integra. Outrossim, o estudo individual e coletivo, incluindo as temáticas da tanatologia e dos cuidados paliativos, também é apontado como recurso favorecedor de *insights* e da compreensão sobre as vicissitudes que acompanham o adoecimento por câncer.

Quanto aos aspectos de âmbito pessoal, os residentes comentam o lazer, compartilhamento de vivências com amigos e familiares, espiritualidade, psicoterapia, atividade física e o estreitamento de vínculos com equipe de trabalho como importantes recursos de enfrentamento: “*Você sente uma coisa de amparo, de tipo cara eu tô aqui me matando, mas eu tô amparada pela minha equipe, meu núcleo*” (Residente 4).

As técnicas individuais de enfrentamento do *burnout* são relevantes, contudo, costumam ser ineficazes quando utilizadas isoladamente (BERNAL, 2010). As técnicas organizacionais que consistem em modificações na instituição, assim como as técnicas grupais que fomentam o apoio e o suporte social, são mais eficazes no enfrentamento consistente e saudável da problemática.

Diante da conjuntura exposta, evidencia-se que o estabelecimento de rotinas de treinamento e de desenvolvimento de habilidades pessoais e profissionais junto aos colaboradores é imprescindível para promover a ampliação do repertório comportamental que forneça subsídios mais consistentes para o enfrentamento da questão em discussão. Dentre as abordagens, mostram resultados promissores o treinamento para a resolução de problemas, estratégias de comunicação, gerenciamento do tempo e ampliação de repertório de comportamento e assertividade, além da articulação de espaços coletivos, democráticos e científicos destinados à problematização, socialização de saberes e reflexões voltadas à ação no campo (ROBLES; MOSQUERA, 2008; BERNAL, 2010; MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015).

Considerações Finais

Durante a realização da pesquisa, chamaram a atenção os tensionamentos e significados atribuídos pelos entrevistados à experiência da residência multiprofissional, percebida como oportunidade grandiosa de aprendizado e amadurecimento profissional e fonte de intenso estresse e *burnout*. Dentre os diversos estímulos estressores salientamos o componente relacional como primordial para o desencadeamento da síndrome de *burnout* (SB). Neste ínterim, o espectro de diferenças individuais apresentadas pelos residentes indica que um mesmo estímulo estressor pode evocar diferentes respostas. A natureza do estresse e a severidade do *burnout* dependem, assim, da percepção da demanda, qualidade da resposta emocional e do processo de enfrentamento (*coping*) mobilizado pelo sujeito.

Um aspecto que também merece ser destacado em relação à SB no grupo de residentes é a vivência do luto. O trabalho em postos de cuidado no âmbito da oncologia envolve a tensão permanente entre a necessidade de estabelecimento de um vínculo afetivo e a impossibilidade de concretizá-lo. Há uma expectativa de que os jovens profissionais sejam compassivos e capacitados a prover conforto àqueles que sofrem. No entanto, muitas vezes não têm tempo e espaço para elaborar seu próprio pesar pelo sofrimento e morte de seus pacientes. O luto não elaborado pode transbordar, interferindo na capacidade de investir emocionalmente nos pacientes e traduzindo-se em exaustão emocional, baixa realização pessoal e despersonalização.

Os achados da presente pesquisa podem auxiliar na tomada de decisões quanto à implementação de projetos de cuidado ao cuidador, treinamento e educação permanente a fim de promover a socialização de saberes e práticas, melhorias das condições de trabalho, ampliação da comunicação e coesão e a reflexão sobre a saúde mental dos trabalhadores.

Compreendemos que a SB é passível de ações preventivas e reabilitadoras a nível individual, grupal e organizacional. Dentre essas estratégias, o presente estudo evidenciou que o acompanhamento, supervisão, orientação e suporte da preceptoria e coordenação, assim como da equipe de trabalho; a definição das tarefas e objetivos profissionais, reduzindo a ambiguidade de atribuições nos papéis desempenhados; a implementação de grupos de cuidado ao cuidador e fortalecimento da coesão grupal, assim como a potencialização do trabalho em equipe e de estratégias andragógicas de aprendizagem mostram benefícios consistentes a todos os envolvidos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Sem a pretensão de dar a temática por encerrada, sugiro que outros estudos sejam realizados e espero que esta pesquisa contribua para a reflexão sobre os cuidados com a saúde mental dos residentes multiprofissionais em oncologia e demais trabalhadores da saúde. Tais medidas repercutem em um posicionamento crítico perante a necessidade de investimento em tecnologias leves e leve-duras, que sejam revertidas em melhoria das condições laborais nos postos de saúde e maior sustentabilidade da instituição hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, E. L. *et al.* Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, v. 22, n. 2, p. 22-29, 2002.

ARAÚJO, T. A. M. *et al.* Multiprofessionality and interprofessionality in a hospital residence: preceptors and residents' view. **Interface**, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1977.

BARRETO, V. H. L. *et al.* Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: Um termo de referência. **Rev Bras Educ Med.**, v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. **InterAção Psy**, v. 1, n. 1, p. 4-11, 2003.

BERNAL, A. O. **Psicologia do trabalho em um mundo globalizado**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

BISPO, E. P. F.; TAVARES, C. H. F.; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: O olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 18 n. 49, p. 337-350, 2014.

BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T. A. Síndrome de *burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF: Editora MS, 2006.

CARVALHO, W. B. *et al.* Estudo preliminar sobre o estresse ocupacional de médicos e enfermeiros em UTI pediátrica e neonatal: O equilíbrio entre esforço e recompensa. **Rev Latino-Americana de Enferm**, v. 18, n. 1, p. 1-6, 2010.

CODO, W.; SORATTO, L.; VASQUES-MENEZES, I. Saúde mental e trabalho. *In*: J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & V. B. Bastos. (Orgs.), **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil** (pp. 277-299). Porto Alegre, RS: Artmed, 2004.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa. Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

DIAS, S.; QUEIROZ, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de *burnout* e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. **Aletheia**, v. 32, n. 1, p. 4-21, 2010.

EBLING, M.; CARLOTTO, M. S. Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. **Trends Psychiatry Psychother.**, v. 34, n.2, p. 93-100, 2012.

FABICHAK, C.; SILVA-JUNIOR, J. S.; MORRONE, L. C. Síndrome de *burnout* em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. **Rev Bras Med Trab**, v. 12, n. 2, p. 79-84, 2014.

FERNANDEZ, J. M. *et al.* Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. **Atención primaria**, v. 40, n.7, p. 502-517, 2008.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, G. W. S. Paideia support as a methodology for healthcare education processes. **Interface (Botucatu)**, v. 18 n. 1, p. 931-943, 2014.

GARROSA, E. *et al.* The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 45, n. 1, p. 418-427, 2008.

GLASBERG, J. *et al.* Prevalence of the burnout syndrome among brazilian medical oncologists. **Rev Assoc Médica Brasil**, v. 53, n. 1, p. 85-89, 2007.

GRUNFELD, E. *et al.* Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **CMAJ**, v. 163, n. 1, p. 166-179, 2000.

GUTIERREZ, M. T. A.; ALCÂNTARA, S. M. Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas. **Salud de los Trabajadores**, v. 14, n. 1, p. 19-30, 2006.

HERNÁNDEZ, J. R. Stress and Burnout in health professionals at the primary and secondary health care levels. **Rev. cuba. salud pública**, v. 29, n. 2, p. 103-110, 2003.

INOUE, K. C. *et al.* Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. **Rev. bras. Enferm.**, v. 66, n. 5, p. 722-729, 2013.

JEX, S. M. **Organizational psychology: A scientist-practitioner approach.** New York, NY: John Wiley & Sons, Inc, 2002.

LAZARUS, R. S. **Psychological stress and the coping process**. New York: McGraw-Hill, 1966.

LIMA, R. A. S. *et al.* Vulnerabilidade ao *burnout* entre médicos de hospital público do Recife. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1051-1058, 2013.

LOURENÇO, E. A. S., BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Rev Brasil de Saúde Ocupac**, v. 32, n. 115, p. 121 - 134, 2007.

MACIEL, R. H. M. O; SANTOS, J. B. F.; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: Um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 40, n. 131, p. 75-87, 2015.

MARTÍNEZ, J. C. A. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. **Rev Esp Salud Pública**, v. 71, n. 1, p. 293-303, 1997.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, v. 2, n. 1, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C. **Burnout: the cost of caring**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice - Hall, 1982.

METZKER, C. A. B.; MORAES, L. F. R.; PEREIRA, L. Z. O Fisioterapeuta e o Estresse no Trabalho: Estudo em um Hospital Filantrópico de Belo Horizonte-MG. **Rev Gestão & Tecnol**, v. 12, n. 3, p. 174-196, 2012.

MOREIRA, D. S. *et al.* Prevalência da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, 2009.

MOREIRA, M. G.; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de análise do comportamento**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2007.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da Escala de Estresse no Trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PIKO, B. F. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 43, n. 1, p. 311-318, 2006.

ROBLES, L. S. B.; MOSQUERA, N. P. S. Acciones para manejar el estrés laboral de las enfermeras em servicios de oncología. **MedUNAB**, v. 11, n. 2, p. 154-161, 2008.

ROCHA, F. A. A.; BARRETO I. C. H. C.; MOREIRA, A. E. M. M. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 57, p. 415-426, 2016.

ROQUE, H. *et al.* Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3087-3097, 2015.

SANTOS, A. F.; SANTOS, M. A. Estresse e Burnout no Trabalho em Oncologia Pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura. **Psicol. cienc. Prof.**, v. 35, n. 2, p. 437-456, 2015.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. **Psicol. Estud.**, v. 15, n. 2, p. 245-253, 2010.

SCHMIDT, D. R. C. Modelo Demanda-Controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: Revisão integrativa. **Rev. bras. Enferm.**, v. 66, n. 5, p. 779-788, 2013.

SCHMIDT, D. R. C. *et al.* Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 1, p. 13-27, 2013.

SILVA, J. L. *et al.* Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de *burnout* entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 125-133, 2015.

SILVA, M. C. M.; GOMES, A. R. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 239-248, 2009.

SOUZA, M. A. S. L. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos**, v. 9, n. 2, p. 334 – 344, 2010.

TAMAYO, M. R. *Burnout*: Implicações das Fontes Organizacionais de Desajuste Indivíduo-Trabalho em profissionais de enfermagem. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 22, n. 8, p. 474-482, 2009.

TEIXEIRA, J. M. B. **Burnout e qualidade de vida de profissionais de saúde em contexto hospitalar de cuidados paliativos oncológicos**. 2013 (Dissertação de Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2013.

TORRES, B.; GUARINO, L. Diferencias individuales y burnout en médicos oncólogos venezolanos. **Universitas Psychologica**, v. 12, n. 1, p. 95-104, 2013.

Tucunduva, L. T. C. M. *et al.* A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 2, p. 108-121, 2006.

UCHIDA, S. Trabalho informatizado e sofrimento psíquico. **Psicologia USP**, v. 9, n. 2, p. 179-204, 1998.

ULHÔA, M. A. *et al.* Estresse ocupacional dos trabalhadores de um hospital público de Belo Horizonte: Um estudo de caso nos centros de terapia intensiva. **REGE**, v. 18, n. 3, p. 409-426, 2011.

VASQUES-MENEZES, I. Saúde Mental e Trabalho: Aplicações na prática clínica. In: M. G. Jacques, W. Codo. **Saúde Mental e Trabalho**: Leituras. Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2007.

WILLIAMS, E. S. *et al.* The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. **Health care management review**, v. 32, n. 3, p. 203-212, 2007.

UNIDADE II

**COMUNICAÇÃO E SUAS
PECULIARIDADES**

2.1 COMUNICAÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA: OS DITOS E NÃO DITOS⁶

Danielle Feitosa Araújo

*A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
(Clarisse Lispector)*

Introdução

O processo de mudança do perfil demográfico da população, o chamado ‘envelhecimento’, associado a mudanças comportamentais, alimentação, qualidade de vida e elevada exposição a fatores de risco, trouxe alterações no perfil de morbimortalidade que coloca as doenças crônico-degenerativas como nova preocupação da população brasileira. Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil) (INCA, 2019).

Importante destacar que em comparação com as mulheres, as taxas de incidência apontam um maior número em homens, mostrando maior vulnerabilidade desse gênero a esta enfermidade, em homens (215,86/100 mil) e para mulheres (145,00/100 mil) (INCA,2019). O câncer de próstata aparece para os homens como a segunda causa de óbito, superado pelo de pele não melanoma. Tal estatística pode estar relacionada a diversos fatores, onde po-

⁶ Trabalho de Conclusão da Residência, apresentado ao Programa de Pós Graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Cancerologia, da Escola de Saúde Pública do Ceará.

demos apontar, o distanciamento dos homens a ações de cuidados preventivos, as dificuldades do sistema de saúde que acabam por priorizar o cuidado a mulheres, crianças e idosos desencadeando o sentimento de não pertencimento dos homens a esse espaço, entre outros. (MARTINS; MORAIS, 2013).

Apesar dos avanços tecnológicos falar de câncer é abordar algo cuja dimensionalidade assusta pacientes e familiares, visto que tal diagnóstico, para alguns sujeitos, implica necessariamente em uma sentença de morte. Comunicar o câncer é algo que está para além do conhecimento da patologia, devendo o profissional estar ciente que, toda e qualquer intervenção terapêutica, trará repercussões que ultrapassam a esfera do orgânico, tendo também um caráter psicológico e social que devem estar em pauta, durante o plano terapêutico proposto (JONAS *et al.*, 2015).

Diante da imprevisibilidade da doença oncológica, o câncer está associado a sensações de vulnerabilidade e ansiedade, ocasionados pelo desconhecido. Assim sendo, a comunicação aparece como uma das ferramentas terapêuticas imprescindíveis no diagnóstico/tratamento/recuperação dos pacientes (MARTINS; MORAIS, 2013).

Tendo em vista as repercussões físicas e psicológicas que o câncer de próstata poderá provocar no sujeito durante este processo, alguns questionamentos surgiram: Como ocorre o processo de comunicação do procedimento a ser realizado conforme a percepção do paciente? O que o paciente compreende do que foi comunicado? Quais sentimentos perpassam o sujeito após a comunicação? Qual seria a melhor forma de comunicar, segundo o paciente?

Metodologia

O estudo realizado utilizou-se da hermenêutica do sujeito, em uma abordagem qualitativa, tendo como núcleo de estudo o modo como se dá a comunicação, refletindo sobre esta no mo-

mento e após o diagnóstico de câncer de próstata. A utilização desta técnica permitiu a compreensão de um objeto de estudo construído historicamente, o processo de comunicação entre médico e paciente, sendo este, portanto, complexo (CARDOSO; SANTOS; ALLOUFA, 2013).

A técnica de análise hermenêutica do sujeito preserva, da hermenêutica, a possibilidade de interpretação dos sentidos que os indivíduos elaboram em seus discursos e se combina à compreensão de tais sentidos face às contradições que lhes constituem e ao seu contexto social e histórico por meio da lógica (MINAYO, 2004). A hermenêutica trabalha na busca de compreensão de sentido que ocorre entre os seres humanos, tendo como núcleo central a linguagem. Já no sujeito busca os fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e recíprocos para realizar uma crítica sobre eles (ALENCAR *et al.*, 2012).

A pesquisa foi realizada em um hospital de referência no tratamento oncológico de Fortaleza. Os sujeitos participantes da pesquisa foram pacientes encaminhados ao ambulatório de urologia com suspeita de câncer de próstata. Os critérios de inclusão: pacientes com suspeita de câncer de próstata, com idade a partir dos 50 anos, visto que a tal patologia é diagnosticada em homens acima dos 65 anos e somente 1% em homens abaixo de 50. (INCA, 2019). Os critérios de exclusão utilizados foram: pacientes com dificuldades auditivas e cognitivas importantes que possam vir a dificultar a compreensão da atividade a ser realizada. (KRUMWIEDE; KRUMWIEDE; NORMA, 2014).

Dentro do perfil supracitado participaram da pesquisa 17 pacientes. Por serem todos provenientes do interior, e no intuito de respeitar a identidade dos mesmos, foi dado aos informantes nomes de grandes personalidades do sertão. Para a definição do número de participantes foi utilizado o conceito de amostragem por saturação, ferramenta utilizada em estudos qualitativos que

define o número de sujeitos que participarão da pesquisa partindo da interrupção da captação de novos componentes, quando observam-se repetições ou redundâncias nos dados obtidos (FONTANELLA, *et al.*, 2011).

A coleta de dados foi realizada de janeiro a fevereiro de 2016, no ambulatório de urologia, em dois momentos: 1. Observação não participante no momento do diagnóstico, sendo tais dados registrados em diário de campo, onde foram observados e relatados os processos de comunicação verbal e não verbal entre médico e paciente. A observação não participante se organiza de forma que o entrevistador entra em contato com a comunidade sem integrar-se a ela, agindo como expectador (MARQUES, 2016); e 2. Entrevista semiestruturada com o paciente, logo após o diagnóstico. A escolha pelo uso de uma entrevista semiestruturada, também conhecida como ‘despadronizada’, se deu devido a apresentar maior liberdade no desenvolvimento da questão escolhida a ser trabalhada (LAKATTOS, 2011).

A partir da Hermenêutica do sujeito levou-se em conta os sentidos das falas dos sujeitos, face ao contexto histórico onde e pelo qual foi produzido. Assim, para a análise do material coletado, diário de campo e entrevistas transcritas, foi realizado uma leitura a fim de compreender as falas dos pacientes e a comunicação realizada no momento do diagnóstico a partir da relação estabelecida entre médico e paciente, estabelecendo uma atitude crítica frente aos dados obtidos.

A pesquisa seguiu todos os procedimentos éticos de pesquisa, conforme as normas nacionais e internacionais de pesquisas com seres humanos. A coleta de dados partiu da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar, sob o número de parecer 1.374.763.

Resultados

Neste estudo sobre a comunicação do diagnóstico do câncer de próstata foi possível observar a forma como a transmissão de uma má notícia é realizada. O discurso dos pacientes revelou ser permeado de medo frente ao diagnóstico de câncer, uma doença ainda vista como sentença de morte e, especificamente no caso do câncer de próstata, como uma ameaça à sua imagem de homem. É o sofrimento do que não se conhece, do desamparo, do homem do interior, que se desloca do papel de chefe do lar para ocupar o lugar de paciente.

Os 17 homens das mais diversas regiões trazem em sua fala, seu olhar e em sua cultura que ao encontrar com o ‘doutor’ veem a possibilidade do cuidado, porém não percebem este como um dever do Estado e sim como um favor, justificando a rapidez do atendimento ou a não compreensão do que foi dito como algo que já faz parte de sua vida sofrida.

A partir das anotações realizadas no diário de campo e das transcrições das entrevistas, foram catalogadas quatro grandes categorias e 10 subcategorias:

Categorias	Subcategoria
1 . C o m u n i c a ç ã o diagnóstica	1.1 Não Vinculação (Médico x Paciente) 1.2 Despersonalização 1.3 Poder do discurso médico 1.4 Ruídos/não ditos 1.5 Comunicação de má notícia
2.Espiritualidade como suporte do paciente.	2.1 Espiritualidade como estratégia de enfrentamento do problema. 2.2 Religiosidade
3.Comunicação x Identidade	3.1Questões culturais 3.2 Econômicas 3.2 Subserviência
4. A comunicação x Doença	4.1 Questões de gênero relacionadas ao cuidado a saúde. 4.2 Tratamento.

- **Comunicação diagnóstica**

A primeira categoria compreende toda relação médico x paciente que vai além da comunicação diagnóstica, à medida que se inicia no momento em que este informante é chamado ao atendimento ambulatorial e tem como fim a alta do tratamento oncológico ou óbito. Dessa maneira, a relação estabelecida entre essa diáde pode atuar como facilitador ou dificultador de todo processo de cuidados.

Foi observado que a não vinculação perpassa todo atendimento, não há troca. O médico pergunta sobre os sintomas e esquece o paciente, informa o tratamento que será realizado e o mesmo movimentava a cabeça de forma afirmativa. Não se quer saber do paciente. Podemos exemplificar tal subcategoria a partir da fala de Lampião: *“Ele não fala muito. Só pergunta e a gente responde. Mas deve ser o jeito dele, calado”*.

A partir da não vinculação, o paciente acaba por ser despersonalizado, se desnuda de toda uma vida, de sua história, passando a ser o número de um prontuário ou um diagnóstico. Pacientes que nunca saíram de seu interior e do seu roçado são retirados de sua rotina sem que possam compreender o porquê e o para quê. Tal subcategoria pode ser representada pelo discurso de um dos homens que entra no consultório e inicia o relato de sua vida, porém sua fala é cortada para que se chegue logo nos sintomas. E por outro paciente que, durante a entrevista pede apenas que seu tratamento (radioterapia) seja iniciado somente no próximo mês. Os pacientes não são vistos no singular.

Eu acho que o doutor não gosta muito de conversa não. É sério, né? Faz o trabalho dele e pronto. Não quer mais saber de nada. Sabia que tem muito médico novo morrendo? Morre por isso. Ficam só pensando na doença e querendo saber de tudo (Repentista)

Eu tenho minhas coisas. Não posso sair de lá minha filha. Eu não quero sair de lá. Eu faço tudo que o doutor quiser, mas será que pode ser só no mês que vem? Minha filha eu não posso deixar tudo solto lá não (Agricultor)

Durante os atendimentos, outros profissionais entram nos ambulatórios, para falar com o médico que está comunicando o diagnóstico de câncer de próstata. Neste momento, pacientes permanecem em silêncio esperando por sua comunicação. O olhar é de quem não deve reclamar seu direito, eles não se apropriam disso. Esperam, e ao voltar para a consulta, o médico, muitas vezes, não sabe em que parte do discurso estava.

O poder do discurso médico tira do paciente a voz. Se fala de sintomas, do melhor tratamento, se escolhe até mesmo a seqüela que ficará, porém o ator principal não aparece, emudece e obedece. Tira-se a fala.

Ele disse um monte de coisa, mas eu não entendi não. Mas ele deve saber o que tá fazendo, né? A gente tem que confiar (Lavrador)

A gente fica pensando como vai ser a vida. Mas nós temos que confiar. Vai fazer o que? Se a gente ficar perguntando ele pode não gostar e nós não entende nada mesmo (Beato)

Não se pronuncia a palavra ‘câncer’. Fala-se em ‘problema na próstata’, ‘caroço’, ‘carocinho’, ‘probleminha’ e o diagnóstico câncer pouco aparece na comunicação. A comunicação diagnóstica é permeada de ruídos e não ditos. Paciente não pergunta e médico não nomeia o diagnóstico, não falam sobre os tratamentos possíveis, não explicam sobre os vários papéis que entregam aos pacientes (encaminhamentos, receitas, solicitação de exames). Recorto a fala de um dos pacientes que exemplifica tal subcategoria.

Disse que eu tinha um caroço na próstata e que tava nos ossos também, mas que tinha jeito. Passou um remédio pra dor...Ele sabe o que diz. É um caba que estudou, né? (Cangaceiro).

Minha filha ele me entregou esse monte de coisa (risos). Mandou eu ir na janela de vidro. A mulher lá deve me explicar, né? Ou é a senhora que me explica? (Artesão)

Assim, o profissional coloca-se em uma posição de informante e não de comunicador, acabando por comprometer a comunicação da má notícia, em nosso caso, a comunicação do diagnóstico do câncer de próstata. Desta forma o médico informa ao paciente o tratamento que escolheu retirando desse paciente toda e qualquer possibilidade de autonomia. Importante pontuar que o tratamento é escolhido para uma doença que não é pronunciada.

Eu sei que ele falou de um caroço, mas eu não quero saber não. Eu não quero escutar não. (Rezador)

Minha fia eu acho que tem que saber falar. Teve um médico que me falou um negócio tão extravagante que eu não voltei mais lá. Disse assim que eu tinha câncer. Eu acho que tem que preparar o caba. (Vaqueiro)

O ambulatório possui uma intensa movimentação de profissionais que entram e saem do consultório sem nenhum cuidado para com o alvo da comunicação que está ali sentado e que apesar de não entender o que está sendo dito, compreende que sua rotina mudará, não se sabe como ou porquê, mas que a vida não será a mesma.

• **Espiritualidade como suporte do paciente**

A espiritualidade aparece no discurso dos pacientes nos dois momentos de coleta, sendo percebida como estratégia de enfrentamento, frente a nova situação vivenciada. São homens que respondem suas dúvidas e encontram sentido para os eventos da vida como o diagnóstico de câncer, a dificuldade para iniciar o tratamento, a forma como são atendidos nesse recurso. Se fortalecem em algo que está para além do que é vivido, para além da situação concreta, como uma força encontrada em uma essência individual que irá amenizar sua dor lhe dando energia suficiente para enfrentar.

A religião que aparece como uma das formas de se entrar em contato com essa espiritualidade. Os pacientes entregam suas vidas ao seu Deus e tem neste vínculo a força necessária para o que não se consegue compreender.

Sou um homem de Deus minha filha. Ele não abandona nois não. (Romeiro).

O que o homem não pode fazer, Deus faz. Eu acredito nisso minha filha. Primeiro Deus depois os médicos, a gente tem que pensar assim. (Beato)

O câncer, ainda visto como uma doença sem cura que tem em seu diagnóstico a sentença de morte, encontra na espiritualidade e através da expressão desta, na religiosidade, o acolhimento necessário para se iniciar com força e esperança o caminho longo e árduo de um tratamento oncológico. Encontram também a resposta para uma das perguntas que surge ao receberem o diagnóstico, o “por que eu?”.

A gente sabe que tá doente. A gente sente um negócio que não tá certo. Pede é a Deus que não seja. Mas Deus dá força e a família tá com a gente. Vai dar certo. Deus da força. (Pescador)

A gente fica pensando o porquê isso acontece, mas Deus é que sabe o porquê filha. A gente precisa se sustentar nele. Nosso senhor não dá uma cruz maior do que a gente pode carregar (Rezador)

Desta forma, os pacientes saem do ambulatório sem nenhuma certeza, mas demonstram confiança em seu Deus, e este será o motivador do caminhar pelo desconhecido. Os que estavam distantes de sua religião se aproximam, e aqueles que dizem não possuir falam de espiritualidade, apresentando-se durante a entrevista diferente da forma que se apresentam no consultório. Deixam de ser homens inferiorizados para serem homens que têm em sua história a prova de sua força.

• Comunicação x Identidade

A terceira categoria descreve os sujeitos que vão à procura de cuidado no ambulatório de urologia. São homens de condições econômicas e sociais desfavoráveis, sendo a saúde algo de difícil acesso. A cultura, a primeira subcategoria observada, aparece como algo forte, onde a prevenção não faz parte de sua rotina e o exame do toque retal aparece como algo constrangedor e que fere sua construção de masculinidade. São homens que ocupam um lugar de chefe do lar e que ao serem levados ao médico, em decorrência do avanço dos sintomas, trazem em suas falas o medo de perder esse lugar. Podemos exemplificar tais reflexões com as respectivas falas abaixo.

Eu não sei fazer dinheiro. Não deu tempo pra arrumar dinheiro. Não é assim numa hora pra outra não. Se não tem (Jangadeiro)

A gente quando adoecer é vergonhoso demais. Ficar dependendo dos outros é triste doutora. Olhe que eu nunca me imaginei nessa situação (Repentista)

O homem é mais vergonhoso doutora. Eu penso aqui comigo que é por causa das brincadeira dos amigos. Eles pergunta logo assim: E aí, gostou da dedada? Tem gente que diz que faz é gostar, aí já sabe (Pescador)

Para além de uma construção cultural de cada paciente, observamos como segunda subcategoria, como profissionais que desconhecem as condições econômicas de seus pacientes. Receitam medicações, sem terem o mínimo conhecimento de valores ou da disponibilidade desses recursos no hospital ou na rede do Sistema Único de Saúde ou solicitam exames sem o mínimo de cuidado ou informação, dificultando assim todo um tratamento e até mesmo a recuperação destes informantes.

Famílias que se reorganizam para conseguir dinheiro e pagar um carro para transportá-las até Fortaleza, pois muitas vezes os carros da prefeitura não estão disponíveis nos dias marcados para

a consulta. E quando os carros do município se encontram acessíveis, os pacientes se angustiam com a possibilidade de serem deixados: *“Era pra eu ter vindo ontem, mas não deu. O carro não veio. Mas hoje eu fiz esforço e vim porque não pode faltar”* (Jangadeiro).

A subserviência surge como terceira subcategoria em várias falas, em que os pacientes não compreendem o cuidado prestado no sistema de saúde como um direito, que está para além de ser atendido, mas de ser visto, ouvido e respeitado. Esperam ansiosos pelos 15 minutos que terão contato com o ‘Doutor’ que lhes dirá o que fazer e acabam por aceitar todas as condutas, sem questionar. Depois dos 15 minutos o profissional olha como quem informa que o tempo acabou e o paciente compreende. Se mexe na cadeira na tentativa de criar forças para entender o que está acontecendo, mas ele sofre também pelos pacientes que esperam por esse pequeno tempo e decide acatar. Sai e agradece: *“Ele falou que era melhor operar. Pelo menos foi isso que eu escutei. Eu lá vou teimar! Ele deve saber o que ta fazendo ne? Estudou muito pra isso”* (Agricultor).

Dos 17 entrevistados, apenas um fez perguntas sobre o procedimento cirúrgico a ser realizado. Tal paciente estava acompanhado da esposa que também já havia realizado um tratamento oncológico. Este se inquieta. Não aceita qualquer resposta e coloca durante consulta o sofrimento que a esposa passou: *“A gente tem que perguntar. E eu já sei um monte de coisa por que minha mulher já fez um tratamento desse, mas eu sou homem né? É tudo diferente”* (Sr. Lampião).

Todos os pacientes compareceram acompanhados, alguns das esposas, outros de filhas ou irmãs, que se juntam no silêncio durante os atendimentos. Eles chegam com exames, em sua grande maioria pagos, colocam na mesa do doutor na tentativa de compreender o que diz cada um, porém o profissional coleta as informações que lhes será útil, preenche o sistema com a descrição do procedimento escolhido e ao voltar o olhar para o alvo da comunicação cala-se e não consegue interpretar a inquietação

do corpo e do olhar dos pacientes. Ao interrogar ao informante sobre o porquê não fizeram nenhuma pergunta durante a consulta alguns pontuam:

Tinha ainda muita gente pra ele atender lá fora. Parece que ele tava apressado, não sei. Eu não ia ficar perguntando besteira ne? (Risos) (Cantador)

Não, mas ele sabe o que faz. Eu lá vou entender nada. Um caba analfabeto igual eu (Boiadeiro)

Assim, consideram suas perguntas sem importância e colocam-se em uma postura passiva durante a consulta, não apropriando-se do tratamento e principalmente do diagnóstico, pois não lhes é dada essa chance. Desta forma saem dos consultórios em silêncio, levando nas mãos desinformação, confiando no ‘Doutor’ toda sua vida.

• Comunicação x Doença

A última categoria compreende as questões de gênero relacionadas ao cuidado à saúde e questões relacionadas ao próprio tratamento. Durante as entrevistas e a observação foi possível constatar que a procura pela assistência médica aparece, em sua grande maioria, pelo o aparecimento de sintomas que comprometem o trabalho e as atividades de rotina ou através da insistência de familiares que entendem a importância do cuidado com a saúde. Alguns pacientes exemplificam com suas falas o dado citado.

Minha filha você acredita que eu não sinto nada? Como é que eu preciso de médico? E outra. Quanto mais a gente mexe mais en contra. Velho não pode mexer muito não (Violeiro)

É trabalhoso demais doutora. Eu quero é meu roçado. Sinto lá nada (Profeta)

Sair do papel de provedor do lar para ser alguém que necessita de cuidado é um movimento que causa sofrimento para alguns pacientes. São homens do interior que trazem em seu discurso a força do homem sertanejo. Assim, o adoecimento, o padecimento deste corpo que já suportou sol e chuva, é algo que provoca grande angústia.

Eu nunca pensei. Minha filha eu criei todos meu filhos da roça. Hoje o povo não aguenta trabalha não, mas você pode acreditar que nosso sustento veio todo da roça. Eu nunca que tinha ido no médico. Para que? (Violeiro)

Minha filha a gente vai no posto você pensa que eles atende a gente? Olhe, você sair da sua casa pra ser humilhado? Mas é assim mesmo. Ta ai! Agora to nessa situação (Oleiro)

Além desta mudança de papéis, as fantasias que perpassam os pacientes em relação a sua masculinidade trazem sentimentos de medo e impotência frente ao desconhecido. A experiência do toque retal também aparece na fala dos pacientes como algo constrangedor, porém riem ao falar sobre determinado assunto. São pacientes que escutam as mais diversas histórias sobre o que pode vir a acontecer quando a próstata adoecer.

A gente sai de casa pra levar uma dedada né doutora? É vergonhoso demais. Eita exame ruim. O homem da roça sair de casa pra levar uma dedada. (Vaqueiro)

Já me disseram que homem que faz esses tratamento de próstata não serve pra mais nada, só pra ser acompanhante mesmo. (O pescador)

Alguns pacientes riem ao falar sobre o exame do toque retal. Ao questionar sobre o porquê do riso ao falarem sobre um exame de extrema importância, um paciente responde: “*Tem que brincar né? É vergonhoso demais. Nojento demais, mas nois tem que brincar. Tem que aguentar ne?*” (Cangaceiro).

A brincadeira ganha espaço. Profissionais de saúde e pacientes falam do toque retal, não como um exame para a detecção de um câncer que ainda mata muitos homens, e sim como brincadeira. Um procedimento tão significativo, que muitos pacientes fogem devido o preconceito e as fantasias frente sua construção de masculinidade, como foi possível observar nas falas.

Discussões e conclusões

Os profissionais de saúde focados no tumor esquecem as questões culturais e sociais que perpassam a relação. Anulam as particularidades vivenciadas por cada paciente que precisam ser compreendidas, como por exemplo, histórico familiar de câncer, visto que a morte de algum familiar devido ao ‘mesmo câncer’ pode vir a desencadear um maior sofrimento ao paciente, que fica a esperar pelo mesmo fim.

Isto posto, percebe-se que, apesar dos grandes avanços tecnológicos, a comunicação entre profissional da saúde e paciente está muito aquém da esperada, em especial a comunicação diagnóstica. Desta forma, muitos profissionais se esquecem de que o ato de comunicar uma má notícia requer o preparo de quem vai comunicar. Sendo importante uma boa apropriação do conteúdo que irá ser comunicado, assim como das possíveis formas que tal comunicação irá ser realizada (GEOVANINI, 2013)

Como observamos nos resultados, o não dito perpassa toda consulta. O médico não fala o necessário e o paciente sente-se envergonhado em perguntar e coloca-se em uma posição de inferioridade. O saber médico decide qual melhor tratamento, sem dar espaço à voz do paciente, sem se preocupar com a vinculação. O profissional ao informar sobre o procedimento que será realizado retira do informante qualquer possibilidade de escolha, assumindo um poder sobre este e apagando sua identidade.

Ao refletir sobre conhecimento útil e conhecimento inútil observamos a não importância desta separação, pontuando que o importante é que este sujeito transforme seu modo de ser no sentido de um fortalecimento ético. Assim, o paciente dirá a partir da conscientização e compreensão diagnóstica o que é útil ou não para o seu percurso de cuidados, sendo a comunicação diagnóstica de vital importância para todo processo de apropriação (FOUCAULT, 2010).

Assim, quando nessa relação não há espaço para a fala, o sujeito, que foi em busca do cuidado, se vê prisioneiro das técnicas médicas e se cala. O médico assumindo uma posição de onipotência diante do paciente, este último passa a ser visto como devedor, acabando por submeter-se a sua tutela, de modo, muitas vezes, incondicional.

Ao falarmos da relação supracitada, observamos o saber como instrumento de poder, como prática social construída historicamente, que deve ser compreendida em suas diferentes formas e/ou transformações, a depender do tempo e lugar em que se insere. Sendo assim, o poder é algo que se exerce, que funciona em rede, envolvendo táticas, estratégias e manobras (FOUCAULT, 2015).

Após a consulta o paciente possui um diagnóstico oncológico, encaminhamentos, tratamentos, exames, e não sabe nada sabem deles. Não há possibilidade de apropriação do seu corpo ou das escolhas. Isso pode ser observado constantemente a partir do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde, que apesar de trazer benefícios, como por exemplo, a cura do câncer, tem como efeito, muitas vezes, à desumanização. À vista disso, a suposta objetividade da ciência elimina a condição humana de comunicar-se pela palavra e para além desta, reduz o sujeito à mera descrição técnica dos sintomas e da evolução de uma doença (BERTACHINI, 2012).

Desta forma, fazemos referência ao biopoder como um tipo de poder exercido sobre as condutas do paciente. Este é datado a partir do século XVII, constituindo-se como uma forma de governo dos homens, apresentando-se em um primeiro momento através da disciplina, no corpo individual que o poder foi primeiramente investido. Já a partir do século XVIII, o objeto passou do corpo individual para a coletividade, evidenciando o nascimento da biopolítica (FOUCAULT, 2015).

A disciplina, que no cenário da relação médico x paciente é observada, objetiva produzir corpos dóceis, aparecendo através dos 'dialetos médicos' e das siglas que dificultam qualquer tentativa de compreender o que está escrito nas prescrições que saem nas mãos do paciente dos consultórios. Já a biopolítica, que se dá através do controle das espécies em uma dimensão coletiva, aparece através do olhar não singular para o paciente. Não se fala dos desejos, planos e medos, mas sim dos sintomas, classificando e escolhendo o destino dos informantes, a partir do coletivo e não do individual.

Logo, para que se possa suportar o desconhecido, a espiritualidade e a religiosidade surgem como suporte e aparecem nas falas dos pacientes como estratégias de enfrentamento, dando aos informantes as respostas que lhes darão forças para enfrentar o tratamento oncológico. Fazem promessas, conversam com seu Deus e pedem com fé para o carço desaparecer. Fé esta que suporta o medo do diagnóstico, pois para alguns, o câncer não tem cura, mas para o seu Deus tudo é possível.

Ao refletimos sobre espiritualidade e religiosidade é importante dizer que espiritualidade está relacionada a valores íntimos, àquilo que dá sentido à vida. É independente da religião, produzindo assim a capacidade de suportar sentimentos de ansiedade, medo, raiva, podendo mobilizar energias que contribuirão para a qualidade de vida (GUERRERO *et al.*, 2011). Faço referência aos pacientes que possuem como sentido de vida a família, o trabalho

ou planos ainda a serem realizados e que tais questões os impulsionam, dando-lhes a força necessária para permanecerem distantes do lar durante o tratamento.

Já a religião apresenta-se como um sistema de crenças organizado e compartilhado por um grupo. Importante destacar que tais significados são construídos no decorrer da vida de cada sujeito, sendo singular a forma de interpretação destes acontecimentos, que acabam, muitas vezes, por produzir uma força intrínseca gerada principalmente pela vontade de viver, proporcionando um significado ao câncer e a própria vida do paciente (GUERRERO *et al.*, 2011).

Esse movimento de busca por um sentido de vida para sustentar a dor do diagnóstico é compreendido como o olhar sobre si, onde este retorno não objetiva a decifração ou produção de um saber. Se retorna para si para encontrar, por meio da concentração, como reagir de forma correta face aos acontecimentos. Pode-se dizer que esse movimento é atravessado completamente pela ética do sujeito, pois mede a correspondência entre o que ele pode fazer e os princípios de ação que havia proposto para si (FOUCAULT, 2010).

São várias dores: a dor do diagnóstico, a dor dos tratamentos, a dor das incertezas e a dor da vergonha de passar pelo exame de toque, em uma cultura onde os próprios profissionais de saúde reforçam o preconceito, inferiorizando esse paciente, que mesmo diante de questões sociais e econômicas desfavoráveis buscam por saúde.

Porém o que observamos durante as entrevistas é o pré-conceito com a realização do exame de toque, diferente da publicidade dada a prevenção ginecológica, como um cuidado que não questiona a feminilidade. Para os homens, o exame é uma expressão de dor e vergonha, fazendo com que a população masculina tenha sua masculinidade invadida e/ou questionada.

Assim, sendo o câncer de próstata, uma doença que ainda mata, não apenas de forma real, mas que faz sofrer muitos ho-

mens que se submetem a tratamentos invasivos que podem deixar marcas físicas e psíquicas. E, portanto, devemos estar cientes da importância da comunicação como porta de entrada do processo de cuidados, conscientes de que esse primeiro contato influenciará todo percurso terapêutico desse sujeito.

Devemos falar de homens com suas histórias particulares e sua cultura, e não de pessoas que ao enfrentarem uma situação desfavorável entregam-se e confiam suas vidas a outro homem que não os veem como sujeitos, mas que os reduz a tumores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; ALENCAR, Bruno Rodrigues. Hermenêutica Dialética: uma experiência enquanto método de análise sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Revista Brasileira Promoção de Saúde**, Fortaleza, 25(2): 243 – 250, abril/jun, 2012.

AZEREDO, Vânia Dutra de. **A metodologia de Foucault no trato dos textos nietzschuanos**. Cad. Nietzsche, São Paulo, v.I n.35, p. 57-85, 2014.

BELINELO, Renata Guzzo Souza *et al.* Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivências de homens. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, 2014.

BERTACHINI, Luciana. Therapeutic communication as a factor for humanizing Primary Care. Artigo de Revisão Review Paper. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2012;36(3):507-520.

CARDOSO, Monique Fonseca; SANTOS, Ana Cristina Batista; ALLOUFA, Jomária Mata de Lima. **Sujeito, Linguagem, Ideologia, Mundo: Técnica Hermenêutico-dialética para análise de dados qualitativos de Estudo Crítico em Administração**. XXXVII Encontro do ANPAD. Rio de Janeiro – 7 a 11 de setembro de 2013.

COUTINHO, Silvia Maria Gonçalves; JUNIOR, Áderson Luiz Costa. Methodological difficulties in studies on physician-patient communication in Oncology. **Psicologia Argumento**; 2014 outubro/dezembro., 32 (79), 119-130.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos; LUCHESI, Maria Giovana Borges Sidel; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro; MELO, Debora Gusmão. Amostragem em pesquisa qualitativa: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2):389-394, fev,2011.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7º edição; Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 3º edição; Rio de Janeiro: Paz e terra, 2015.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. **The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012.

GUERRERO, Giselle Patrícia; ZAGO, Márcia Maria Fontão; SAWADA Namie Okino; PINTO, Maria Helena; Relationship between spirituality and cancer: patient's perspective. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 53-9.

INVELISSI, Jimenez, Cruz. Understanding professional discourse in interpersonal relations. **Rev Hum Med** volume.16 no.1 Camaguey Cidade janeiro/abril, 2016.

LAKATTO, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia Científica**. 5º Edição – São Paulo; Atlas, 2011.

LINOL, Carolina Arcanjo *et. al.* Using the Spikes Protocol to Teach Skills in Breaking Bad News. **Revista brasileira de educação médica** 35 (1) : 52 – 57 ; 2011

MARTINS, Alberto Mesaque; MORAES, Cristine Alice Lima. **A Produção Científica Brasileira sobre o Câncer Masculino: Estado de Arte**. Revista Brasileira de Cancerologia, 2013; 59 (1): 105 – 112.

MARTINS, André. Biopolitics: medical power and patient autonomy in new conception of health. *Interface-Comunic. Saúde, Educação*, v8, n.14, p.21-32, setembro-fevereiro, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde – 10ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Caminhos do Pensamento**: Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MARTINS, Alberto Mesaque *et al.* Relações de Gênero e a Atuação de Psicólogos na Oncologia: Subsídios para a Saúde Masculina. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 45, n. 1, pp. 7-14, jan –mar, 2014.

MARTINS, Alberto Mesaque *et al.* A Produção Científica Brasileira sobre Câncer Masculino: Estado da Arte. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2013; 59 (1): 105 – 112.

MOSCHETA, Murilo dos Santos; SANTOS, Manoel Antônio dos. Grupo de Apoio para homens com câncer de próstata: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012; 17 (5): 1225-1233.

MCCARTHY, B. Patients' perceptions of how healthcare providers communicate with them and their families following a diagnosis of colorectal cancer and undergoing chemotherapy treatment. **European Journal of Oncology Nursing**, 2014, 18(5), 452-458.

MCCORMACK, L. A *et al.* Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. **Social Science & Medicine**, 2011, 72, 1085-1095. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.01.020.

NESRALLAN, Luciano João; SROUG, Miguel. **Tratado de Oncologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves. **Comunicação de Más Notícias em Saúde e Gestão do Luto**. Formasau – Formação em Saúde, Lda, 2008.

PINTO, Bruna Knob *et al.* Identidade do homem no contexto de adoecer por câncer de próstata: uma perspectiva cultural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2014 nov-dez; 67 (6): 942 – 8.

RHODEN, Ernani Luis; AVERBECK, Márcio Augusto. Câncer de próstata localizado. **Revista de AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n.1, 92-9, 2010. Disponível em: http://amrigs.org.br/revista/54-01/20-488_cancer_de_prostata.pdf Acesso em: 15 de agosto de 2015.

TOFANI, Ana C. A; VAZ, Cícero E. Câncer de Próstata, Sentimento de Impotência e Fracassos ante os Cartões IV e VI do Rorschach. **Revista Interamericana de Psicologia/ Interamerican Journal of Psychology**, 2007, Vol. 41, Num. 2 pp. 197 – 204.

2.2 A COMUNICAÇÃO FAMILIAR NO CONTEXTO DE ADOECIMENTO E TRANSIÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS⁷

Rebecca Holanda Arrais
Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues

Os segredos de família são os acontecimentos que todos conhecem, mas sobre os quais não comentam.
(ENGELHARD, 2014).

Introdução

Propõe-se no presente capítulo investigar os processos psicológicos envolvidos na comunicação de cuidadores familiares com pacientes oncológicos no contexto da transição para Cuidados Paliativos. Desta forma, objetiva-se especificamente indicar possíveis relações entre a vivência subjetiva dos familiares e o modo como se comunicam com os pacientes, de forma a contribuir para a identificação de caminhos para a melhoria na assistência.

A Organização Mundial de Saúde desde sua primeira definição de Cuidados Paliativos indica, entre outras questões, a necessidade de considerar a família que vivencia o adoecimento junto ao paciente. Tal modelo de cuidado tem ganhado espaço internacionalmente e tem no alívio do sofrimento, no controle de sintomas e na busca pela preservação da qualidade de vida alguns de seus princípios (RADBRUCH; DE LIMA; KNAUL; WENK *et al.*, 2020).

⁷ Capítulo derivado da dissertação *Comunicação entre cuidadores familiares e pacientes oncológicos em cuidados paliativos: um estudo na perspectiva da Psicologia Analítica* apresentada ao programa de Psicologia clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), a qual foi desenvolvida como sequência dos estudos sobre comunicação iniciados no trabalho de conclusão de residência publicado como artigo sob o título *A vivência psicológica da comunicação sobre diagnóstico e tratamento por pacientes oncológicos: uma perspectiva da Psicologia Analítica* (ARRAIS; JESUINO, 2015).

Entretanto, para que o paciente seja efetivamente contemplado faz-se necessário que o mesmo seja capaz de compreender sua situação de saúde e as opções ao seu alcance, bem como de expressar suas vontades e tê-las respeitadas. Desta forma, sem uma comunicação individualizada e adequada a cada caso não é possível que a autonomia se desenvolva (BUOSSO; POLES, 2009).

Observa-se como consequência deste reconhecimento o fortalecimento de recomendações pela adoção de comunicação aberta e adequada às necessidades de informação apresentadas por cada paciente (BAILE; BUCKMAN; LENZI; GLOBER *et al.*, 2000; MORGANS; SCHAPIRA, 2015; NAKAJIMA; KUSUMOTO; ONISHI; ISHIDA, 2015). Existem, contudo, diferenças entre países e grupos culturais (COHEN; SPRUNG; SJOKVIST; LIPPERT *et al.*, 2005; SEARIGHT; GAFFORD, 2005), sendo o Brasil um dos locais em que a difusão desta perspectiva ainda encontra dificuldades (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Recorrentemente impede-se o contato do paciente com informações consideradas ‘ruins’, ‘tristes’ ou ‘dolorosas’, na busca de poupá-los de dor e sofrimento, porém muitos desses pacientes sabem ou desconfiam das informações que lhes estão sendo omitidas (GOMES; SILVA; MOTA, 2009; SIMONETTI, 2018). Cria-se, desta forma, situações nas quais equipe, família e paciente não abordam assuntos relativos ao estado de saúde do último e lidam de forma isolada com o sofrimento provocado pelo agravamento da doença, configurando-se o que foi denominado de conspiração do silêncio (KOVÁCS, 2010).

Identificou-se na prática das autoras grande quantidade de pacientes desinformados sobre seu estado de saúde. Tal situação vai desde aqueles que não tiveram seu diagnóstico comunicado – muitas vezes a partir de acordos entre profissional de referência e cuidadores – até os que sabem de seu diagnóstico, mas não da gravidade de seu quadro nem de seu prognóstico. As limitações de

comunicação, então, dificultam a elaboração psicológica do diagnóstico e das vivências de adoecimento uma vez que o não acesso do paciente ao seu diagnóstico ou prognóstico não o impede de vivenciar transformações em seu corpo e rotina, as quais também terão que ser elaboradas psiquicamente (ARRAIS; JESUINO, 2015). Evitar contato com um assunto não o torna menos real para o paciente, apenas pode contribuir para dificultar o acesso da consciência a ele (JUNG, 2011b). Isto também não significa que toda informação passada será imediatamente elaborada pelo paciente ou que todos precisem saber de todos os detalhes técnicos acerca de seu diagnóstico, prognóstico e tratamento. A comunicação precisa, assim, considerar as particularidades e o contexto de cada pessoa.

Conforme já indicado ao abordar a definição de Cuidados Paliativos, a família desempenhará importante papel neste contexto de doença avançada, fornecendo suporte afetivo e de cuidados práticos aos pacientes, além de frequentemente atuar como intermediária entre este e a equipe (FERREIRA; DE SOUZA; STUCHI, 2012; RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010; SILVA *et al.*, 2012). Sua presença junto ao paciente e uma comunicação de qualidade entre ambos se relacionam positivamente com a qualidade do processo de morrer (VENEGAS; ALVARADO, 2010). Ao se considerar o papel central que a família possui no contexto brasileiro – de intermediário da comunicação profissional-paciente – além da dificuldade de alguns profissionais em estabelecer uma comunicação adequada, ganha ainda mais relevância compreender os fatores que influenciam na relação e comunicação entre paciente e família. É importante, então, considerar a vivência dos familiares, que podem chegar a sofrer os impactos psicológicos do adoecimento do paciente de forma tão ou mais intensa que este (FERREIRA; DE SOUZA; STUCHI, 2012; INOCENTI; RODRIGUES; MIASSO, 2009; SILVA *et al.*, 2012).

Em meio ao sofrimento, uma das respostas apresentadas pode ser evitar entrar em contato com aquilo com que não se

está conseguindo lidar. Tal situação é apontada em trabalhos dedicados à temática da família no âmbito dos Cuidados Paliativos (FERREIRA; DE SOUZA; STUCHI, 2012; GUIMARÃES; LIPP, 2011). Cabe desta forma questionar em que medida tal evitação pode influenciar na capacidade de familiares de reconhecer e corresponder às necessidades de comunicação dos pacientes que acompanham. Com base na observação da alegação de que o paciente seria incapaz de ouvir sobre seu estado de saúde, por vezes indicava a incapacidade do próprio familiar de abordar o assunto. Formulou-se, então, a hipótese de que a atitude do familiar em relação à comunicação é influenciada pela maneira como ele próprio vivencia subjetivamente o processo de adoecimento.

Este fenômeno já está descrito na literatura em relação à atitude de profissionais da saúde, que na pretensa proteção ao paciente expressam sua dificuldade em lidar com a morte, a sensação de impotência ou a culpa (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010). Kübler-Ross (2005) relata que:

Os médicos que mais tinham medo da questão da morte e do morrer nunca revelavam a verdade a seus pacientes, concluindo por si mesmos que os pacientes não estariam dispostos a comentar o assunto. Esses profissionais não eram capazes de encarar a projeção dos próprios medos, a própria ansiedade oculta, embora os pacientes fossem capazes de perceber esses sentimentos e, portanto, nunca compartilhassem o que sabiam com o médico (KÜBLER-ROSS, p. 22)

No que tange aos familiares, são necessários estudos que aprofundem o tema. Um estudo coreano (SHIN *et al.*, 2015) foi o único encontrado a abordá-lo diretamente, informando que as previsões que familiares fazem das preferências dos pacientes estão significativamente relacionadas às suas próprias preferências. Complementarmente, há pesquisas relacionadas sobre a validade da avaliação de sintomas dos pacientes por familiares, as quais

indicam que o estado emocional dos familiares estaria entre os fatores correlacionados com variações na disparidade de avaliação (MCPHERSON *et al.*, 2008).

Neste ponto, proponho que a compreensão dos processos psicológicos envolvidos na comunicação familiar-paciente pode contribuir para a melhoria da assistência prestada. Compreender a comunicação estabelecida pelos familiares com os pacientes passa pela consideração de como os primeiros vivenciam o processo de adoecimento por câncer e transição para Cuidados Paliativos daquele que acompanham. Conhecer os impactos psíquicos de semelhantes vivências permitirá a consideração de sua influência na atitude destes cuidadores frente ao diálogo sobre a saúde e a vida.

Metodologia

Tomou-se por base a sistematização metodológica apontada por Penna (2009) e por Turato (2010) – os quais aproximam os métodos qualitativos contemporâneos da investigação realizada no âmbito da assistência em saúde e mais especificamente em Psicologia – para guiar a construção deste estudo, realizado por meio de entrevistas semidirigidas e observações junto a familiares de pacientes encaminhados para o serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos no Instituto do Câncer do Ceará (ICC). As entrevistas foram transcritas buscando manter fidelidade à fala dos participantes e seguindo os símbolos indicados em Preti (1999). O material produzido foi analisado de forma conjunta e também considerando as especificidades de cada entrevista, gerando uma análise com estabelecimento de categorias por padrões de semelhança ou divergência.

Teve-se como objetivo geral compreender os processos psicológicos envolvidos na comunicação de familiares com pacientes oncológicos em contexto de transição para Cuidados Paliativos

e como objetivo específico indicar possíveis relações entre a vivência subjetiva de familiares e o modo como se comunicam com pacientes. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do próprio hospital antes do início da coleta e aprovada pelo parecer de número 1.791.250.

Como amostra indicamos, então, o recorte de familiares que estivessem acompanhando pacientes para seu primeiro atendimento no ambulatório do referido serviço – todos estes adultos – sendo adotada como critério de exclusão a idade inferior a 18 anos devido às implicações éticas e legais para a pesquisa com tal população. Também foi determinado como critério de exclusão os familiares cujos pacientes apresentassem capacidade cognitiva ou estado de consciência prejudicados devido às restrições impostas por tais situações ao processo de comunicação familiar/paciente. O tamanho da amostra foi definido por saturação (TURATO, 2010), resultando em 11 sujeitos. O grupo de entrevistados foi composto majoritariamente por mulheres, com apenas um homem, e teve idades variando de 21 a 60 anos. Todos eram filhos do paciente acompanhado, com exceção de uma participante – que era amiga da paciente.

Resultados e discussão

Pode-se destacar que o grupo pesquisado teve representação de situações diversas em relação ao tema da comunicação. Até o momento da realização da entrevista, entre os onze pacientes acompanhados pelos entrevistados: três haviam tido acesso a informações claras sobre seu diagnóstico e prognóstico (**P1, P2, P3**); três apenas a seu diagnóstico (**P4, P8, P11**); e cinco nem a uma coisa nem outra (**P5, P6, P7, P9, P10**). Enquanto nos casos dos **P5, P8, P9** e **P10** o momento investigado da comunicação esteve muito próximo dos impactos iniciais da descoberta do câncer –

tendo seus tratamentos na instituição se iniciado a menos de um mês e meio –, nos demais casos o encaminhamento para o serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos se deu como um desenvolvimento de processo já vivenciado a mais tempo.

- **Família como intermediária da relação equipe-paciente**

A partir das entrevistas foi possível identificar que, em concordância com os resultados de estudos já citados (FERREIRA; DE SOUZA; STUCHI, 2012; RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010; SILVA *et al.*, 2012), as famílias participavam ativamente dos cuidados ao paciente, chegando, em alguns casos, a atuar enquanto intermediárias da comunicação equipe-paciente. Um dos pontos positivos desta mediação desempenhada pelo acompanhante foi a possibilidade de realizar uma ‘tradução’ que garantisse melhor compreensão entre profissionais e pacientes:

As vezes também ela não entende o que o médico falou. Quem nem agora, nós tava ali na consulta e o médico perguntou se ela tava fazendo químio ou a rádio, entendeu? Ela disse que tava fazendo as duas, aí eu “Mãe... com licença, doutor, com licença, mas a mãe vai fazer a rádio, a químio a mãe não tá fazendo mais”, entendeu? Então ela ela ela ((repete)) mistura, né? as coisas (...) É uma linguagem diferente mesmo. É porque tem/ as vezes ela não consegue entender, entendeu? Você sabe que esse povo lá do interior... eles... tem coisas que eles eles ((repete)) não consegue assim raciocinar. Eles acham que tudo é assim uma coisa só... Ela num sabe distinguir uma rádio da químio, ela... Ela só sabe distinguir se você disser assim: “aquela que é furada, entendeu?”, “que é na agulha” ou “aquele que é o laserzim”, “que é a luzinha”, pronto!” (Familiar 2)

Outra contribuição da mediação familiar se deu pelo desempenho da função de ‘porta-voz’ pelo cuidador, daquilo que o paciente por algum motivo não se sentiu em condições de expressar: “Se ela tiver uma dúvida, ela não pergunta... e eu pergunto” (Familiar 2).

Contudo, ainda que nos dois pontos apresentados a função desempenhada pelo familiar possa trazer benefício para a comunicação no contexto de adoecimento e tratamento, parte dos problemas aí solucionados poderiam ter sido também evitados por uma mudança na atitude de profissionais. A adoção de linguagem mais acessível e de postura acolhedora, que ativamente convida o paciente a se expressar, mostram-se como caminhos para melhorar a comunicação direta equipe-paciente.

A mediação do cuidador pode funcionar também como ‘filtro’ e, nesse sentido, determinar quais informações passarão da equipe para o paciente, com comprometimento para a autonomia e capacidade de decisão daquele que está adoecido: “*Assim, é porque e/e/eu tento filtrar um pouco as informações... porque os médicos falam mais comigo... não com meu pai (...)*Ele pergunta assim que eu saio ((da sala do médico)) ... *aí lá vai eu filtrar informação de novo*” (Familiar 10).

A exclusão do paciente da comunicação direta com a equipe sobre seu diagnóstico, prognóstico e tratamento pode, assim, ser identificada no relato de participantes sobre momentos de contato com os profissionais sem a presença do paciente. No caso da **F11** este contato foi afirmado como iniciativa da família: “*Eu deixei ele em casa, eu fui SÓ mais meu marido, porque podia o médico falar na frente dele. Eu não queria que SOUBESSE, assim, DE CARA, logo, né?*” (Familiar 11).

Todavia, nos demais relatos apresentados nas entrevistas, a opção pela presença ou não do paciente partiu do profissional. Faz-se relevante destacar que a comunicação direta com o paciente acerca de sua saúde é um dever estabelecido no Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009), Capítulo V Art. 34, salvo nos casos em que esta possa provocar dano, passando, nessa situação, a ser feita com seu representante legal. A legislação, entretanto, não define o que seria o ‘dano’, deixando sua

determinação a critério do profissional. Pode-se, então, destacar que restringir sistematicamente o acesso do paciente ao diagnóstico e prognóstico de câncer, privilegiando a troca de informações com a família, é um padrão que não encontra respaldo nas recomendações técnicas ou éticas atuais e vem gradualmente sendo substituído por modelos mais abertos e centrados nos desejos expressos pelo sujeito adoecido (ARRAIS, 2018). Quanto a isto, foram observados nas entrevistas relatos de atitudes profissionais variadas:

Aí o médico me chamou e me falou... aí ele pegou e disse que ela tava com um CA, mas tava já tava bem avançado, né?... E que... Me explicou lá, explicou tudo bem direitinho o que tinha que fazer, que ela ia precisar fazer uma histerectomia e tudo mais. Aí eu fiquei daquele jeito: Como é que eu vou dar a notícia pra família? Como é que eu vou dar a notícia para ela, né? (Familiar 2)

Desde o primeiro momento, nunca foi escondido. Os próprios médicos falaram para ela (Familiar 3)

O médico que atendeu a gente lá, que foi o médico lá da minha cidade, o médico particular e é um dos melhores médicos, ele disse que enquanto a gente pudesse manter... em segredo, sem dizer o que era a doença, era melhor, né? (Familiar 5)

F9: *O médico disse que é pra nós contar, não é pra nós enganar ele.*

Pesquisadora: *O médico conversou alguma coisa com ele?*

F9: *Não (...) Só me chamou e disse. Perguntou o que que eu era dele, eu disse que era filha. Ele me chamou, aí mandou ele ir pra ((incompreensível)), né? Na sala. Aí disse pra mim (Familiar 9)*

A diversidade de atitudes profissionais referidas nas entrevistas apresenta-se, assim, como coerente com o contexto de transição em que nos encontramos, no qual alguns profissionais se mantêm vinculados a padrões mais antigos e outros aderem às recomendações mais recentes (MORGANS, SCHAPIRA, 2015; NAKAJIMA, *et. al.* 2015).

- **Perspectivas de familiares acerca da condução da comunicação pela equipe**

Um ponto inicial para apresentar a perspectiva expressa por familiares em relação à interação com a equipe foi a valorização da comunicação, com acesso claro e prático a informações sobre o adoecimento, tratamento e rotinas do serviço. Cabe, então, relacionar este resultado com o relatado por Munhoz *et al.* (2014) indicando que a comunicação adequada com a equipe é considerada relevante pelos familiares durante todo o tratamento, mas tem ainda maior importância para os cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos:

Acabou a rádio, ele não falou nem que o meu pai tava de alta. Aí eu fiquei assim, meu marido também ficou assim, a gente ficou inconformado (...) ele num deu informação nenhuma de nada, nada, nada, nada ((repete)). Só falou que era a última/ era o último dia de rádio, né? Mas não chegou a falar nem assim:: “Não, hoje é o último dia de rádio. O senhor tá assim. Eu vou te encaminhar pra um médico tal... encaminhar aqui pra um nutricionista pra te avaliar. Sabe? Assim, um procedimento, assim, conversar melhor com a/ com o paciente e até com a família (...) Aí, inclusive, a gente quer até MUDAR de médico. Não quero mais aquele médico de jeito nenhum, de jeito nenhum ((repete)) (...) Não quero, ele também não quer. Ele não tem argumento, assim... ele não conversa com a gente nem nada... A consulta dele é muito rápida (Familiar 11)

Ao processo de comunicação foi atribuída, inclusive, função de preparação para o enfrentamento do adoecimento ou morte:

F10: (...) *Então, assim... NO MOMENTO o que me/que tá me deixando mais apreensiva é justamente o fato deles não fecharem um diagnóstico. Porque aí, se fecham um diagnóstico, você sabe o que tá tratando, como é o tratamento, quando se suspeita... (...)*

Pesquisadora ((resumindo o que foi dito pela entrevistada)): *então, NESSE MOMENTO, talvez, mesmo que tivesse um diagnóstico que confirmasse que é um câncer, pra ti fosse mais fácil do que*

F10: [Isso

Pesquisadora: *continuar sem saber*

F10: [*porque pelo menos eu saberia que seria tratado. Exatamente! (Familiar 10)*

Assim, quando os médicos vão orientando a gente assim aos poucos e tudo a gente vai sabendo do problema, o avanço que tá ou que não está, claro que é um meio que a pesso/a família se prepara mais e mais, né? psicológico e tudo... já fica assim uma coisa já esperando... acontecer. Não é uma coisa que vai PEGAR de surpresa... sabe? A gente vai se preparando, principalmente quem tá cuidando... aí eu penso assim... né? (Familiar 11)

De modo complementar, foi destacada pelos participantes das entrevistas a importância da dimensão afetiva e humanizada na troca com os profissionais:

O médico, pelo menos, enquanto a gente falava com el/tinha que falar correndo com ele ((estala os dedos indicando pressa)) todas as informações enquanto ele digitava aqui... Aí a gente falava, ele ((fala rápido)) “umhum, entendo, entendo, entendo”... Não sei... eu gostaria que tivesse sido de outra forma, entendeu? (...) Acho que... como a gente tá agora... Que ele realmente parasse, olhasse pra mim, escutasse eu falar, entendeu? (Familiar 10)

Adentrando a questão específica da compreensão expressa pelos familiares em relação ao lugar ocupado por cada ator na relação paciente-família-equipe, uma das posições defendidas foi de que a família poderia ser procurada pela equipe como fonte complementar de informações que auxiliassem no manejo da comunicação junto ao paciente. Neste caso, ainda que o cuidador exercesse influência, seria mantido o foco final do processo no paciente:

Podia chamar antes e perguntar pra saber mais, né? Pra saber como é a pessoa, se a pessoa é forte. Porque já nem todo mundo tem a consciência, né? Da doença, né? Tem aquele pessoal mais do interior e tudo, né? Que não sabe muito, né? Da cidade não, já

é mais informado... Então, poderia chamar antes e conversar pra saber como é a pessoa, né? Aí, dependendo, uns esclarecer mais, outros esclarecer menos, né?... Deixar aberto. (Familiar 1)

Já outros entrevistados destacaram a importância do acesso a informações para os familiares:

Porque quando a gente cuida, assim, de um parente da gente... a gente fica, assim, querendo... explicações... das coisas, né? Até melhor pra cuidar. Fica até melhor pra cuidar do paciente quando a gente tá sabendo de como é que tá acontecendo, né? ...O que acontece com o paciente. (Familiar 11)

Alguns chegaram a trazer uma perspectiva que propunha os familiares do paciente como destinatários privilegiados das informações e trocas estabelecidas com profissionais: “*Eu acho que pra ela, pra chegar agora e dizer “Dona P3 seu tempo tem um mês ou dois de vida”, eu acho que abate muito... mas pra gente, isso se for necessário, eu prefiro que que eles falem as coisas”* (Familiar 3).

Como contraponto, houve os que defenderam a consideração do paciente como participante central do processo de comunicação com a equipe e indicaram o desejo de que profissionais conduzissem a comunicação diagnóstica, sem delegar esta função a familiares:

Pesquisadora: *como é que a senhora acha que a equipe deve fazer?*

(...) F4: Dizer a VERDADE!

Pesquisadora: *Dizer a verdade, pra todo mundo? Família, paciente todo mundo?*

F4: *Pro paciente! (...) Ser ser ((repete)) realista, né? ((bem baixo)) porque... ((volta ao volume normal)) é melhor pra pessoa... ser/ do que você tá fazendo uma coisa que... pra gente dizer, né?:?... Eu acho muito assim. O médico já tem todo, assim, um jeito, um... dizer (...)e isso o médico deve fazer muito bem (Familiar 4)*

- **A informação como causadora de dano**

Entre os aspectos que emergiram nas falas esteve a concepção da informação como causadora de dano para o paciente, relacionando-a a uma valoração negativa. A alegação de proteção contra tal risco justificou o *não falar* em diferentes situações:

a) o diagnóstico;

Nós não falamos pra ele..... É todo jeito que ele tá pensando que aqui é o Hospital das Clínicas..... nós não falamos pra ele com medo da reação dele (...) Ele não tá sabendo. Ele tá sabendo que é uma ulcera. (Familiar 5)

b) o prognóstico;

Eu abri pra ela assim: Que ela tava com o pulmão danificado, que as químios vai ser pra:... pra tra/ pra tentar diminuir os nódulos, diminuir as dores, mas não cheguei a falar abertamente, dizer, assim, que ela pode ter só seis meses, um ano de vida, que aí, como ela já tem depressão, ela pode se abater mais, né? (Familiar 3)

c) o retomar de assuntos e informações que já foram passados ao paciente;

Justamente para ele não ficar pensando, pra não botar que vai morrer e:... até por conta que ele as vezes ele tav/tá se alimentando/não tá se alimentando direito, né?... Aí, pra ele não ficar pensando tão negativo, né? A gente... evita ficar falando, pra ele não... ficar mais deprimido ainda. ((bem baixo)) já basta as dores. (Familiar 8)

Além da evitação completa de que o paciente entrasse em contato com informações sobre seu estado de saúde, também foram identificadas resistências sutis. Alguns familiares ao falar do diagnóstico médico substituíram o câncer por outras doenças, pela *possibilidade* futura de desenvolver uma neoplasia ou por termos e maneiras de falar ambíguas:

O começo eu mesmo cheguei pra ela, disse que ((fala rápido)) era um carço, que ela não estava com C-A. (Familiar 7)

Agente sabe as/ “Ó, o senhor tá sentindo as coisas por causa do seu PROBLEMA” (Familiar 6)

- **Os limites da omissão e a comunicação como necessidade**

Se a resistência em abordar o câncer ou a finitude – expressas na noção de que isto seria um risco ou causaria dano – foi um dificultador da comunicação familiar-paciente no contexto de adoecimento e transição para Cuidados Paliativos, outros elementos apresentaram-se como facilitadores de tal processo. O reconhecimento dos limites da omissão, ou mesmo da mentira, que podem ser aqui relacionados a afirmação de que “não se liquida uma coisa declarando-a irreal” (JUNG, 2011b, p. 37), foi um dos elementos a propiciar uma abertura para a comunicação mais franca, facilitando o contato com estes novos conteúdos a serem integrados pela consciência:

Então é uma coisa que não tem como esconder, né? Ela sabe que já tinha acontecido com a mãe, aí aconteceu com a irmã... Não tem como esconder se ela vai fazer um exame e o resultado foi esse... ou aquele. Ela mesma pede, né? Não tem como você dizer “Não, não deu esse resultado”. Ela sabe (...) Porque tem casos bem graves que não dá pra esconder, né? Se sente uma dor? Aí você vai dizer que é outra coisa, mas aquela dor não vai passar porque é da doença? Aí não tem como..... esconder. Tem que ficar claro, saber que é aquilo, né?... E ajudar a ter fé, né? (Familiar 1)

Além deste ponto, que poderia ser sintetizado na afirmação de que ‘não dá para esconder’ ou de que ‘esconder é inútil’, foi presente também a noção de que era ‘necessário que falar’. Nesta, há a perspectiva de que a comunicação mais aberta e franca no campo familiar representa uma ferramenta importante no enfrentamento, prático ou emocional:

Aí o médico me chamou e me falou... aí ele pegou e disse que ela tava com um C-A, mas tava já tava bem avançado, né? (...) Aí eu fiquei daquele jeito: Como é que eu vou dar a notícia pra família? Como é que eu vou dar a notícia para ela, né? Porque..... eu tinha que falar pra ela. Porque não adiantava ela ficar vindo pra cá... eu tinha que dar uma EXPLICAÇÃO da vinda dela para cá tantas vezes. Então eu tinha que falar a verdade. Aí não adiantava eu... querer tapar o sol com a peneira (Familiar 2)

As categorias aqui elencadas não estiveram, entretanto, necessariamente separadas ou excludentes na vivência dos entrevistados. O medo dos ‘riscos’ e a necessidade de abordar o assunto do adoecimento foram, inclusive, confrontados e representados em fala como motivo de conflito interno:

Eu sei que eu sentia assim, uma coisa assim que ficava “não diz” e a outra ficava “você tem que falar porque não vai ter... como você dizer o que que ela vem fazer tanto no hospital. Tem que dizer!” (...) A minha ideia que ficava assim “Não, eu tenho que falar”... Aí a minha ideia ficava assim “Não, eu não posso dizer não porque se não vai que ela piora, né?”. Que ela já não estava bem, ou vai que .. que..... “Mas eu não posso ficar sem dizer, ficar comigo mesma. Porque, como é que eu vou... dizer pra ela o motivo dela vir tanto pro hospital”... Então eu tive que falar mesmo (Familiar 2)

- **Conseguir suportar**

Tendo sido apresentado o papel desempenhado pelos cuidadores como mediadores da comunicação equipe-paciente e indicados elementos identificados enquanto dificultadores ou facilitadores da comunicação familiar sobre a situação de adoecimento ou finitude, faz-se necessário abordar a capacidade de ‘suportar’ a comunicação. Os familiares de pacientes com câncer em Cuidados Paliativos precisam lidar com uma série de impactos emocionais e tarefas práticas (RAIT, 2015). Em tal contexto, a comunicação representa um desafio de entrar em contato com assuntos difíceis e pode ser vivido como sobrecarga.

Destaca-se aqui o fato de a alguns terem sido delegadas tarefas da equipe – como o repasse de informações sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento. Mesmo nos casos em que isto não ocorreu, restou para o familiar a lida diária com as emoções vividas pelo paciente, bem como com as resoluções, pendências, decisões e despedidas próprias da aproximação da morte. Neste ponto somou-se à compreensão formulada – de modo mais consciente por uns e menos por outros – sobre qual deveria ser a atitude tomada em relação à comunicação, à capacidade de manejar e suportar os afetos despertados com a efetivação desta atitude.

***Pesquisadora:** como é que tu se sentiu de falar com ele sobre isso?*

Ai, eu me senti assim meia:... oprimida Assim presa assim, sabe? Assim, assim ((repete)) uma PENA de:... de num poder falar O MELHOR... ((fala em voz baixa)) né? assim, só, aí depois passa tudo, aí:: ((volta ao volume anterior)) eu tento me sair também, aí pronto. Aí esquece ((risos)) (Familiar 1)

A **Familiar 1**, que se mostrou favorável à inclusão da mãe na comunicação com a equipe, reconheceu o desejo expresso por esta de não ‘ser enganada’ e afirmou que a paciente estava ciente de tudo que era tratado a seu respeito, adotou ao mesmo tempo uma atitude de evitação do assunto na vida diária: “A gente evita falar muito... Né?... Dizer que tá assim... Evita falar muito, pra (não) tocar muito, pra esquecer também, né? (...) Aí a gente não entra muito no assunto” (Familiar 1)

Já para a **Familiar 8**, cujo pai iniciou o acompanhamento na instituição menos de uma semana antes da entrevista e participou de todos os contatos com os profissionais juntamente com ela, a manutenção da comunicação nos assuntos práticos e a mudança de foco, com ênfase na afirmação de resultados positivos, foram os recursos encontrados quando pai trouxe à tona o assunto da finitude:

Eu falo pra vir, pra se ajeita::r... pra ele ficar calmo... ajeito ele... quando ele começa a fazer "Ai, tô com dor", aí a gente conversa, mas, assim, não é/FICA conversando (...) Eu digo só pra ele ter paciência, aí dou os remédios, digo que vai passar, "tenha calma"... assim... só isso mesmo. Aí levo pro hospital, ele "Ai meu Deus, vou morrer!". Eu digo "Vai não homem! Tenha fé em Deus"... ((bem baixo)) essas coisas (...) "Essa doença veio para me matar". Eu digo "Veio não homem. Tenha... paciência, que vai dar tudo certo. Tenha fé em Deus." (...) Pra ele ter MAIS FÉ, SE ACALMAR, que os remédios... nós vamos começar o tratamento – antes da gente começar, né? – "Vai começar o tratamento", "Nós estamos TENTANDO". (Familiar 8)

A **Familiar 2**, buscando ouvir a mãe e garantir sua possibilidade expressar os desejos para o fim de vida e abordar outras questões relacionadas ao momento, precisou recorrer a momentos de fuga quando chegou a seu limite pessoal:

***Pesquisadora:** E como é que é pra ti quando ela vai conversar contigo sobre essas coisas, "que você se prepare.."? Como você se sente?*

Eu saio logo de perto! E começo logo a chorar, porque eu não aguento não (...) E é que eu sou uma das mais fortes..... eu... sou uma das mais fortes. Quando ela vai falar aí (se enrola ao falar) eu tento ficar escutando o máximo, mas tem horas que aí a gente tem que sair de perto (...) Entendeu? Invento de tomar um café, invento que vou beber água. "Pera aí mãe, que eu vou alí tomar água e daqui a pouquinho eu volto" (...) Aí eu vou lá, tomo um copo d'água... respiro um pouquinho e volto de novo. (Familiar 2)

Entretanto, a repressão de determinados conteúdos e a tentativa de evitar que o paciente entre em contato com a possibilidade da sua morte também tem consequências afetivas que o familiar terá que manejar. Na fala da **Familiar 9** encontra-se expressa a tensão afetiva presente em torno da questão da comunicação com o paciente, indicando a carga energética mobilizada por tal questão.

EU penso eu ((repetições)), que se eu contar eu tô matando ele mais ainda. E as vezes eu penso também que se ele morrer e eu não tiver contado, fico com a consciência pesada. Eu tô entre a cruz e a espada. (Familiar 9)

A mesma participante, ao optar por falar com o paciente e seus outros familiares sobre aquilo que lhe foi informado pelo médico, significativamente indica este processo de fala como “*Tirar esse peso, né? De mim, né?*”.

- **Preferências do familiar para si e sua atitude em relação ao paciente**

Outro elemento associado as escolhas e ações dos cuidadores familiares em relação à sua condução da comunicação com o paciente foi a preferência dos próprios familiares ao se projetarem na situação do paciente:

EU queria saber (...) Por isso que eu sou a favor de que ele saiba a informação... mas minha mãe ((esposa do paciente)) já não é (...) Porque a minha mãe já diz que não queria saber ((risos)). Ela diz “Ah, se fosse meu caso, já não queria que ninguém dissesse”. (Familiar 10)

Entretanto, esta relação mais linear de equivalência entre o escolhido para si e o efetivado para o paciente não pode ser generalizada para todos os participantes. A possibilidade de acessar informações sobre a própria saúde foi expressa como um desejo de todos os entrevistados caso fossem eles a enfrentar o adoecimento, sendo inclusive defendida de modo enfático mesmo para cenários de pior prognóstico:

***Pesquisadora:** Então você já me disse que você, se um dia passasse por isso, ia querer que lhe dissessem..*

***F2:**Eu quero que me dissessem NA HORA! Aliás, eu não quero que o médico diga PRA NINGUÉM primeiro, diga primeiro PRA MIM! ... Diga pra mim... aí depois eu digo pro resto do povo. (Familiar 2)*

Por outro lado, esses mesmos entrevistados nem sempre se posicionaram de maneira favorável ao acesso a informações pelos pacientes concernentes a seu estado de saúde. Observa-se, desta forma, que o reconhecimento de que a vivência subjetiva de familiares influencia sua atitude frente ao paciente não significa que isto resultará de forma simplista em um *fazer para o outro o que se deseja para si*. É necessário, então, retomar a limitação vivenciada na comunicação familiar-paciente a partir da tentativa de evitar o contato com conteúdos desagradáveis, reprimindo sua expressão, para evitar que venham à tona no campo familiar afetos que não se consegue suportar.

No caso da **Familiar 6** pode-se observar este padrão de evitação do afeto. A entrevistada perdeu a mãe e outros familiares em decorrência do câncer e no momento da entrevista acompanhava um pai já fisicamente debilitado. Adicionalmente, ela tivera um nódulo identificado recentemente em sua mamografia e aguardava biopsia para investigação de malignidade, além de ter retirado um tumor de pele três meses antes. Desde o início da entrevista mostrava-se bastante mobilizada e com grande demanda de fala, sendo inclusive difícil concluir a leitura do TCLE, pois a cada parágrafo a participante já começava a falar de seus momentos junto ao pai. A fala, todavia, se direcionava a uma descrição detalhada dos cuidados práticos e mudava de assunto quando as perguntas enfocavam suas emoções. **F6** chega a afirmar que está tranquila, ainda que demonstre ansiedade importante. Ao ser questionada de sua preferência caso fosse ela a paciente, afirma que *“queria saber (...) Porque hoje em dia tá normal... essa doença, né?... Tá normal. Nas melhores famí::lias, éh, vem no branco, vem no... em todos. Tá normal...”*. A fala afirma uma tranquilidade e normalização da situação, que também é expressa ao falar da possibilidade de morte do pai – *“se for pra ele:... passar mais uns tempos com a agente, tudo bem. Se não for... Deus quem sabe...”* – porém, em ambos os casos, conteúdo e emoção parecem desconectados. Ao tocar no termo câncer os limites da participante se tornam mais claros:

Ele sabe, que ele e/operou da próstata, e tudo, mas a gente não diz assim as:./ éh “Pai, o senhor tá com ((bem baixo)) ca((não completa palavra))” A gente NÃO fala (...) A gente sabe as/“Ó, o senhor tá sentindo as coisas por causa do seu PROBLE::MA. Tá mais, o senhor tá sentindo mais DO::R?” Aí quando ele sente mais dor, ele CHO::RA, ele vem assim. “Não pai, chora não que o seu remédio já vai já chegar. Depois de tomar o senhor melhora”. Pronto, aí assim a gente vai levando. (Familiar 6)

A proposta consciente de que não se deva ‘esconder’ o diagnóstico acaba, assim, flexibilizada para evitar o contato com determinados conteúdos de carga afetiva mais intensa:

Éh... hoje em dia ninguém é pra enganar mais ninguém, né? Dizendo... embora que a agente não diga... “Ó, o senho tá com esse... tumor. Vai morrer amanhã ou depois” Não pode, né?! A gente diz “Ah, o senhor tá com esse proble::ma, a gente vai trata::r. O senhor vai tomar um remédio, vamos fazer um exame, vai operar”. (Familiar 6)

A vivência de impotência provocada pela falta de controle sobre a doença pode ser reprimida a partir de uma postura do cuidador mais rígida em relação à próprias emoções e que busca um fortalecimento do controle exercido pelo *eu*, transferindo para o sujeito adoecido toda a percepção de fragilidade e incapacidade.

O **Familiar 7** foi ilustrativo desta situação. O filho mais novo da paciente relata uma mudança no seu lugar dentro do sistema familiar a partir da descoberta do câncer da mãe, com irmãs que antes não falavam com ele voltando a manter contato e passando a tratá-lo bem devido ao papel desempenhado como cuidador da paciente. Sua fala indica a vivência de um impacto emocional e medo de perder a genitora no momento inicial da descoberta, mas, no momento da entrevista, a postura mantida é de controle emocional, juntamente à afirmação de que “*está sendo tudo bem*”. O conteúdo reprimido encontra expressão por meio de indicadores na fala, que ao abordar o diagnóstico mostra-se cortada, hesitante e confusa:

Eh.. deu C-A no... nos lábios grosso/do lábios grosso do... do grosso/do fino/entre a a vagina ((hesita e repete algumas palavras) disco/de colo de útero, alguma coisa assim. (Familiar 7)

Na nova configuração do sistema familiar ele assume a função de tomar as decisões e direcionar a forma como cada coisa será tratada. A comunicação com a paciente passa pela modificação de informações dadas pela equipe médica e apresenta-se como unidirecional, indo dele à sua mãe com determinações de como esta deve se portar:

O começo eu mesmo cheguei pra ela, disse que ((fala rápido)) era um caroço, que ela não estava com C-A ((volta ao ritmo normal)), mas sim que.. ah ela também é uma fumante... apesar de tudo... eu disse a ela que se ela não diminuísse no cigarro dela, se ela acabasse mais de fazer as coisas que... ela é ex-costureira, aí tenta ficar fazendo as coisas, assim, coisa pesada, depois ela fica sentindo dores... se ela não diminuir e:: também se alimentar... isso não... e se ela se alimentar bem... se tornaria um câncer, né?. (Familiar 7)

A mesma postura é sustentada, de forma marcada, em relação aos irmãos, cujas opiniões não são consideradas com a justificativa de que “como eu já não era muito apegado a eles, então pra mim tanto faz como tanto fez, eu tô querendo é a recuperação da minha mãe, né?”. As possibilidades de perda ou divisão do controle são, desta forma, repetidamente negadas ou evitadas:

foi só difícil que o irmão chegou, né? E abraçou ela começou a chorar e falou pra ela ((que ela estava com câncer)), né? Só que aí ela também depois... como eu sou muito apegado a ela, que eu sou mais novo, depois que ele saiu eu conversei com ela e contei pra ela o que eu já tinha falado antes ((que ela não estaria com câncer)), ela acreditou mais em mim do que nele, né? (Familiar 7).

- **Reconhecimento da perspectiva do paciente**

Finalmente se chega à questão do reconhecimento da perspectiva dos pacientes por seus familiares, ponto em que podem

ser articuladas outras categorias já abordadas. Esta se coloca como bastante relevante pois a comunicação precisa ser flexível e adaptada às necessidades e possibilidades dos que dela participam para que possa contribuir da melhor forma com o enfrentamento do adoecimento por câncer e transição para Cuidados Paliativos (MORGANS, SCHAPIRA, 2015; NAKAJIMA, *et. al.* 2015).

Na prática profissional das autoras pôde-se ter contato mais de uma vez com a afirmação de que o familiar poderia conduzir o processo de comunicação sobre diagnóstico e prognóstico com o paciente, pois o *conhecia bem*. Além das questões legais e éticas envolvidas na transferência de uma responsabilidade profissional para a família, faz-se necessário considerar se *conhecer* o paciente é suficiente para que sua perspectiva da situação seja considerada pelo familiar que dele cuida.

A subjetividade do observador sempre participa em algum grau de sua percepção e só é possível acessar o mundo a partir de si (VON FRANZ, 1999). Assim, a percepção que o familiar pode formular sobre a vivência do paciente sempre sofrerá influência de sua própria vivência subjetiva. Entretanto, isto pode ocorrer em medidas variadas, mais ou menos propícias à consideração das diferentes perspectivas envolvidas e ao respeito à autonomia. As dinâmicas familiares observadas se organizaram numa gradação entre dois polos, indo do relacionamento com o paciente enquanto objeto – que passivamente recebe as consequências tanto do câncer como das decisões daqueles que o cercam – a seu reconhecimento como sujeito ativo em sua vida e em seu próprio processo de adoecimento, tratamento e finitude.

Um primeiro ponto foi a consideração sobre a capacidade do paciente de compreender seu contexto e perceber as mudanças ocorridas no próprio corpo. Afirmar a um paciente que vive um processo de progressão da doença que ele está melhorando ou que está *tudo bem* passa por negligenciar sua capacidade de

perceber o próprio organismo, atitude que encontra eco no processo de despersonalização recorrente no âmbito hospitalar e que muitas vezes se sobrepõe ao reconhecimento e inclusão da subjetividade do paciente (SIMONETTI, 2018). Complementarmente, a dificuldade em suportar os afetos despertados pelo contato com o sofrimento daquele que está sendo acompanhado pode levar o cuidador a uma atitude de evitação que prejudique inclusive a avaliação daquilo que é verbalizado pelo paciente.

Uma análise de diferentes pontos da entrevista com a **Familiar 8** evidencia semelhante situação. Segundo a mesma, ela e o pai seriam ambos mais tímidos e retraídos, não partindo nem de uma nem de outro a iniciativa de tocar no assunto do adoecimento: *“(se) ele perguntar alguma coisa, eu respondo...((bem baixo)) só isso mesmo. ((volta ao tom normal)) Ele não fala muito também não... ((mais baixo)) só na dele também”* (Familiar 8).

Contudo, na sequência da entrevista, relata que o pai costuma expressar, quando está sentindo dor, que vai morrer, ao que ela lhe responde dando remédios e afirmando que isto não vai ocorrer e que ele deve ter calma e fé: *“Eu digo só pra ele ter paciência, aí dou os remédios, digo que vai passar, “tenha calma”... assim.. só isso mesmo. Aí levo pro hospital, ele “Ai meu Deus, vou morrer!”; eu digo “Vai não homem! Tenha fé em Deus”... ((bem baixo)) essas coisas”* (Familiar 8).

A mesma, quando questionada sobre o que acredita que o **P8** compreenda de sua condição de saúde, indica que, mesmo ele tendo sido informado do diagnóstico, acha que o pai não compreende a gravidade do quadro:

Eu acredito que não. Ele não tenha, assim, real noção d/do quadro grave é a doença (...) Não, eu acho porque ele realmente não, eu acho que ele não en/não sabe do teor realmente da doença... assim, ele sabe QUE TEM, mas não sabe o grau... de... da gravidade que é. Eu acho qu/eu acredito que não (...) Não, ele sabe que é grave, mas eu acho que ele não sabe, assim, o estado que é MUITO GRAVE, assim. (Familiar 8)

Ao falar sobre a possibilidade de perder o pai e começar a chorar, a negação se intensifica e, em um movimento de compensação do medo, afirma que acredita que o mesmo vá ficar curado. O mesmo movimento parece também dificultar o reconhecimento dos exemplos que ela mesma relatou acerca da compreensão que o paciente tem da gravidade de seu quadro e da necessidade do mesmo de falar sobre isso.

Semelhante dinâmica foi observada na entrevista da **Familiar 11**. A mesma refere o pai como “*MUITO OTIMISTA*” e afirma que o mesmo não toca no assunto do adoecimento e que a percepção dele seria de que vai ficar curado:

Ele nem fala muito. Ele, a única coisa que fala assim é que::, que vai ficar bom, né? (...) Ele tá assim com a expectativa de que o médico não vai passar nenhuma rádio mais pra ele, que ele tá curado e de que ele vai... só tomar os remédios que o médico vai ficar passando pra ele e ficar vindo só fazer avaliações de mês em mês ou de seis em seis meses. (Familiar 11)

Porém, um relato de conversa do pai com outros familiares, que a mesma teria ouvido, mostra cenário bem diverso:

Já ouvi ele falar assim... pros parentes da minha mãe, né? Minha vó, minhas tias... ((fala bem rápido)) que tá entregue nas mãos de Deus. Ele disse que já está preparado... que ele é evangélico também, ele já está preparado e tá entregue nas mãos de Deus. Deus que sabe de tudo. (Familiar 11)

Em ambos os casos é possível chamar atenção para que, ainda que certo isolamento e introversão sejam esperados do sujeito que envelhece e entra em contato com seu processo de morrer (JUNG, 2011a; KÜBLER-ROSS, 2017), a necessidade de abordar a aproximação da morte e expressar suas emoções pode não ser reconhecida, mesmo quando verbalizada.

Atitude diversa foi expressa no estar atento as relações do sujeito adoecido com o ambiente externo e interno, bem como

na identificação pelo familiar de que, para além do que é dito ao paciente, este também acessa sua própria vivência:

Ele tá sabendo que é uma ulcera... a não ser que ele tenha.. eh.. se dado conta, né? Que não é só uma ulcera HOJE, né?(...) Porque a gente tinha tentado se controlar de não chorar na presença dele, né? Ai hoje ele viu a gente chorando, ligando... pros irmãos ((chorando)) pras irmãs.. e.. e aí eu não sei, acho que ele deve tá entendendo que não é só uma ulcera, né? O problema dele (...) Mas nós também não falamos nada ainda. (Familiar 5)

Como um passo seguinte na consideração da subjetividade do paciente, pode-se apontar a constatação pelo familiar de que o paciente apresenta não só uma percepção, mas também opiniões, posicionamentos e desejos em relação a condução da comunicação sobre seu estado: “*Ela sempre pede que não engane, “que não engane”, né? Que ninguém quer ser enganado*” (Familiar 1).

Neste ponto do processo é significativo destacar que tanto a **Familiar 6**, como a **Familiar 11** responderam às perguntas sobre qual achavam que seria preferência do paciente para a condução da comunicação com suas próprias escolhas ou justificativas para a atitude que tomaram.

***Pesquisadora:** Como a senhora acha, se a gente fosse fazer essa pergunta PRA ELE, o que é que ele ia dizer?*

***F6:**Porque eu a:::cho... que ele... já passou o que passou com a mãe, né? ((segue explicando porque avalia que se deveria poupar o paciente)). (Familiar 6)*

Já a **Familiar 10**, que vivenciava um processo de entrada gradual em contato e aceitação da aproximação da morte do pai, demonstra não ter considerado a perspectiva do paciente até então. A pergunta feita na entrevista, entretanto, a põe em contato com a questão em um momento em que ela já se mostra mais disponível para considerá-la:

Pesquisadora: *se eu fizesse essa mesma pergunta que eu fiz (pra ti) pro teu pai, o que é que tu acha que ele responderia?*

F10: *((demora, pensa)) É uma boa pergunta... eu não sei (...) ((reflexiva)) Não cheguei a perguntar isso a ele..... Mas eu acho que ele falaria que “É bom, né? Saber...”, que ele diria alguma coisa do tipo.*

Pesquisadora: *Tã... mas não é uma coisa que até hoje vocês tenham falado sobre isso? E nem que tu tenha pensado sobre esse assunto?*

F10: *Não... É uma boa pergunta. Eu realmente não parei pra pensar sobre isso. Ele QUER realmente saber ou não? (...) Éh, porque o sentimento é mais de proteção, porque a gente:... tá tratando como criança, entendeu? Mas meu pai é muito lúcido (...) E:... e eu sei que muita coisa ele vê, pergunta, quer saber porque, mas como eu não falo, ele também não entra em detalhes (...) essa pergunta realmente não foi feita até agora..... É uma boa pergunta a se fazer, tá vendo? (Familiar 10)*

Em tal contexto familiar, o paciente conta para a filha um sonho bastante representativo da dinâmica de aceitação e negação vivenciada por ambos:

Ele tava bem n/n/na beiradinha de um penha::sco... e ele dizia “Ah, vou pro outro lado”. Ele dizia que tinha uma pessoa do lado dele, CONHECIDA, mas ele não lembra o rosto nem lembra quem era. Só sabe que conhecia essa pessoa... e ela dizia “Não, você não vai p/ você tem que ficar aqui comigo”. Aí ele dizia “Não, eu vou passar”... Aí ela dizia “Você não vai conseguir passar”, aí ficavam na teima os dois. Aí ele conseguia passar e dizia pra ela “Eu não disse pra ti que eu ia passar?”. Pronto. (Familiar 10)

Cabe ressaltar que, ainda que o sonho tenha sido do paciente, o símbolo nele expresso é representativo da dinâmica familiar mais ampla. Seria a pessoa conhecida – mas não identificada – a filha, a família ou uma parte do sonhador que ainda se encontra apegada ao *lado de cá* e não o quer deixar fazer sua travessia? Simbolicamente talvez todas estas estejam expressas. É possível perce-

ber que a imagem ressoou em sua filha e cuidadora, mesmo que o motivo para tal ainda permaneça inconsciente para ela: “*E esse dele u/uma pessoa dizer que ele não ia conseguir fazer uma coisa e ele conseguir... por algum motivo esses dois ficaram na minha cabeça*” (Familiar 10).

Retomando o assunto do reconhecimento da opinião dos pacientes, segue-se a ele a questão do respeito a esta opinião na atitude tomada pelo familiar.

Ela ia querer que contasse também (...) Ia querer que contasse... Aliás ela já tinha falado já (...) Que, se um dia ela adoecesse, ela queria que dissessem pra ela, não escondessem dela... entendeu? Realmente ninguém.. eu não escondi e ninguém escondeu. (Familiar 2)

A mesma familiar, **F2**, mostrou esforçar-se por respeitar a decisão da paciente de falar sobre seus desejos para o fim de vida, ainda que ouvir a mãe tocar em tais assunto lhe fosse custoso, mas relatou precisar interromper o assunto em determinados momentos, buscando alívio no afastamento para “tomar um copo de água”.

Já o **Familiar 7**, ainda que demonstre reconhecer a preferência da paciente, não se baseou nela ao decidir sobre seu posicionamento. A partir do lugar hierárquico que passou a ocupar no sistema familiar com o adoecimento da **P7**, sustentou uma atitude autocentrada:

F7 ((responde rapidamente)): Ela ia falar que queria saber de tudo.(...) É que ela, todo mundo ela fala “Eh, que todo mundo nasceu foi pra morrer mesmo, não foi pra ficar em cima da terra”. Aquele jeito de gente, né? do interior pro outro mesmo.

Pesquisadora: Tá, e... imaginar que ela ia querer saber de tudo foi uma coisa que tu pensou pra decidir como ia falar com ela ou não foi o principal? Teve outras coisas que tu levou mais em consideração pra decidir?

F7: Não, foi tudo pra mim:... agora AGORA ((repete)) pra mim foi tudo normal... Foi mais pensar tipo, fiquei mais pensando assim o que o que ((repete)) eu ia falar com ela, né? Mas como eu sei que ela acredita muito em mim... e como eu sou muito apegado a ela e ela muito apegada a mim, então tudo que eu diria... seria o ideal pra ela. (Grifo nosso – Familiar 7)

Assim, evitava por diferentes vias – seja confrontando a paciente, seja a ignorando – entrar em contato com os afetos desperitados pela possibilidade da morte de sua mãe.

Então isso aí eu sei que ela tá falando é de boca pra fora (...) Então, quando ela fala isso, pra mim é de boca pra fora mesmo. Agora agora agora ((repete rapidamente)) nem ligo. (...) (Antes) incomodava, que eu falava assim “Mulher, como é que tu quer ver/ como é tu quer ver ((repete)) teus netos, teus bisnetos ainda, que tu fala que quer tanto ver?” ...Aí ela pega “Ahh..” aí fica pra aculá. Aí eu, pra evitar também de eu... de falar alguma coisa com ela, eu saia mais de casa. (Familiar 7)

Observa-se, assim, que o reconhecimento do paciente como sujeito ativo em seu adoecimento, tratamento ou aproximação da morte, passou por reconhecê-lo como alguém capaz de relacionar-se e perceber seu contexto, capaz de ter um posicionamento próprio e capaz de decidir por si – ou seja, alguém em condições de recorrer às próprias funções da consciência para percepção e julgamento da realidade. A personalidade do paciente, todavia, ainda não se esgota aí. Estes mesmos pontos elencados podem ser também considerados em relação à comunicação sobre outros assuntos na vida do paciente, que não apenas sua saúde. O impacto causado pelo diagnóstico de câncer ou pelo prognóstico desfavorável pode ativar ideias e afetos que se sobreponham a personalidade do paciente, assimilando-o à imagem do doente ou do moribundo (ARRAIS; JESUINO, 2015). Isto pode ser observado na entrevista da **Familiar 2**, que sendo uma das familiares que buscou reconhecer e respeitar a perspectiva da paciente em relação à

própria saúde, teve postura diferente em relação à possibilidade da **P2** de acompanhar outros desafios vivenciados na família. Aquela que foi referida como “mãezona”, após o adoecimento parece ter tido sua imagem deslocada de tal função pela **F2**:

Tipo... eu não gosto muito de falar com ela sobre.. se tiver algum problema ((na família)) (...) Então esse tipo de assunto eu evito... de falar pra ela. Entendeu? Pra ela não ficar a parte de nada que tá acontecendo assim. NADA que seja desagradável vai para ela. A gente não fala. Entendeu? (Familiar 2)

Na amiga da **paciente 4**, por sua vez, observou-se situação contrária:

A gente só fala sobre política, porque ela é DOIDA por política, ela vivia DE::NTRO. (...) E agora ela é do mesmo jeito. Ela sabe TUDO. Ela tá na cama, mas as negada passa informação pra ela ((risos)). Sabe o que vai acontecer... Que::: quem é que não vai, quem é que vai brigar, porque que fulano tá fazendo isso. Sabe tudo. Quando a gente vem na ambulância, ela vem conversando. (Familiar 4)

Ainda que ela reconhecesse a preferência da paciente por ter acesso claro a informações sobre sua saúde, e, inclusive, acreditasse que isto deveria ser considerado, assumiu na sua interação com ela a reprodução do que fora determinado pelo irmão da **P4** e sustentou a negação do prognóstico. Todavia, demonstrou, justamente nos assuntos alheios ao adoecimento, o reconhecimento da subjetividade da paciente e o resgate da sua história.

Considerações finais e recomendações

Serão retomados aqui principais pontos abordados ao logo do texto, de forma a destacar os resultados alcançados na investigação, demarcando também sua abrangência e seus limites. A partir disto, serão indicadas possíveis consequências práticas do conhecimento produzido, bem como, questões que necessitam maior aprofundamento, surgindo como temas possíveis para pesquisas futuras.

Sem que tenham sido intencionalmente buscadas, algumas características se destacaram na composição da amostra do estudo: pacientes idosos e acompanhantes filhas do sexo feminino. Considerando-se que, enquanto trabalho qualitativo, não se pretendeu aqui uma generalização estatística dos achados, mas uma compreensão em profundidade dos processos, tal configuração não representou um problema e os dados citados foram incluídos como elementos de análise. Cabe, entretanto, apontar a possibilidade de que outras organizações da comunicação familiar-paciente possam ser encontradas caso as características dos sujeitos pesquisados sejam diversas, tais como pacientes jovens ou relacionamento conjugal entre paciente e cuidador. Considerando a dificuldade em investigar grupos potencialmente minoritários, novas pesquisas poderiam ser realizadas já com foco específico na construção da amostra, gerando resultados complementares aos aqui apresentados. A questão dos cuidadores homens pode ser ressaltada como campo para expansão da pesquisa.

É possível destacar a forte participação que a família apresentou enquanto mediadora da comunicação equipe-paciente, sendo identificáveis desdobramentos positivos e negativos desta participação. Cuidadores colocaram-se no sentido de potencializar as trocas entre os sujeitos adoecidos e a equipe, contribuindo para a adequação da linguagem médica, bem como, para a expressão de dúvidas do paciente. Contudo, em alguns casos, o cuidador chegou a desempenhar tarefas que são de responsabilidade dos profissionais, como a comunicação de diagnóstico e prognóstico para o paciente. Destaque-se que – à exceção de uma entrevistada que relatou ter ido intencionalmente à consulta com oncologista sem o paciente – a inclusão ou exclusão do paciente em momentos de comunicação entre equipe e família apareceu nas falas como iniciativa de profissionais, que chegaram a orientar familiares sobre contar ou não ao paciente sobre sua situação de saúde. Decidir

sobre como lidar com tal responsabilidade resultou em atitudes diversas nos familiares e relacionou-se, conforme apresentado nas categorias, tanto com considerações sobre os possíveis danos e benefícios imaginados, como com movimentos menos conscientes de aceitação ou negação e evitação do assunto. Alguns participantes expressaram, inclusive, o desejo de que profissionais pudessem falar diretamente com pacientes sobre sua condição.

O funcionamento descrito condicionou à atitude adotada pelo familiar o acesso do paciente a informações que lhe diziam respeito, com comprometimento de sua autonomia. Recomenda-se, desta forma, que a participação de familiares no processo de comunicação possa ser aproveitada durante as consultas, em acordo com a aceitação do paciente, mas sem que sejam transferidas a eles responsabilidades dos profissionais. Adicionalmente, a inclusão do paciente como centro do processo de comunicação, além de garantir benefícios tais como o respeito a seus direitos e vontades e a facilitação de sua elaboração psíquica, traria também a vantagem de que ele possa ser fator de continuidade das informações sobre sua saúde nos diferentes espaços em que transita e nos diferentes cuidados que recebe.

Ainda que, seguindo a recomendação exposta, a comunicação sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento passasse a ser assumida mais integralmente pela equipe que acompanha o paciente, outras dimensões da comunicação continuariam como específicas da relação entre pacientes e familiares. Além de poder retomar as informações técnicas recebidas em outros momentos, influenciando em sua compreensão e integração, a interação diária na família mostrou-se como campo para o lidar com a possibilidade da morte, o falar sobre os sentimentos e a participação em acontecimentos da vida familiar e social alheios ao adoecimento.

Os familiares, contudo, nem sempre conseguiram suportar o contato com os afetos despertados por tais conteúdos. A

percepção da comunicação como fonte de dano e sofrimento foi apresentada como motivo para evitação de assuntos relacionados à doença. Já a constatação de que não se conseguiria impedir que o paciente vivenciasse seu adoecimento, e que a comunicação poderia ser um recurso necessário ao enfrentamento de tal momento, esteve associada a atitudes mais abertas em relação ao falar sobre o diagnóstico e prognóstico com o paciente.

Finalmente, faz-se fundamental destacar que mesmo em casos que o entrevistado reconheceu que o acesso a informações sobre a doença e à possibilidade de falar sobre o assunto seriam benéficos para ele mesmo – quer na condição de acompanhante, quer na de paciente hipotético – isso não garantiu que atitude correspondente fosse mantida em relação à comunicação com o paciente. A capacidade maior ou menor do familiar de reconhecer o paciente como sujeito ativo de seu processo, nele incluídos adoecimento e morte, mostrou-se, então, como ponto central para a compreensão de diferentes atitudes apresentadas em relação à comunicação no contexto de adoecimento e transição para Cuidados Paliativos.

As vivências junto ao paciente tiveram fortes impactos afetivos nos familiares e facilitar que estes possam elaborar e integrar tais conteúdos se faz relevante tanto para seu próprio processo como para que, tendo maior consciência de sua vivência, consigam estar abertos a perceber a perspectiva do paciente. Neste sentido, reforça-se a importância da consideração da família como objeto de atenção da equipe no contexto dos Cuidados Paliativos, destacando-se o papel específico da Psicologia no atendimento à demanda aqui levantada.

Adicionalmente, ressalta-se a importância de garantir que a possibilidade do paciente de falar e ser ouvido sobre suas vivências de adoecimento ou finitude não seja condicionada à sua comunicação com o familiar. Assim como foi identificado que o familiar

pode atuar de forma benéfica na compreensão das informações médicas pelo paciente, mas a tarefa da comunicação diagnóstica e prognóstica não pode ser a ele delegada pelo médico sem que lhe seja uma sobrecarga e comprometa a autonomia do paciente, o mesmo é válido para a atenção às necessidades psicológicas apresentadas por este. Se a comunicação familiar-paciente pode ser fonte de apoio mútuo e contexto propiciador de desenvolvimento, há que se considerar também a possibilidade de que o familiar não consiga perceber a necessidade de fala do paciente, ou que, mesmo percebendo, não se sinta em condições de lidar com ela. Cabe então à Psicologia não se furtar à tarefa de garantir o espaço onde o sujeito que se depara com a possibilidade de sua morte pode dizer aquilo que os que o circundam não conseguem escutar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRAIS, R. H.; JESUINO, S. L. C. D. S. A vivência psicológica da comunicação sobre diagnóstico e tratamento por pacientes oncológicos: uma perspectiva da Psicologia Analítica. *Revista da SBPH*, 18, n. 2, p. 22-44, 2015.

ARRAIS, R. H. **Comunicação entre cuidadores familiares e pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos: um estudo na perspectiva da Psicologia Analítica**. Orientador: RODRIGUES, E. M. P. C. 2018. 155 f. (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, 2018.

BAILE, W. F.; BUCKMAN, R.; LENZI, R.; GLOBER, G. *et al.* SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, n. 4, p. 302-311, 2000-08-01 2000.

BUOSSO, R. S.; POLES, K. Comunicação e relacionamento colaborativo entre profissional, paciente e família: abordagem no contexto da tanatologia. In: SANTOS, F. S. (Ed.). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-208.

COHEN, S.; SPRUNG, C.; SJOKVIST, P.; LIPPERT, A. *et al.* Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. **Intensive Care Medicine**, 31, n. 9, p. 1215-1221, 2005// 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**: 2009.

ENGELHARD, S. Estamos todos bem: a família congelada pelos segredos e o temor da morte. In: M. REIS, T. R. & SPACCAQUERCHE, M. E. (Eds.). **A família em foco**: Sob as lentes do cinema. São Paulo: Paulus, pp. 207-236, 2014.

FERREIRA, N. M. L. A.; DE SOUZA, C. L. B.; STUCHI, Z. Cuidados paliativos e família. **Revista de Ciências Médicas**, 17, n. 1, p. 33-42, 2012.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Rev. bioét.(Impr.)**, 21, n. 3, p. 455-462, 2013.

GOMES, C. H. R.; SILVA, P. V.; MOTA, F. F. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. **Rev Bras Cancer**, 55, n. 2, p. 139-143, 2009.

GUIMARÃES, C. A.; LIPP, M. E. N. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos. **Psicologia: teoria e pratica**, 13, n. 2, p. 50-62, 08/2011 2011.

INOCENTI, A.; RODRIGUES, I. G.; MIASSO, A. I. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 11, n. 4, p. 858-865, 2009.

JUNG, C. G. As etapas da vida humana. In: **A natureza da psique**. Petrópolis: Vozes, 2011a. v. 8/2, p. 343-360.

JUNG, C. G. O Si-mesmo. In: **Aion - Estudos sobre o simbolismo do Si-mesmo**. Petrópolis: Vozes, 2011b. v. 9/2, p. 26-50.

KOVÁCS, M. J. Atitudes diante da morte: visão histórica, social e cultural. In: KÓVACS, M. J. (Ed.). **Morte e desenvolvimento humano**. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. WWF Martins Fontes, 2017.

KÜBLER-ROSS, E. **Viver até dizer adeus**. Tradução MONTEIRO, H. A. R. São Paulo: Pensamento, 2005. 151 p.

MCPHERSON, C. J.; WILSON, K. G.; LOBCHUK, M. M.; BRAJTMAN, S. Family caregivers' assessment of symptoms in patients with advanced cancer: concordance with patients and factors affecting accuracy. **Journal of pain and symptom management**, 35, n. 1, p. 70-82, 2008.

MORGANS, A. K.; SCHAPIRA, L. Confronting Therapeutic Failure: A Conversation Guide. **The Oncologist**, 20, n. 8, p. 946-951, 2015.

MUNHOZ, B. A. *et al.* **De um lado ao outro**: o que é essencial? Percepção dos pacientes oncológicos e de seus cuidadores ao iniciar o tratamento oncológico e em cuidados paliativos. Einstein (São Paulo), 485-491, 2014.

NAKAJIMA, N. *et al.* Does the Approach of Disclosing More Detailed Information of Cancer for the Terminally Ill Patients Improve the Quality of Communication Involving Patients, Families, and Medical Professionals? **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, 32, n. 7, p. 776-782, 2015.

NORMAS PARA TRANSCRIÇÃO. *In*: PRETI, D. (Ed.). **O Discurso oral culto**. São Paulo: Humanitas Publicações - FFLCH/USP, 1999. p. 19-20.

PENNA, E. M. D. Processamento simbólico arquetípico: uma proposta de método de pesquisa em psicologia analítica. 2009.

PRETI (org.) *et al.* **O discurso oral culto**. (2. Ed, Projetos Paralelos,V.2). São Paulo: Humanitas Publicações – FFLCH / USP, 1999.

RAIT, D. S. A Family-Centered Approach to the Patient with Cancer. *In*: HOLLAND, J. C. *et al.* (Eds.), **Psycho-Oncology**. Oxford University Press, 3ed ed., pp. 561-566, 2015.

RADBRUCH, L. *et al.* Redefining Palliative Care—a New Consensus-based Definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, 60, n. 4, p. 754-764, 2020.

RODRIGUES, M. V. D. C.; FERREIRA, E. D.; MENEZES, T. M. D. O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Revista de enfermagem - UERJ**, 18, n. 1, p. 86-91, 2010.

SEARIGHT, H. R.; GAFFORD, J. Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians. **Am Fam Physician**, 71, n. 3, p. 515-522, 2005.

SHIN, D. W.; CHO, J.; KIM, S. Y.; CHUNG, I. J. *et al.* Discordance among patient preferences, caregiver preferences, and caregiver predictions of patient preferences regarding disclosure of terminal status and end-of-life choices. **Psycho-Oncology**, 24, n. 2, p. 212-219, 2015.

SILVA, M. M. D. *et al.* Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 21, n. 3, p. 658-666, 2012-09 2012.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. 7ª ed. Belo horizonte: Artesã, 2018.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Petrópolis Vozes, 2010.

VENEGAS, M. E.; ALVARADO, O. S. Fatores relacionados à qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer. **Revista latinoamericana de enfermagem**, 18, n. 4, p. 725-731, 2010.

VON FRANZ, M.-L. A Projeção. *In: Psicoterapia*. São Paulo: Paulus, 1999. p. 280-290.

2.3 REUNIÕES FAMILIARES EM CUIDADOS PALIATIVOS COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO FAMILIAR⁸

*Catherine Moreira Conrado
Luciana Suelly Barros Cavalcante*

*Ainda que eu falasse a língua dos homens
e falasse a língua dos anjos,
sem o Amor eu nada seria.
(Renato Russo)*

Os Cuidados Paliativos (CP) são uma abordagem em saúde que se propõe a aliviar os sintomas e o sofrimento de pessoas com doenças ameaçadoras da vida e seus familiares, considerando os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais envolvidos no processo de adoecimento (WHO, 2002, 2017). As intervenções em CP se direcionam às necessidades dos pacientes e dos familiares envolvidos, considerando que esta díade é reconhecida como uma unidade de cuidados (FRANCO, 2008), pois as intervenções relacionadas a um geram efeitos no outro, visto que os cuidados oferecidos ao paciente podem promover conforto aos familiares, assim como o acolhimento feito aos familiares pode facilitar o controle de sintomas do paciente.

Como um dos fundamentos dos CP, Cicely Saunders desenvolveu a noção de Dor Total, compreensão que possibilita o entendimento de que os sintomas que demandam cuidado abrangem diversos aspectos, como físico, psíquico, social e espiritual (CLARK, 1999). Assim, as intervenções da equipe devem alcançar

⁸ Capítulo desenvolvido a partir de um recorte do Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso e Cuidados Paliativos, da Universidade de São Paulo, de autoria de Catherine Moreira Conrado, sob orientação de Luciana Suelly Barros Cavalcante.

a maior parte das necessidades apresentadas para o controle de sintomas, tornando-se essencial que elas também sejam direcionadas às necessidades da família, possibilitando efeitos no cuidado com os pacientes.

Diferentes definições sobre família foram sendo desenvolvidas e modificadas com as mudanças dos padrões sociais, econômicos, culturais e políticos da sociedade (LOPES, 2015). A noção de família em CP abrange aqueles que estão afetiva e efetivamente envolvidos no cuidado, independente do grau de parentesco ou vínculo sanguíneo. Portanto, a família se constitui como um espaço complexo, reconhecido como “uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos” (MIOTO, 2010, p. 168), com capacidade de produção de subjetividades.

As intervenções de uma equipe de CP devem se direcionar àqueles que têm responsabilidades diretas com o cuidado, assim como aos envolvidos indiretamente, mas que afetivamente têm um vínculo com o paciente, portanto, também vivenciarão efeitos dos cuidados oferecidos a ele. Leahey e Wright (2002) afirmam que apenas os próprios membros da família podem descrever quem compõe o grupo familiar, pois não são somente os laços consanguíneos que definem o envolvimento no cuidado. Esses autores apresentam um modelo de compreensão sobre o sistema familiar comparando-o com um móbil, em que cada membro representa uma peça diferente do brinquedo, a soma de cada uma compõe o todo e o resultado comum é o equilíbrio. Desse modo, em situações em que a doença ou a morte afetam a família, todo o sistema é afetado, como se uma peça do brinquedo fosse modificada ou removida, gerando efeitos nas outras peças e no todo.

Nesse contexto, para além das intervenções realizadas para o controle de sintomas direcionadas ao paciente, a equipe deve ter condutas e intervenções diretamente oferecidas aos familiares, principalmente relacionadas ao acolhimento e à comunicação, ca-

bendo à equipe de CP conhecer e abordar expectativas, necessidades e recursos da família a fim de proporcionar seu envolvimento nos cuidados (MULARSKI *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2018).

A comunicação em saúde deve se propor não somente a transmitir informações, mas ouvir questionamentos, esclarecer dúvidas e alinhar expectativas dos envolvidos no cuidado. Ressalta-se a importância da comunicação empática, em que a equipe se dispõe a acolher e compreender as angústias da família acerca da situação para que seja oferecido o melhor cuidado possível, de tal forma que as intervenções realizadas pela equipe também tenham como objetivo a promoção de uma efetiva comunicação entre equipe, paciente e familiares (SILVA *et al.*, 2018).

Para tanto, uma intervenção considerada muito significativa para a prática em Cuidados Paliativos é a Reunião Familiar (RF), que consiste em um encontro entre equipe de saúde e familiares para promover uma comunicação efetiva, um espaço facilitador para tomada de decisões compartilhadas e a realização do planejamento de cuidados em conjunto. O planejamento de cuidados considerado consiste em:

Discussões entre familiares e médicos sobre qual futuro pode proporcionar para pessoas com doenças graves, e como pacientes e familiares querem que suas crenças e preferências guiem decisões (incluindo decisões que possam surgir em problemas clínicos súbitos e inesperados), e quais medidas poderiam aliviar as preocupações relacionadas a finanças, assuntos familiares, questões espirituais e outros problemas sérios que possam perturbar pacientes moribundos e suas famílias (CURTIS *et al.*, 2001, p. 27).

Tal planejamento depende da abordagem da família para ocorrer e este processo envolve entender a compreensão sobre o diagnóstico, os valores da unidade de cuidados acerca do tratamento, as expectativas em relação à evolução da doença e as dúvidas e queixas referentes aos cuidados oferecidos pela equipe de saúde.

Segundo Barazzetti (2011), a boa prática em Cuidados Paliativos está constantemente em modificação para adaptar as intervenções aos valores e às necessidades específicos do paciente e de seus familiares, de modo que a RF se torna um espaço potencial para ampliar as possibilidades de intervenção com a finalidade de propor intervenções personalizadas.

A RF em Cuidados Paliativos tem como objetivo possibilitar o encontro entre familiares e equipe responsável pelos cuidados com o paciente para comunicar aspectos do quadro clínico e compartilhar decisões sobre o planejamento de cuidado (SILVA *et al.*, 2018). Além disso, almeja acolher os familiares, compreender de que modo eles entendem o adoecimento e abordar com eles propostas de condução do tratamento, de modo que seja mais benéfico para o paciente.

Nessa direção, a RF se torna uma intervenção que possibilita uma tomada de decisão compartilhada entre os envolvidos e a presença do paciente nessa reunião é uma possibilidade que deve ser considerada de acordo com suas condições clínicas e seu interesse (FINEBERG; KAWASHIMA; ASCH, 2011).

Na revisão bibliográfica de Silva *et al.* (2018) acerca dessa temática, denomina-se esse procedimento em Cuidados Paliativos como Conferência Familiar (CF), indicando que não há uma terminologia única para este procedimento. Entretanto, considera-se que é um recurso recomendado em situações de dúvidas e lacunas de comunicação sobre prognóstico e plano de cuidados do paciente, que surgem principalmente nas proximidades do fim de vida. Por meio da escuta ativa oferecida na CF, é possível esclarecer dúvidas, discutir sentimentos e reduzir angústias psicossociais.

Refletindo acerca de qual termo é mais adequado para definir o procedimento discutido, utilizaremos o termo 'Reunião Familiar', pois esta forma de nomeação se relaciona à maior disseminação do termo no campo dos CP no Brasil, o que melhor viabiliza o entendimento da discussão proposta.

Reuniões de Família: planejamento, finalidades e tomada de decisão compartilhada

As reuniões familiares devem ser planejadas e realizadas com um objetivo específico, com organização e integração prévias dos profissionais envolvidos, a fim de que a intervenção tenha qualidade e promova benefícios para a unidade de cuidados. A condução das reuniões de família deve ser planejada pela equipe responsável pelo paciente considerando os aspectos mais relevantes a serem abordados no encontro, de modo que ele também cumpra o objetivo de ser um instrumento de cuidado com os familiares.

Para que esse procedimento seja efetivo, a literatura aponta alguns domínios que devem ser abordados na condução de RF pelas equipes de saúde, os quais consistem em ações que devem ser desempenhadas pelos profissionais na reunião, a fim de proporcionar mais benefícios que malefícios para a unidade de cuidado envolvida nesta ocasião.

Hudson *et al.* (2008) desenvolveram um *guideline* que orienta passos para a realização de reuniões familiares para planejamento de cuidados de pacientes em CP. A eficácia da reunião está relacionada ao seguimento desses passos, que incluem: esclarecimento sobre objetivo da reunião, abordagem do entendimento da família acerca da doença, uso de linguagem adequada e clara dos profissionais, compartilhamento de decisões para planejamento de cuidados, esclarecimento de dúvidas dos familiares, acolhimento e comunicação empática, envolvimento dos familiares nos cuidados, encaminhamentos e adequado encerramento.

Em um estudo de desenvolvimento de uma ferramenta sobre comunicação em reuniões familiares relacionadas a fim de vida, algumas outras orientações foram apresentadas, como: abertura e apresentações; troca de informações entre membros da família e equipe; discussões sobre o futuro, incluindo a doença e seu prognóstico, incertezas e expectativas; decisões a serem feitas pela equipe e membros da família; discussões sobre o processo do morrer e a morte; e fechamentos (CURTIS *et al.*, 2002).

Acerca dos aspectos da atenção na saúde mais valorizados pelos cuidadores principais, foram apresentados em estudo, dentre outros: “amabilidade no trato, delicadeza na explicação, informações recebidas, controle da dor, tempo para responder perguntas, interesse por problemas emocionais e informações sobre o tratamento” (FERNÁNDEZ-ISLA; CONDE-VALCIS-FRAGA; FERNÁNDEZ-RUÍZ, 2016, p. 1), apontando que a organização da reunião deve incluir também aspectos relacionais e polidez no tratamento interpessoal com a família.

Inicialmente, ao propor uma RE, a equipe precisa ter clareza acerca do quadro clínico e do prognóstico do paciente e estabelecer previamente as indicações e propostas a serem abordadas com os familiares. Recomenda-se também que a equipe de saúde estabeleça previamente qual o objetivo e as propostas de cuidado a serem abordadas com a família, quem são os profissionais fundamentais para participar do encontro, de acordo com as demandas do paciente e dos familiares e quem será o profissional responsável pela condução do encontro. Ressalta-se que é necessário “levar em consideração as complexidades e características de cada grupo familiar, pois cada família é um sistema singular e deve ser atendida de acordo com a dinâmica que lhe é própria e que é afetada pela experiência de cuidar do paciente.” (CAVALCANTE; COSTA; FRANCK, 2019, p. 56)

Segundo Cavalcante, Costa e Franck (2019, p. 62), “recomenda-se mapear a configuração e o funcionamento familiar, a fim de identificar o cuidador principal, familiares de referência e vínculos significativos para o paciente. Este mapeamento auxilia na decisão a respeito de quem convocar”. Além disso, é importante definir previamente o local para o encontro de maneira que, na medida do possível, seja proporcionado um espaço de acolhimento e conforto para receber os familiares (CAVALCANTE; COSTA; FRANCK, 2019). Assim como é necessário garantir o acesso da

família ao suporte da equipe, caso sejam mobilizadas angústias após a reunião (SILVA *et al.*, 2018).

Em relação à consideração da RF como recurso para o processo de tomada de decisão, considera-se que a comunicação viabilizada pelo encontro na RF facilita o acesso a valores do paciente e às preferências dos familiares, abordando como ponto de partida a indicação técnica da equipe de saúde responsável pelo paciente, de acordo com a adequação de tratamento oferecido. O grau de envolvimento dos familiares é muito variável e deve ser avaliado pelos profissionais da equipe de saúde como fator importante no processo de negociação para a tomada de decisões (CHIDWICK; SIBBALD; HAWRYLUCK, 2013; LUFCHITZ; MORITZ; STAMM, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

Diversos fatores subjetivos influenciam a tomada de decisão em saúde, como o modelo de relação profissional-paciente e o contexto cultural em que estão inseridos. Em relação aos Cuidados Paliativos, outros aspectos são também muito significativos, como questões éticas, momento de evolução da doença, desejos do paciente e relação com familiares. Assim, entende-se que situações críticas de tomadas de decisão podem provocar vivências emocionais diversas na unidade de cuidados, para as quais a equipe precisa estar atenta para que possa fazer um bom planejamento de cuidados ao longo do adoecimento.

Nesse contexto, compreendendo melhor como os familiares vivenciam esse processo e quais as melhores formas de intervenção para a tomada de decisões, pode-se aprimorar a prática de Cuidados Paliativos por meio da prática de Reuniões Familiares, nas quais “o profissional deve convidar o paciente e a família a participarem na tomada de decisão e implementação dos cuidados, acomodando e ajustando suas habilidades para construir um bom relacionamento baseado na confiança.” (BOUSSO; POLES, 2009, p. 196)

Segundo Galriça (2003), as principais necessidades apresentadas pelos familiares estão relacionadas ao acesso a informações, respeito pelos seus valores, possibilidade de participação nos cuidados e certeza de que são prestados os melhores cuidados para o paciente. Portanto deve-se considerar que a Reunião Familiar é um instrumento de cuidado que pode alcançar a maior parte dessas demandas e precisa ser cautelosamente indicado e planejado para que cumpra o efeito a que se propõe.

As finalidades dessa intervenção apresentados por Galriça (2003) são: esclarecer os objetivos do cuidado, buscar a resolução de problemas, abordar limitações na comunicação, oferecer apoio e acolhimento aos familiares, convidando-os à expressão de suas preocupações, sentimentos ambivalentes e medos, assim como acessar os recursos familiares para a resolução de questões pendentes.

Vale ressaltar que ao final da RF, cabe à equipe reforçar sua disponibilidade de suporte aos familiares diante de outras questões que surgirem, para que ela se sinta à vontade de buscar apoio “caso algum aspecto necessite de acolhimento ou esclarecimento posterior, tendo em vista que o que for escutado pela família durante a reunião estará em processo de assimilação ao longo do tempo em que o paciente estiver sob os cuidados da equipe.” (CAVALCANTE; COSTA; FRANCK, 2019, p. 65)

Efeitos da boa prática em RF no cuidado dos familiares

Diante das orientações apresentadas pela literatura em relação à condução das RF, espera-se que essa intervenção promova efeitos nos cuidados com o paciente e os familiares não somente em relação às decisões possibilitadas pelo encontro, mas por proporcionar acolhimento e cuidado com os familiares.

Silva *et al.* (2018, p. 224) apresentam algumas consequências identificadas após uma reunião de família, em relação ao paciente e aos familiares, considerando a “melhora na qualidade dos cuidados”, a promoção da escuta ativa, o esclarecimento de dúvidas e o aumento da confiança na equipe e no conforto dos familiares.

Vale ressaltar que alguns estudos mostram que as reuniões de família são consideradas um momento para a manifestação dos desejos, acesso a anseios, medos, dúvidas e angústias nos participantes e uma intervenção para redução de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão nos familiares enlutados que tiveram a oportunidade de participar dos encontros (LIMA; SILVA; SILVA, 2009; SINGER *et al.*, 2015).

Ademais, para além dos efeitos que resultam dessa intervenção, deve ser considerada também a importância da RF como recurso para facilitar o estabelecimento do vínculo de respeito e confiança entre a equipe de saúde e os familiares, necessário nesse momento do adoecimento. Em relação a esse aspecto, torna-se fundamental que os profissionais tenham treinamento adequado para que seja feita uma comunicação efetiva, que proporcione uma melhor compreensão da condição de doença, o envolvimento ativo no processo de tomada de decisão e o desenvolvimento de recursos que facilitem o enfrentamento da família (SILVA *et al.*, 2018).

O esclarecimento de informações acerca da doença e dos tratamentos propostos são uma parte considerável da RF, visto que é um espaço onde há maior possibilidade de questionamentos e explicações. Entretanto, para além da informação por si só, deve ser estabelecido um espaço de comunicação em que seja possibilitada a escuta das angústias e expectativas dos familiares para além das informações técnicas a serem abordadas. Para que a RF cumpra seu objetivo é fundamental que essa comunicação seja efetiva, de modo que tanto os profissionais de saúde quanto os familiares possam apresentar seus valores e expectativas em relação ao caso.

Após a realização de RF é esperado que alguns aspectos tenham sido relevantes para os familiares, como: acesso a informações, reconhecimento de espaço de comunicação, estabelecimento de relação com equipe e de sensação de acolhimento. Nesse contexto, ressalta-se que essas intervenções não devem ser usadas simplesmente como recursos informativos com objetivo de transmitir dados sobre o tratamento, pois devem ser valorizados aspectos de acolhimento, conforto e tranquilidade da família, assim como envolvimento no processo de tomada de decisões acerca do tratamento (SILVA *et al.*, 2018).

Segundo Galriça (2003), almeja-se com a intervenção de RF que seja promovida uma adaptação emocional individual e coletiva da família em relação à doença ameaçadora da vida, assim como uma preparação para a perda e prevenção de um possível luto patológico. Além disso, espera-se promover melhor capacitação para os cuidados com o doente e o autocuidado do próprio sistema familiar.

Em relação aos efeitos da RF para os familiares, vale ressaltar que Fineberg (2005) considera que a intervenção em si não tem um objetivo terapêutico, mas acaba acessando questões emocionais relevantes que, sendo bem manejadas, exercem efeito terapêutico. Acerca disso, deve-se considerar que:

Por si só, é uma intervenção terapêutica e um amenizador de sofrimento, estando, portanto, alinhada aos princípios norteadores dos CP. Se for conduzida de forma adequada e constituída a partir de objetivos que dialoguem com os sofrimentos identificados no paciente e em sua família, a reunião familiar tende a ser um instrumento muito poderoso de qualificação do cuidado e da relação afetiva entre familiares e equipe. (CAVALCANTE; COSTA; FRANCK, 2019, p. 68)

Vale destacar a importância de que o encontro entre equipe e familiares seja um espaço que proporcione o aprofundamento do vínculo de confiança e da relação entre ambos. O acolhimento

oferecido aos familiares deve ser considerado como uma intervenção que promova suporte às angústias relacionadas ao adoecimento e ao processo de finitude do paciente. Desse modo, a RF deve ser uma intervenção que proporcione cuidado com os familiares, considerando que eles compõem a unidade de cuidados para a qual também se direciona a prática de qualidade em Cuidados Paliativos. A partir disso, considera-se que “familiares como parceiros no cuidado geram resultados assistenciais melhores, menor incidência de luto complicado e maior sensação de recompensas pelos cuidados que ofereceram ao paciente.” (CRISPIM; BRANDÃO, 2018, p. 621)

Cavalcante, Costa e Franck (2019, p. 64) ressaltam que “a partir da oferta de escuta ativa, a família reorganiza o próprio discurso a respeito da vivência de adoecimento e percebe o quanto já percorreu até a chegada em um serviço de CP”. Assim, deve-se sempre avaliar a perspectiva dos familiares em relação às reuniões familiares em CP para que ela seja um instrumento de comunicação efetivo que proporcione acolhimento e cuidado com os familiares para além das necessidades da equipe em relação a tomadas de decisão.

Reflexões finais

Diante do exposto, compreende-se que as Reuniões Familiares em Cuidados Paliativos devem ser consideradas uma ferramenta significativa no suporte aos familiares. Para tanto, devem ser seguidas as orientações apresentadas pela literatura, a fim de que a intervenção seja cautelosamente realizada a partir de um planejamento e organização prévios da equipe para que este recurso promova benefícios tanto para o paciente quanto para seus familiares, visto que eles são uma unidade de cuidado.

Dentre os objetivos principais das RF, destacam-se a tomadas de decisões compartilhada e o planejamento de cuidados, o que sinaliza que este encontro entre equipe de saúde e familiares é um recurso que possibilita a comunicação entre ambos e é muito relevante para a condução do tratamento. Entretanto, é necessário ressaltar a importância de que a RF tenha também o objetivo de promover acolhimento para os familiares, para que eles se sintam confortáveis para abordar suas angústias, medos, expectativas e inquietações em relação à doença e à condição clínica do paciente.

Desse modo, seguindo uma condução adequada, tecnicamente embasada e com espaço para escuta dos familiares, a Reunião de Família pode ser considerada uma ferramenta de cuidado significativa, que deve ser realizada por profissionais capacitados e comprometidos com a proposta de alívio de sofrimento da unidade de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARAZZETTI, G. *et al.* What “best practice” could be in Palliative Care: an analysis of statements on practice and ethics expressed by the main Health Organizations., **BMC Palliative Care**, v. 9, n. 1, 2010.

BOUSSO, R.; POLES, K. Comunicação e Relacionamento Colaborativo entre Profissional, Paciente e Família: Abordagem no Contexto da Tanatologia. *In*: F. SANTOS, **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

CAVALCANTE, L.S.; COSTA, F.F.; FRANCK, E.M. Reunião de família: ferramentas para a construção do plano de cuidados. *In*: CARVALHO, R.T.; ROCHA, J. A.; FRANCK, E. M. (Editores). **Cuidados Paliativos Fisiológicas Orgânicas**. Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas das Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

CLARK, D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders 1958-1967. **Soc Sci Med**, v. 49, n. 6, 727-36, 1999.

CHIDWICK, P., SIBBALD, R., & HAWRYLUCK, L. Best interests of end-of-life: an update review of decisions made by the Consent and Capacity Board of Ontario. **Journal of critical care**, v. 28, 22-27, 2013.

CURTIS, J. R. *et al.* The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: Opportunities for improvement. **Critical Care Medicine**, v. 29, n. 2, 26-33, 2001.

CURTIS, J. R. *et al.* Studying Communication About End-of-Life Care During the ICU Family Conference: Development of a Framework. **Journal of Critical Care**, v. 17, n. 3, 147-160, 2002.

CRISPIM, D.; BRANDÃO, A. Condução de uma reunião de família em Cuidados Paliativos. *In: Manual de Residência de Cuidados Paliativos*. Barueri, SP: Manole, 2018.

FERNÁNDEZ-ISLA, L.E.; CONDE-VALVIS-FRAGA, S.; FERNÁNDEZ-RUÍZ, J.S. Grado de satisfacción de los cuidadores principales de pacientes seguidos por los equipos de cuidados paliativos. **Semergen**, v. 42, n. 7, 476-481, 2016.

FINEBERG, I. C.; KAWASHIMA, M.; ASCH, S. M. Communication with Families Facing Life-Threatening Illness: A Research-Based Model for Family Conferences. **Journal of Palliative Medicine**, v. 14, n. 4, 421-427, 2011.

FINEBERG, I.C. Preparing professionals for family conferences in palliative care: evaluation results of an interdisciplinary approach. **Journal of Palliative Medicine**, v. 8, n.4, 857-66, 2005.

FRANCO, M. H. P. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade-psicologia. *In: Cuidado Paliativo*, CREMESP. São Paulo, São Paulo/Brasil: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, 74-76.

GALRIÇA NETO, I. A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Rev port clin geral**, v. 19, n. 1, 2003.

HUDSON, P. *et al.* Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice. **BMC Palliative Care**, v. 7, n. 12, p. 1-12, 2008.

LEAHEY, M. & WRIGHT, L.M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3a. ed. São Paulo: Roca, 2002.

LIMA, A.C.; SILVA, A.S.; SILVA, M.J. Profissionais de saúde, cuidados paliativos e família: revisão bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n. 2, 360-367, 2009.

LOPES, F. S. (2015). Novas configurações familiares: desafios em saúde. *In*: ANDRADE, L. (Org.) **Cuidados Paliativos e Serviço Social: um exercício de coragem**. São Paulo: Editora Setembro, 2015. p. 85-97.

LUFCHITZ, G.H; MORITZ, R.D.; STAMM, A.M. Consultorias em cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva. **Arquivos catarinenses de medicina**, v. 45, n. 4, 53-66, 2016.

MIOTO, R. C. Família, trabalho com famílias e serviço social. **Revista Serviço Social**, v. 12, n. 2, 163-176. 2010.

MULARSKI, R.A., *et al.* Measuring Outcomes in Randomized prospective trials in Palliative Care. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 34, n. 1, 2007.

SILVA, R. *et al.* Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, 218- 226, 2018.

SINGER, A.E. *et al.* A Systematic Review of Family Meeting Tools in Palliative and Intensive Care Settings. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 33, n. 8, 797-806. 2015.

WHO [World Health Organization – 2017]. **10 facts on palliative care**. [homepage na internet]. Disponível em: <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en/> Acesso em: 20 de janeiro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva: WHO, 2002.

UNIDADE III

A MORTE EM DIFERENTES NUANCES

3.1 OS VÍNCULOS DO NASCIMENTO ATRAVES- SADOS PELA MORTE: O BEBÊ E A FAMÍLIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS NA EXPERIÊNCIA VI- VIDA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE⁹

Ana Maria Ferreira Alves

*E ao amanhã a gente não diz
E ao coração que teima em bater
Avisa que é de se entregar o viver [...]
Deixa o amanhã e a gente sorrir
Que o coração já quer descansar
Clareia a minha vida, amor, no olhar.
(LOS HERMANOS, 2005)*

Introdução

O nascimento dos bebês, tradicionalmente, era assistido por mulheres nomeadas como ‘aparadeiras’, ‘comadres’ ou mesmo ‘parteiras-leigas’, os quais aconteciam em casa. Essas eram responsáveis por cuidar das mulheres durante a gravidez e o parto, incluindo também os cuidados com o recém-nascido, perdurando por todo puerpério. Tal cenário retrata como o período perinatal era vivenciado em um ambiente estimulador à participação de toda a família. Entretanto, a partir do avanço da medicina, os médicos, em sua maioria homens, conceberam o parto como escopo de sua atuação, dando origem a obstetrícia, os quais adotaram um discurso anatômopatológico e centrado no risco de vida à mulher (BRENES, 1991).

⁹ Capítulo adaptado do Trabalho de Conclusão de Residência *A proximidade entre o nascer e o morrer: cuidados paliativos em neonatologia na experiência vivida dos profissionais de saúde de Unidades de Terapia Intensiva de uma maternidade em Fortaleza* (2016), apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde na Área de Concentração Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), de autoria de Ana Maria Ferreira Alves, sob orientação da Profa. Dra. Maria Lucimeyre Rabelo França e coorientação da Profa. Dra. Anna Karynne Melo.

Como repercussão deste avanço, com o objetivo de garantir a sobrevivência de neonatos prematuros, surgiram os primeiros berçários no século XIX que se destinavam à regulação da temperatura, à alimentação por técnicas cuidadosas e à proteção contra infecções. Com o desenvolvimento das tecnologias, no decorrer do século XX, houve uma especificação em Unidade de Terapia Neonatal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (WAECHTER; BLAKE, 1979). Nesse contexto, não se admitia a participação da família, visto que não havia razão na presença dessa no contexto hospitalar, pois o risco de infecções era alto e as práticas eram centradas na doença do neonato.

No Brasil, atualmente, a Portaria Nº 930 de 10 de maio de 2012 estabelece as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, a qual regulamenta as Unidades de Terapias Intensivas Neonatal (UTIN). Nesta portaria, o recém-nascido é considerado a criança com idade de 0 a 28 dias de vida. É preconizado que os cuidados aos recém-nascidos (RNs) aconteçam de forma progressiva, com adequação das estruturas assistenciais de acordo com a necessidade clínica do bebê, através de uma articulação das Unidades Neonatal. Os RNs que fazem uso de ventilação mecânica; os que precisam de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; os menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso menor de 1.000g; dentre outras gravidades recebem assistência nas UTINs (BRASIL, 2012).

Constata-se que as UTINs são constituídas de aparatos e contínuas inovações tecnológicas, as quais possibilitam a vida dos bebês, intencionando o mínimo de morbidade, que é o objetivo desde sua implementação. É um ambiente no qual é caracterizado pelo risco de morte e destinado a evitar a morte, entretanto, paradoxalmente, pouco se é considerada a finitude da vida.

Em algumas situações, apesar dos recursos humanos e tecnológicos especializados, a morte neonatal é inevitável, podendo apenas ser adiada, colocando em questão o limite do uso dessas tecnologias. Essas constituem um dilema ético na neonatologia, o qual envolve a equipe e a família (BARBOSA *et al.*, 2008).

Ressalta-se que é nesse contexto que as famílias possuem os contatos iniciais com os bebês, os quais, antigamente, aconteciam no espaço do domicílio, passaram a ocorrer no hospital, perdurando nesse lócus nos casos dos bebês com complicações em suas condições clínicas. Atualmente, abrange-se como fundamental a presença dos entes queridos no espaço de cuidados neonatais, no qual se constrói a vinculação entre pais e filhos (BRASIL, 2017), primordial para a constituição do ser humano, admitindo que a família é o primeiro núcleo de socialização do sujeito (BOWLBY, 1989).

O vínculo do neonato com a família possibilita a entrada no universo da linguagem e a segurança através do apego, tendência evolutiva do ser humano para estabelecer laços. Esse investimento afetivo é suporte emocional, que promove redução do estresse e aumenta o bem-estar para o bebê, sendo tudo isso fundamental para o começo da vida (BOWLBY, 1989).

Nessa perspectiva, o início e o final da vida se encontram na UTIN, alertando que os profissionais devem perceber tanto a importância de facilitar o vínculo da família com o bebê como a dificuldade de lidar com a morte, a fim de evitar procedimentos terapêuticos fúteis para manter a vida do bebê a qualquer custo. Tal olhar está presente nos cuidados paliativos na neonatologia (SILVA; SILVA; SILVA, 2019), nos quais podem ter como candidatos pacientes com falha terapêutica, pacientes malformados incompatíveis com a vida, pacientes prematuros com complicações clínicas que evoluirão para cronicidade, pacientes com sequelas neurológicas graves, dentre outros. (CATLIN; CARTER, 2002).

No contexto paliativo da UTIN, o que é preconizado é a promoção da melhor qualidade de vida, o conforto e o alívio dos sintomas físicos do bebê com ameaça de vida, abrangendo a diminuição do sofrimento emocional e espiritual da família com respeito e integridade aos aspectos culturais e crenças espirituais, mesmo após a morte do recém-nascido (BARBOSA *et al.*, 2008).

Percebe-se que nesse cuidar paliativista é centrado na participação da família, a qual é vista como integrante da assistência ao bebê, o que nos remete a outro olhar para essa complexidade de laços familiares no contexto da possível morte do neonato e a atitude dos profissionais de saúde diante desse cenário (KENNER; PRESS; RYAN, 2015).

Devido a tal peculiaridade mobilizadora intrínseca à UTIN, foi questionado como os profissionais de saúde experienciam o cuidar de bebês sem prognóstico, o que acontece com estes na sua atuação na UTIN e como os cuidados paliativos surgem neste contexto.

Compreende-se que há um emaranhado entre a equipe de saúde, os bebês, a família e o ambiente da UTIN, no qual há uma afetação nestas relações, a partir da perspectiva de que o mundo é o campo de experiência do homem, caracterizando um homem mundano, que constitui o mundo e é constituído pelo mundo (MERLEAU-PONTY, 2006).

Com este entendimento, aponta-se que os profissionais de saúde da neonatologia são parte da UTIN e esta, parte dos profissionais, não sendo possível dissociá-los, admitindo uma multiplicidade de contornos que os envolvem como aspectos sociais, históricos, culturais, biológicos, dentre outros, que permeiam esta constituição (MERLEAU-PONTY, 2006). Como também, não fragmentamos o sujeito em aspectos profissionais e pessoais, mas o percebemos como uma pessoa que é profissional da saúde e, sua existência é atravessada por variadas dimensões, indo contra uma dicotomia de papéis do sujeito.

Pertencentes a este contexto da neonatologia, foi realizada uma pesquisa com o objetivo de compreender como os profissionais de saúde de UTINs em um hospital-maternidade de alto risco em Fortaleza experienciam os cuidados paliativos neonatais a partir de uma perspectiva fenomenológica crítica.

Neste capítulo, apresenta-se um recorte dessa pesquisa, advinda do trabalho de conclusão da residência multiprofissional em saúde da mulher e da criança da autora, o qual surgiu a partir da percepção de não haver, na época, na referida instituição, um programa de cuidados paliativos, apesar do perfil da maioria dos bebês que se hospitalizam aproximarem-se dos descritos como elegíveis nos cuidados paliativos. A proposta deste capítulo é discutir-se duas categorias emergentes da pesquisa, nas quais surgiram a significação do bebê sem prognóstico e a afetação dos profissionais da UTIN em relação à família dos neonatos.

Metodologia

Neste estudo utilizou-se uma abordagem qualitativa, a qual tem como premissa a apreensão dos fenômenos e das dimensões humanas neles envolvidas. Diferencia-se da quantitativa em sua natureza, pois sua complexidade está além das variáveis e da estatística, portanto abrange o fenômeno nos significados das ações e das relações humanas (MINAYO, 2003).

Aponta-se que a pesquisa qualitativa possibilita o foco em estudos de processos humanos para além do aparato biotecnológico, fazendo necessário superar os conflitos existentes dentro do próprio campo, sendo pertinente a problematização das terminologias empregadas (BOSI, 2012). É reconhecida pela característica dos termos estruturantes da pesquisa, como primícias, substantivos, experiência, vivência, senso comum ou ação e verbos para

acessar a matéria prima delimitada para pesquisa, como, compreender, interpretar ou dialetizar (MINAYO, 2012).

Esta pesquisa qualitativa foi delineada como um estudo de campo que ocorreu em um hospital-maternidade situado na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Possui como característica ser um hospital-escola classificado como nível de atenção terciário que presta assistência de média e alta complexidade. É referência em gestação de alto risco atuando como Centro de Apoio às Boas Práticas em Atenção Obstétrica e Neonatal no Nordeste do Brasil e possui a titulação de Hospital Amigo da Criança dada pelo Ministério da Saúde.

A fase do campo, momento que aconteceu a coleta de dados, ocorreu de outubro a dezembro de 2015. Os sujeitos colaboradores da pesquisa foram os profissionais de saúde das UTINs, considerando que especificamente neste setor, muitos recém-nascidos internados possuem adoecimentos que ameaçam à vida.

Foi delimitado como colaboradores um profissional de cada categoria da equipe multiprofissional, assumindo a existência das particularidades de cada núcleo de atuação, entretanto, sem nos deter-se a essa análise em nosso estudo. Como critério de inclusão, estipulou-se ser profissional diarista do setor UTIN e como exclusão aqueles que não encontramos conciliação de horários e profissionais em processo de formação acadêmica ou em pós-graduação, devido à rotatividade nos serviços.

Dessa forma, não foi possível a colaboração do profissional fonoaudiólogo da equipe, por não conciliar horário. Foram entrevistados oito sujeitos colaboradores: um neonatologista, um enfermeiro, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um assistente social, um farmacêutico e um técnico de enfermagem.

Como método, foi utilizado o fenomenológico crítico a partir da perspectiva de Merleau-Ponty (MOREIRA, 2004) para acessar a experiência vivida dos profissionais de uma UTIN. Tal méto-

do emergiu com a necessidade de estudar o que há de mais próprio do humano, a experiência vivida, em contraponto ao método experimental das ciências naturais, aderido pela psicologia no século XX, que dominavam apenas o observável (FORGHIERI, 1993).

Existem várias fenomenologias, as quais vão diferenciando-se em seu passo a passo, mas com características semelhantes. O que há de comum nas várias modalidades de pesquisa fenomenológica diz respeito à redução fenomenológica e à intersubjetividade na relação pesquisador-sujeito (AMATUZZI, 1993). A perspectiva fenomenológica denominada como crítica possibilita entender que não há uma essência definida, uma verdade absoluta, esta é um movimento que está em constante gênese (MOREIRA, 2004).

Ao invés de acessar o conhecimento teórico dos profissionais de saúde, foi objetivado compreender a experiência vivida delas na UTIN. Para tanto, utilizou-se como instrumento a entrevista não estruturada, composta de apenas uma pergunta norteadora que visa à descrição do significado (AMATUZZI, 1993). Delimitamos a seguinte pergunta para a entrevista: “No seu processo de cuidado do bebê em uma UTIN, como você experiencia os cuidados paliativos na neonatologia?”.

As entrevistas foram agendadas previamente com os sujeitos colaboradores e realizadas na própria instituição em estudo, a maioria na sala da psicologia, sendo respeitado o silêncio e a privacidade. Apenas duas foram em salas do setor da neonatologia, por impossibilidade da saída dos colaboradores, entretanto, mantidas as condições de sigilo. Com anuência dos colaboradores, gravamos as entrevistas, as quais foram transcritas, sendo resguardado o anonimato dos mesmos.

Atribuiu-se aos colaboradores nomes fictícios, os quais foram escolhidos a partir da vivência profissional da pesquisadora com crianças que vieram a falecer, a fim de homenagear a existência delas no mundo. Sendo selecionados os nomes que remetem

ao dessas crianças, sem também identificá-las: Gabriela, Clara, Laís, Victória, Samile, Jasmim, Paloma e Ana.

Como pesquisadora, ao intencionar investigar o mundo, é necessário colocar-se enquanto homem mundano, admitindo a condição de não separar-se do mundo, sem pousar em um lugar de neutralidade ou de sujeito-objeto. A pesquisadora está entrelaçada aos nossos sujeitos colaboradores e para compreender a experiência vivida deles, realiza-se a redução fenomenológica (MOREIRA, 2004).

A redução fenomenológica é a suspensão dos ‘*a priori*’, tenta-se deixar suspenso os pré-conceitos, a familiaridade com mundo, para compreender o mundo vivido do outro, admitindo estar enraizado no mundo, assim não há uma neutralidade, mas será sempre uma tentativa (MERLEAU-PONTY, 2006).

As entrevistas e análise dos dados (até a última etapa) aconteceram a partir da redução fenomenológica, o que possibilitou estar-se aberta ao que emergiu na pesquisa. Através método fenomenológico, a análise dos dados aconteceu em três momentos diferentes: divisão do texto nativo em movimentos; análise descritiva do significado emergente do movimento e “sair dos parênteses” (MOREIRA, 2004, p. 454).

Primeiro, foram lidos exaustivamente os textos nativos (transcrição das entrevistas) até se impregnar do texto e compreender os movimentos (espécie de categorias) apresentados pelo sujeito colaborador; posteriormente, foram analisados os movimentos compreendidos de forma descritiva; por último, deixa-se de lado a suspensão dos ‘*a priori*’ e a pesquisadora entrelaçou-se a experiência vivida dos profissionais com seu caminho teórico realizado a partir do que emergiu nas entrevistas, se permitindo posicionar-se e colocar a suas impressões.

Destaca-se que sob o parecer de número 1253641 referente à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição pes-

quisada, esta pesquisa respeitou à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, preservando os direitos bioéticos fundamentais do indivíduo.

Resultados e Discussões

A partir da leitura do texto nativo e da sua divisão em movimentos, conforme proposta metodológica de Moreira (2004), foram delimitadas quatro categorias: experienciando cuidados paliativos; significando o bebê sem prognóstico; as famílias dos bebês e a afetação dos profissionais; o atravessamento da morte na experiência vivida dos profissionais.

Cada categoria foi discutida, a partir dos trechos de falas do texto nativo e articuladas teoricamente, retratando alguns dos temas emergentes, também de acordo com o objetivo da pesquisa. Neste capítulo, aborda-se apenas as categorias: ‘*Significando o bebê sem prognóstico*’; e ‘*As famílias dos bebês e a afetação dos profissionais*’, devido à delimitação da proposta do livro.

• Significando o bebê sem prognóstico

Surgiu nas falas, as quais constituíram essa categoria, uma discussão sobre os bebês sem prognósticos. Nessa, são retratados como os profissionais percebiam esses bebês, como era cuidar deles e suas concepções, sendo atribuídos diferentes significados a partir da experiência vivida em ser profissional de uma UTIN:

[...] eles são os últimos a serem prescritos, eles são os últimos a serem examinados, eles são os que os residentes não querem ver, nunca, eles são os que sobram, eles são escondidos de nós mesmos e isso não são só os médicos, eu acho que tudo meio que passa por aí né, é aquela, aquela dor que ninguém quer ver né (Lais).

eu continuo cuidando do mesmo jeito como um outro que poderia ter muitos muitos anos de vida, porque ali é uma vida né, então a gente tem que dá o melhor pra ele enquanto ele viver, enquanto ele tiver ali, não tô dizendo que “ah ele vai morrer amanhã”, de jeito nenhum eu não penso assim, porque ele não vai ter uma vida eu não vou fazer isso, Deus me defenda de uma coisa dessas, porque é uma vida e como deve ser lidado, como um ser humano mesmo que poderia viver muitos muito anos... (Paloma)

Entende-se que a negação da morte pode acontecer quando se prolonga a vida daquele bebê, na tentativa de controlar a morte e evitar o sofrimento advindo por esta ou mesmo quando naqueles cuidados não se considera a finitude da vida, buscando deixar de lado a possibilidade do morrer (SILVA *et al.*, 2017). É importante falarmos que a negação da morte é um mecanismo de defesa transitório saudável, a fixação nesse é que é um complicador (KUBLER-ROSS, 2011):

O fato de concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas atenções nas máquinas, já que elas estão menos próxima de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossos limitações, nossas falhas e, por último mas não menos importante, nossa própria mortalidade? (KÜBLER-ROSS, 2011, p. 13)

Ainda em relação ao cuidar desse bebê sem prognóstico, os colaboradores descreveram os aspectos imbricados a essa experiência: tensão, se colocar no lugar dos pais, sentimento pelo bebê, presença do bebê, dentre a multiplicidade de significados existentes:

então assim, todos os dias em que a gente ia atender, ia fazer os atendimentos para que ele ficasse um pouco melhor, é tinha aquela tensão, se ia passar pro outro dia, se não ia, porque assim, ele era muito instável (Ana).

[...] então eu fico penalizada, não me atrapalha no trabalho, não me impede de trabalhar, mas eu eu tenho, eu fico penalizada pela mãe, pelo bebê né e... (Samile).

Já [contato com bebê sem prognóstico]. Geralmente, a gente já começa a se preocupar mais com o bebê, quando eles começam a usar alguns tipo de medicações [...]. (Victória).

mas pra mim, o que tem ficado muito claro é que enquanto o bebê tá lá, você tem que dar sua atenção, seu cuidado, seu toque, a sua esperança né [...]. (Clara).

Identifica-se nessas falas que os colaboradores manifestaram a existência de um vínculo com neonato, o qual é determinante para a existência desse bebê e sua qualidade de vida. Faz-se necessário que haja um investimento afetivo da equipe com esse recém-nascido, o que dará significado a esse sujeito no mundo, proporcionando o atendimento as necessidades do bebê, o que proporcionará também uma satisfação ao profissional, iniciando, nessa perspectiva, uma relação entre eles (MARTINS, 2000).

Quando se consegue ultrapassar a negação, possibilita-se aprender no compartilhamento da experiência desse bebê e de sua família, entrando em contato os modos de enfretamento e adaptações do humano, acontecendo um crescimento pessoal e profissional, a partir da abertura para a expressão do outro (KÜBLER-ROSS, 2011).

Um estudo realizado com enfermeiros de uma UTIN no processo de morrer do bebê aponta o envolvimento do profissional nos cuidados ao bebê, retratando os sentimentos vivenciados nesse cuidar como perda, tristeza, angústia, impotência, frieza, dentre outros e a necessidade da equipe vivenciar as emoções, encarando seus limites (AGUIAR *et al.*, 2006).

O envolvimento é intrínseco ao cuidado, o qual é retratado como estando presente desde o nascer até morrer, não visando à cura, mas o alívio e ajuda (AGUIAR *et al.*, 2006). Tal assistência é

caracterizada pelo vínculo construído entre o profissional de saúde e o bebê, o qual necessita dos cuidados advindos da função materna (BOWLBY, 1989), que será realizado também pela a equipe dentro da UTIN (SILVA; SILVA; SILVA, 2019).

Percebe-se nos relatos das entrevistas que há aspectos voltados para o contato de forma mais técnica como também para o contato relacional com este bebê. O cuidado é constituído de múltiplas facetas na área da saúde, desde a operacionalização da assistência ao encontro com a subjetividade do outro, sendo necessário, valorizarmos o cuidado enquanto atitude ética na presença do outro (AYRES, 2004). Quando o profissional se permite experimentar o bebê, abre-se a individualidade deste, as necessidades como um todo, incluindo as afetivas, como exemplo, o olhar para o bebê, o toque, a conversa, para além do aspecto biológico.

Emergindo outro tema, os colaboradores expressaram como são seus olhares para esse bebê, significando estes em sua experiência vivida nos cuidados. Relatam que a criança sente o cuidado e a presença da mãe e refletem sobre o símbolo da criança para a família:

acredito que, o bebê, apesar de ele não falar, ele sente, sente o cuidado, sabe que é a mãe que tá ali, conhece (Paloma).

porque assim eu acho que a pessoa, a criança mesmo naquela situação consegue, assim o calor da mãe e tudo faz bem pra ela (Ana).

mesmo que o indivíduo tenha meio quilo, porque ele é indivíduo, ele é um ser, é um pequeno ser, mas é um ser e praquelas famílias (Lais).

Há quem diga que não, mas eu penso que ele sente né, quando é permitido [pela família] a ele ir (Clara).

O vínculo família/bebê é estruturante para o ser humano tornar-se sujeito no mundo. Todos nascem com aparatos para buscar o outro para sobreviver, o que é entendido como apego,

fundamental para a construção de vínculos (BOWLBY, 1989), até mesmo na condição crítica de um neonato na UTIN. Esse bebê necessita da família para manter sua qualidade de vida enquanto existir, caso contrário, sua experiência mundana será de abandono (MARTINS, 2000).

• **As famílias dos bebês e a afetação dos profissionais**

São movimentos que descrevem como os colaboradores experienciaram os cuidados paliativos em sua atuação profissional na neonatologia, abrangendo a família dos bebês durante a hospitalização na situação de ter um bebê sem prognóstico. Nesta categoria, há uma contextualização da vivência da família na hospitalização do bebê, da relação profissional-família e do processo de comunicar más notícias à família.

Nos trechos abaixo, os colaboradores retrataram as vivências das famílias como um momento de dor e de sofrimento, discorrendo sobre os sentimentos e compreensão delas acerca desse processo, os modos de enfrentamentos e a posição da família na hospitalização do bebê, o vínculo família/bebê, dentre outras dimensões existentes. Expressaram ainda o que acontecem com eles, profissionais, estando com a família nessa vivência:

já a D. [outra mãe de bebê] sim, essa mãe ela sabia que a neném dela poderia ir e ela também tinha, ela tinha, apesar de ela ter a esperança de que a neném pudesse viver um tempo a mais, ela também sabia que quando ela viesse a falecer, era pra ser, por tudo que ela passou [...] (Paloma).

[...] mas assim como aquele momento é um momento de muito sofrimento, muitas delas, eu acho que se afastam por isso ou por diversas outras situações, circunstâncias e, ela se envolver, assim, tanto quanto ela se envolveu, é, mas talvez assim porque o bebê dela passou muito tempo e tudo, ela realmente se empoderou né, da situação e tudo e é muito legal, a gente vê isso (Ana).

[...] de não rejeição ao bebê, porque a gente lida com isso também, bebês que exigem um cuidado mais específico né e tudo, esse, ocorre, da da não aceitação mesmo, não era isso que eu esperava, que queria que meu bebê saísse num outra condição de saúde e tudo né, embora a gente, ela, às vezes, não diga, comparada às mães, a gente percebe a dificuldade, em alguma situações (Gabriela).

Os familiares do bebê, principalmente os pais, sofrem um processo de desorganização com a chegada do bebê em seu nascimento, que é a concretude de sua existência, a partir do encontro com esse bebê que está dependente de recursos tecnológicos para sobrevivência, com a possibilidade de morte iminente (SILVA *et al.*, 2017).

É importante apontar que a ideia da finitude da vida tão próxima ao início dessa é ainda mais mobilizador socialmente, pois é vista como contrário ao ciclo natural, concepção que passa a implantação de cuidados paliativos na neonatologia. Considera-se que o olhar de cada sujeito para a condição crítica do bebê está relacionado aos seus valores, à sua espiritualidade e aos seus recursos psicológicos (CATLIN; CARTER, 2002).

Para a família, surge um recém-nascido que é diferente do que foi idealizado durante a gestação, aquele que seria um bebê saudável com quem iria para casa, sem complicações, tornando-se um momento doloroso para todos, inclusive para a equipe de saúde ao deparar-se com este sofrimento da família, considerando a intensa mobilização quando se cuida de um bebê (SILVA *et al.*, 2017). Apresenta-se como necessário um processo de adaptação, podendo surgir mecanismos de defesa como depressão, negação e aceitação, os quais são envolvidos, com sentimentos de culpa, raiva e tristeza.

Nesse momento emerge a possibilidade de iniciar um processo de luto deste bebê desejado, no qual a equipe de saúde será alicerce para essa elaboração através do vínculo profissional/família, facilitando um encontro com investimento afetivo entre mãe e bebê, o que diminui a angústia dos pais – e da equipe também, pois estará ativa propiciando conforto aos familiares (BRASIL, 2017).

Compreende-se que o relato é da experiência dos profissionais, apenas a própria família pode trazer como foi realmente esta vivência a partir da expressão dos mesmos (MERLEAU-PONTY, 2006). É possível aos profissionais acessar as emoções da família, quando facilitam um canal de comunicação fluente com esses (BARBOSA *et al.*, 2008).

Em outros movimentos percebidos nas falas dos colaboradores, foram delineados como os profissionais experienciam a relação com a família, como são afetados e como percebem que deve ser essa relação. Foi descrito como acontece o contato com a família ou mesmo a ausência desse contato:

quando a gente, inclusive, como essa mãe, a gente passa a criar um vínculo e acompanhar e conhecer a história e lida com expectativas, com sonhos, com tanta coisa (Gabriela).

Então, eu gosto muito também de fazer amizade com os pais, com as mães “olha é assim que acontece é assim que a gente faz”, vai ensinando (Paloma).

Não. Com a família, geralmente, a gente não tem contato [...] Exceto quando o pai ou a mãe tão do lado da incubadora e a gente precisa do prontuário e eles nos abordam como qualquer outro profissional de saúde, querendo saber do bebê, aí dá uma olhadinha no prontuário e vê no que pode ajudar, mas as orientações realmente, o médico e a enfermeira que são os mais adequados a dar orientação da terapêutica que a gente vê né... certo? (Vitória).

Então assim não dá pra, né, dizer, na minha visão, que é só boa, porque chega a ser muito rotativo e umas, você percebe o vínculo e outras, não um vínculo tão fortalecido. Nós temos duas profissionais com vínculo bem fortalecido né, de chorar junto, de tudo isso. Outros se protegem né. (Clara).

Aponta-se que na relação dos profissionais de saúde com a família emergem aspectos significativos de como os envolvidos estão vivenciando a crise da existência de um neonato com risco iminente de morte, o que está intrinsecamente relacionado aos vínculos que foram estabelecidos entre todos.

Os profissionais são o primeiro contato da família ao adentrar na UTIN. É a possibilidade inicial que aparece para a formação de um vínculo. O modo como esse encontro acontece constitui-se como base para a vivência dos pais no processo de hospitalização do filho. Tal afirmação mostra a importância de haver um acolhimento deles por parte dos profissionais. É a equipe que apresenta o recém-nascido para os entes queridos, e a partir de então, torna-se facilitadora do vínculo bebê/família, como também constrói uma relação com ambos (BRASIL, 2017).

Entende-se que essa relação da equipe com a família é embasada nas condições emocionais e enfrentamento do profissional em lidar com o sofrimento dessa com a proximidade do morrer. Quando esse é insuportável, acontece um distanciamento para com os familiares, seja como hostilidade ou não envolvimento (KOVÁCS, 2010).

Nessa perspectiva, compreende-se que é fundamental o profissional de saúde conhecer-se, o qual deve manifestar entendimento sobre seus sentimentos na relação com a díade família/bebê, a fim de estabelecer um vínculo com essa, visto que a proposta da filosofia dos cuidados paliativos é o cuidado centrado na família (KENNER; PRESS; RYAN, 2015).

Na literatura, há poucos estudos sobre o conhecimento acerca deste profissional de saúde que vivencia os cuidados paliativos, a maioria é direcionada à atuação da equipe com a família (BRAGA, 2013).

Instiga-se a apontar a dificuldade percebida dos colaboradores em se colocarem durante as entrevistas, expressarem sua percepção, seus sentimentos e emoções, estando sempre inclinados a falar sobre a atuação e procedimentos. Percepção nossa advinda do entendimento de que há uma diferença em falar sobre aspectos de forma teórica, sem implicar-se no que está sendo dito e expressar sua experiência, o que acontece consigo em sua totalidade, movimento anterior ao pensamento reflexivo (MERLEAU-PONTY, 2006).

Como intervenções em sua atuação profissional, realizadas com a família em suas experiências em trabalhar em uma UTIN, foram descritas as orientações à família, a inclusão das famílias no cuidado, a promoção do contato da família com o bebê, as atividades lúdicas e o suporte à família:

a maioria, a gente conversa com elas e diz “conversa com seu bebê, fala pra ele que você tá aqui porque ele já conhece a sua voz, porque você não conversava com ele na barriga? Então ele já” aí a gente vai conversando assim e elas vão entendendo e vão se aprofundando mais no cuidado (Paloma).

tava sempre presente em em, até ajudava a gente nos cuidados, a gente fazia questão de atender quando ela estivesse [...] porque ela ajudava no atendimento, assim pra bebê com certeza devia ser assim um alento né? (Ana).

porque logo no começo quando tava, quando tava assim mais grave não, mas assim quando dava pra ela trocar a fraldinha dela né, segurar a dieta, eu tentava incluir ela nos cuidados né, bota a nenenzinha dela, ela já ficava com a nenenzinha dela nos braços, mesmo tando entubada né, então a gente tenta fazer esse, não só eu, mas a equipe toda da UTI, tenta fazer é esse vínculo, estreitar esse vínculo da mãe com o bebezinho, mesmo sendo um bebezinho que não era viável (Samile).

Pois é, ela era uma pessoa difícil então era difícil também ajudá-la, a gente só conseguia ajudar aquilo que ela deixava, ela só abria pra gente, aquilo que ela queria abrir né, ela só falava, então ela não era um pessoa que explanava muito o que tava sentindo, ela só tava assim com um humor diferente “o que foi que aconteceu?” aí ela dizia que tava chateada que o neném tinha piorado, mas não era aquela pessoa que gostava de falar, a gente trazia atividade pra ela fazer, ela fazia todas as atividades, todas, ela ia atrás de mim em todos os lugares pra fazer as atividades [...] (Jasmim).

[...] no que cabe a gente, o tempo que ela fica aqui, a gente tenta dá o apoio necessário enquanto equipe multiprofissional mesmo né, não só o serviço social, mas todo mundo conjunto, dando uma segurança maior né, trabalhando as questões que são necessárias pra que essa família [...] (Gabriela).

Compreende-se que as intervenções realizadas pelos profissionais possibilitaram perspectivas para essas famílias ampliarem o vínculo família/bebê, propiciando espaço para elaboração da vivência com recursos de enftretamento da situação, dentre a amplitude apresentada nas falas.

A facilitação da convivência com este bebê, inserindo os pais no cuidado, o contato com o bebê, preservando a relação pais-filhos, é minimizador de sofrimento e traz benefícios para o bebê, para a família e para a equipe, que inclusive compartilha a responsabilidade dos cuidados (KENNER; PRESS; RYAN, 2015). Resguardar a relação pais-filhos diz respeito a oferecer aos pais o direito de exercer seus papéis tradicionais de pais como cuidadores, protetores, decisores e fornecedores de amor e ternura física (MEYER, 2013).

Entretanto, admite-se que no contexto da possibilidade de morte iminente, a formação desse vínculo é atravessada pelo medo da finitude da vida. Há uma ideia que assombra a família de que quanto mais houver envolvimento, maior será a dor. Porém, afirma-se que esse afastamento causado pelo medo é complicador para o processo de luto dos entes familiares (MARTINS, 2000). Ao contrário, o apego seguro em um vínculo bem estabelecido proporcionará aos pais o conhecimento do filho e o atendimento da necessidade de ambos, fatores que são facilitadores para o processo de luto (BOWLBY, 1989).

Neste processo com a família, os colaboradores expressaram como experienciam e vivenciam a comunicação de más notícias às famílias, constituindo um tema emergente. Nos trechos foi relatado que a comunicação é experienciada como fundamental na relação com a família, sobressaindo a forma como ela acontece e é sentida pelos profissionais.

[...] porque a comunicação é muito importante né, em todo esse processo [...] Algumas bem pesadas assim na forma de falar, outras com mais cuidados né, mas já acompanhei sim, né, falando da gravidade, não o nome, às vezes, o nome paliativos eu escuto, acho que nunca escutei, mas assim, de falar da gravidade, de prognóstico já (Clara).

[...] e eu gosto de dizer assim “ainda tá vivo, tá aqui” né, que tenha a melhor forma que você pode tá ainda com ele e tal, no toque, na fala, cantando, se você cantava pra ele na barriga, então os cuidados com o bebê em situação como essa e a família [...] (Clara).

acho que a gente tem que ter uma relação muito transparente com as famílias também porque, vamos ser prática, se você não confia em mim e não acreditar no que eu falo, como é que você vai acreditar que eu tô lhe dizendo seu filho não tem solução (pausa) né assim é a notícia mais dura que se pode dizer para uma mãe [...] você precisa ter uma relação muito próxima com essas famílias mesmo (Lais).

De certa forma era bom assim eu escutar, saber que ela tava se preparando, entendeu? Eu achava que assim, que ela tava se preparando, a gente nunca tá preparada, eu acho, mas assim, ela tinha uma consciência né, então assim, é é bom pra gente saber que talvez o sofrimento não seja tão tão grande, porque ela realmente tinha consciência (Ana).

Percebe-se que os profissionais descreveram possibilidades de realizar uma melhor comunicação de notícias ruins a partir do entendimento deles. O processo de comunicação entre equipe e família é fundamental para melhor adaptação da família e da equipe, evitando conflitos entre os lados (GAZZOLA; LEITE; GONÇALVES, 2020).

É necessário e, desejado pelos pais, que a conversa com a equipe seja clara, existindo um entendimento por parte destes a partir de uma proximidade, diálogo sincero e suporte aos familiares (BRASIL, 2017).

Não são incentivadas atitudes de poupar informações, ha-

vendo uma crítica à comunicação paternalista que diz respeito à postura da equipe em determinar o que é melhor para informar aos familiares. Como também, uma quantidade alta de profissionais, comum nos rodízios de plantões, provendo informações que divergem entre si, sendo colocada a importância de um responsável na equipe para os cuidados e comunicação com a família. Compreende-se a necessidade de perceber as preferências das famílias neste processo, o que será de acordo com as condições em suportar a complexidade e a ambiguidade intrínseca ao momento (MEYER *et al.*, 2013).

É importante pensar-se no preparo e formação dos profissionais da área da saúde para tal missão, incluindo suas condições de trabalho. Percebe-se que os profissionais de saúde são afetados pela família que emerge na sua experiência vivida em UTIN com um bebê sem possibilidade de cura. Nessa relação, sentimentos variados são emergidos, os quais podem ser facilitadores ou complicadores para o estabelecimento de vínculos entre os envolvidos (KÓVACS, 2010).

Aponta-se que mesmo sem haver a implantação dos cuidados paliativos na instituição, surgiu um olhar diferenciado para a família do bebê com risco iminente de morte, o que mostra uma inclinação da equipe de saúde para tais cuidados, principalmente, ao tratar-se da comunicação de más-notícias. Porém, existe um distanciamento da proposta de assistência centrada na família (SILVA; SILVA; SILVA, 2019), mesmo havendo práticas de atendimento às mães, os familiares ainda são assistidos de forma periférica, pois é priorizada uma atenção à doença do neonato.

Dessa forma, afirma-se que é necessária uma discussão sobre a abrangência dos cuidados paliativos na neonatologia com o objetivo de promover uma assistência centrada no bebê e na família diante da finitude da vida. Tal proposta é embasada na premissa dos profissionais de saúde possuírem capacitação e autocuidado

para lidarem com seus sentimentos e o com os da família. Portanto, urge mais estudos que possibilitem essa reflexão no contexto de um UTIN para promover-se melhor bem-estar aos bebês e seus familiares.

Considerações Finais

Compreende-se que foi possível acessarmos a experiência vivida dos profissionais de saúde de uma UTIN de um hospital-maternidade referência em Fortaleza, a partir da lente fenomenológica crítica, que permitiu a emergência dos significados atribuídos pelos profissionais, buscando nos desprender do julgamento teórico anterior, abrindo-nos aos fenômenos que surgiram.

Percebe-se a importância de escutar os profissionais de saúde e intencionar aproximar-se da perspectiva deles acerca dos cuidados paliativos, nos possibilitando a compreensão de como são afetados pelos bebês e pela família nesse contexto. No reconhecimento do bebê como pertencente a uma família que sofre pela condição clínica do filho, os profissionais discorreram sobre o relacionamento com esses e sobre comunicação com família inerente a esse processo, apontando como satisfatório para a equipe, ajudá-la, reconhecendo também as dores sentidas por ela.

Foi identificada a importância dos vínculos equipe/bebê, família/bebê e família/equipe por parte dos profissionais de saúde. Esses relataram sobre como percebiam os bebês sem prognóstico através da sua relação com esses e a relação dos pais com os filhos na UTIN, apresentando intervenções que favorecessem a construção de laços mãe/bebê, bem como o estabelecimento de uma relação da equipe com a família. Compreende-se que esses vínculos são base de todo o processo de experiência dos envolvidos na hospitalização do bebê sem possibilidades de cura, condição clínica que delinea o caráter peculiar na constituição dessas relações.

Aponta-se que há um entrelaçamento entre o apego e o luto, no qual a equipe de saúde aparece como facilitadora do processo de vinculação da família com os integrantes dessa e com o bebê, e como promotora da elaboração dos sentimentos dos familiares diante da finitude da vida. Entretanto, notamos que os cuidados ainda não são centrados na família, como também não há um preparo na formação dos profissionais de saúde para lidar com os familiares neste momento de dor, o que pode ocasionar um distanciamento desses.

Por fim, percebemos como são propícios maiores aprofundamentos, sendo sugeridos estudos em relação aos cuidados paliativos na neonatologia, visto a necessidade dessa assistência aos bebês, às famílias e à equipe, principalmente no que diz respeito à experiência dos profissionais de uma UTIN neste processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, I. R. *et al.* Envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em unidade neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo: v. 19 n. 2, p. 131-137, 2006.

AMATUZZI, M. Etapas do processo terapêutico: um estudo exploratório. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília: v. 9, n. 3, p 1 – 21, 1993.

AYRES. J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo: v.8, n.14, p.73-92, 2004.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 17 n. 3, p. 575-586, 2012.

BRAGA, F. C. **Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva neonatal**: práticas e percepções de profissionais de saúde. 2013 (Dissertação de Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BRASIL. **Atenção humanizada ao RN de baixo peso: método canguru**. 3 ed. Ministério da Saúde: Brasília, 2017.

BRASIL. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 20 jul. 2015.

BARBOSA, S. M. M. *et al.* Particularidades em cuidados paliativos: período neonatal. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: 2008.

BOWLBY, J. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 7 n. 2, p. 135 – 149, 1991.

CATLIN, A. CARTER, B. Creation of a Neonatal End-of-Life Palliative Care Protocol. **Journal of Perinatology**. Nova York: 22, p. 184-195, 2002. DOI: 10.1038/sj/7210687.

FORGHIERI, Y. **Psicologia fenomenológica**: fundamentos, método e pesquisas. São Paulo: Pioneira, 1993.

GAZZOLA, L. P. L.; LEITE, H. V.; GONÇALVES, G. M. Comunicando más notícias sobre malformações congênitas: reflexões bioéticas e jurídicas. **Revista Bioética**. Brasília: v. 28, n. 1, p. 38-46, 2020.

KENNER, C.; PRESS, J.; RYAN, D. Recommendations for palliative and bereavement care in the NICU: a family-centered integrative approach. **Journal of Perinatology**. Nova York: 35, S19-23, 2015. DOI: 10.1038/jp.2015.145

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: v. 34 n. 4, p. 420-429, 2010.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 2ª tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

MARTINS, M. F. Os pais e a possibilidade da morte do filho prematuro de Risco. 2000 (Dissertação de Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro, 2000.

MERLEAU-PONTY. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MEYER, E. C. *et al.* Improving the Quality of End-of-Life care in the Pediatric Intensive Care Unit: Parents' Priorities and Recommendations. **PEDIATRICS**. V. 117 n. 3, 2013.

MINAYO, C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 17, n. 3, p. 621 – 626, abr, 2012.

MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como Ferramenta Crítica na Pesquisa em Psicopatologia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre: v. 17, n. 3, p. 447 – 456, Mar, 2004.

SILVA, E. M. B.; SILVA, M. J. M.; SILVA, D. M. Perception of health professionals about neonatal palliative care. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 72, n. 6, p. 1707-14, 2019.

SILVA, I. N. *et al.* Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos. **Escola Anna Nery**. v. 21, n. 4, 2017.

WAECHTER E.H.; BLAKE, F.G. **Enfermagem Pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

3.2 A MORTE NA INFÂNCIA: COMPREENSÕES SOBRE A MORTE E O MORRER NO AMBIENTE HOSPITALAR¹⁰

Vanilla Oliveira Alencar

Isabel Regiane Cardoso Nascimento

Fernanda Gomes Lopes

Maria Juliana Vieira Lima

- Então qual é a razão para tudo isso? - insisti u a Folha - Por que viemos pra cá, se no fim teríamos de cair e morrer?
Daniel respondeu no seu jeito calmo de sempre:
— Pelo sol e pela lua. Pelos tempos felizes que passamos juntos. Pela sombra, pelos velhinhos, pelas crianças. Pelas cores do outono, pelas estações. Não é razão suficiente?
(Léo Buscaglia, 1999)

Introdução

Este capítulo se propõe a promover uma discussão e levantar questionamentos sobre os enlaces entre a vida e a morte, no contexto da pediatria. Buscaremos discorrer teoricamente alguns aspectos importantes sobre o modo como as crianças podem compreender o processo de morte/morrer, durante processo de hospitalização.

Na cultura ocidental, a palavra ‘morte’ desencadeia sensações e sentimentos de angústia, medo e ansiedade pela possibilidade do homem se defrontar com sua própria finitude ou com a

¹⁰ Capítulo adaptado do Projeto de Pesquisa intitulado *Compreensão da morte e morrer sob o olhar de crianças em contexto de hospitalização* (2019), apresentado ao programa de Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública/ESP-CE, com ênfase em Pediatria, sob autoria de Vanilla Oliveira Alencar e orientação da Prof. Me. Isabel Regiane Cardoso Nascimento, com coautoria de Fernanda Gomes Lopes e Maria Juliana Vieira Lima, egressas da residência que estudam a temática do luto infantil

perda daqueles com quem tem vinculação. Dessa forma, buscamos não pronunciar seu nome em uma tentativa de retardar ou evitar sua chegada. Contudo, essa fuga torna-se inviável a longo prazo, à medida que a morte se faz presente em todo ciclo do desenvolvimento humano, desde o nascimento. À vista disso, abrir espaços para o diálogo sobre o morrer faz-se relevante, tanto para os adultos quanto para o público infantil, como uma tentativa de quebrar esse tabu construído de maneira sócio-histórica.

A perda da saúde e a possibilidade da morte emergem socialmente associadas à velhice e distanciadas da infância, que é percebida como uma fase do desenvolvimento humano em que a vitalidade está em seu ápice. Assim, a morte nesse período amplia o tabu em torno do morrer (KOVÁCS, 2008), contribuindo para a negação de aproximar essa temática das crianças.

Socialmente percebemos que os adultos acreditam ser melhor evitar esse assunto com as crianças, disfarçando ou ocultando a realidade, em uma tentativa de afastamento da dor e do sofrimento. Quando se deparam com experiências de morte, as crianças, muitas vezes, são negadas a dialogar sobre o assunto, participar dos rituais de despedidas ou expressar seus sentimentos a respeito da perda, vivenciando o processo de luto – seja antecipatório de sua morte ou luto pela perda de entes queridos – sozinhas e sem explicações adequadas.

No entanto, essa tentativa de afastamento pode acarretar complicações emocionais aos infantes, pois estes são capazes de perceber e compreender a realidade, e receber informações controversas de seus vínculos de confiança pode desencadear sensações de confusão, angústia, desamparo e solidão. Essa negação de contato com a realidade pode perturbar a vivência do luto – que é uma reação natural à perda –, trazendo consequências importantes ao seu desenvolvimento e elaboração (BROMBERG, 2000; KOVÁCS, 2002; TORRES, 1999).

Para isso, precisamos saber que a estruturação da noção da morte na infância se dá a partir do entendimento de algumas características básicas como irreversibilidade, universalidade e não funcionalidade, que passarão a ser compreendidas no decorrer da maturação da criança e seus aspectos cognitivos. Contudo, vale destacar que essa reação não depende apenas da etapa de desenvolvimento, mas também de outros aspectos, como as experiências individuais que envolvem o contato com a iminência da morte (BASSOLS; ZAVASHI; PALMA, 2013).

Quando a criança vivencia o contexto de hospitalização, se depara com inúmeras perdas, como sua saúde, funcionalidade, autonomia conquistada, rotina escolar e convivência familiar, mas também com a possibilidade de rompimento de seu próprio ciclo vital. A convivência com outros pacientes que podem morrer e sua iminência da morte tornam evidente a necessidade de inserção dessa temática nos diálogos com familiares e equipe de saúde, tanto para a promoção de informações essenciais quanto para acolhimento de questões emocionais emergentes.

Destarte, aponta-se para importância da abertura de espaços de inserção da criança em torno do morrer, possibilitando espaços de significação adaptativa em torno do tema. Assim, valida-se o apoio e a autorização para que as crianças possam falar abertamente sobre as possibilidades de perdas (de si mesmas ou de seus entes queridos) com os adultos, já que, ao estimular que elas expressem os sentimentos sobre suas experiências com a morte, contribui-se para a prevenção de traumas ou de situação disfuncionais e com intenso sofrimento psíquico (PAIVA, 2011).

Diante desse cenário, realizaremos uma discussão teórica sobre o modo como as crianças, em contexto de hospitalização, compreendem o processo de morte e morrer, bem como o lugar que ocupam diante dessa temática, abrindo caminhos para a disseminação de espaços dialógicos em prol da expressão dos sentimentos emergentes e recebimento de acolhimento adequado.

Assim, esse capítulo pretende levantar reflexões quanto a relevância da participação dos familiares e profissionais da saúde na construção da compreensão das crianças no que se refere ao final de vida como fenômeno natural do ciclo vital, possibilitando o acolhimento e auxílio no enfrentamento da morte e na elaboração do luto.

Uma visão histórico-cultural sobre a morte e o morrer

A consciência da finitude é o que humaniza os indivíduos e os diferencia das outras espécies de animais. A morte ocorre quando o homem abre os olhos e passa a enxergar a mortalidade, deparando-se com sua finitude. Assim, compreende-se que o morrer dá sentido ao viver (TORRES, 2012), pois é a partir do contato com a fragilidade da vida que podemos transformar nosso posicionamento no mundo, tornando a existência mais repleta de sentido.

Ao contrário do que se pensa, tomar consciência da possibilidade de morte não deixa o homem inerte à vida. O dar-se conta da própria finitude coloca o sujeito frente a temporalidade e a possibilidade de vivenciar o mundo de forma autêntica. Ao propor reflexões sobre a morte e incluí-la no enlace da vida, abrem-se caminhos para a busca de uma existência mais realizada.

Mesmo diante do crescimento e desenvolvimento pessoal que a consciência da mortalidade nos possibilita, na contemporaneidade ocidental, o homem busca formas de contrapor e superar a morte, combatendo-a como uma grande inimiga a quem tenta vencer. Contudo, essa visão atual do morrer foi construída ao longo dos séculos. É necessário compreender que as expressões da morte na vida do homem estão imersas em contexto cultural, representadas através do cenário sócio-histórico que se encontram esses sujeitos. Assim sendo, ressalta-se que a historicidade do homem transpassa o que se entende por morte e morrer em cada época (ARIÈS, 2012, ELIAS, 2001; KOVÁCS, 2008).

No período medieval, o morrer é representado através da ‘morte domada’. O homem sabe o momento de chegada da sua morte por meio dos signos naturais ou por convicções internas. O morrer faz parte da vida e vive-se em função desse conhecimento. Mantinha-se uma atitude familiar diante da morte, ela era esperada no leito, em casa, junto à família, crianças e vizinhos, onde o moribundo era um sujeito participativo do seu processo de morrer (ARIËS, 2012).

A morte repentina era o maior temor do homem nessa época, considerada desonrosa, não havendo espaço para morrer repentinamente em uma sociedade familiarizada com a morte. Apesar da proximidade com o morrer, mantinham o distanciamento dos mortos, sendo os rituais realizados com o objetivo de manter a separação entre vivos e mortos e, assim, evitar a contaminação física devido a decomposição do corpo (KÓVACS, 2008).

Posteriormente, AriËs (2012) descreve a ‘morte de si’, na qual o homem passa a se preocupar com o que viria após a morte, com o temor ao julgamento final da alma e sua ida para o inferno ou o paraíso. Grande parte das mortes ocorriam no leito, no quarto do moribundo, devido à guerra ou doenças. Aquele que está morrendo tornavam-se testemunha da própria morte, já que nada poderia ser feito para combatê-la, a não ser assistir o embate das figuras sobrenaturais que permeavam o fim da vida.

No século XIX, se fala a respeito da ‘morte do outro’ (ARIËS, 2012). A morte romântica passa a ser desejada, vista como bela. Há aqui a possibilidade de se juntar ao ser amado que partiu, representando a esperança de reencontro com os entes queridos que se foram. Dessa maneira, ocorre a redução do medo da morte, registrada nas artes através dos olhos calmos, relacionada à ideia de repouso. Nesse caminho abrem as portas para o surgimento do Espiritismo e a comunicação entre vivos e mortos (KÓVACS, 2012).

No desenrolar do século XX começa a ocorrer uma alteração do lugar da morte, a chamada ‘morte invertida’. Morrer já não é mais permitido. A partir daí, esconde-se do moribundo a sua morte, sendo destituído do direito de participar do fim da própria vida. O morrer se torna uma vivência solitária e desamparada, e a morte é retirada dos olhos da sociedade e escondida nos hospitais. Passa a ser institucionalizada e medicalizada, sendo responsabilidade do médico e da família, sem que o sujeito tome conhecimento da proximidade do seu fim (ARIÈS, 2012; KÓVACS, 2012; MEDEIROS; LUSTOSA, 2011; VON HOHENDORFF; MELO, 2009). Trata-se, portanto, de um “fenômeno absolutamente inaudito. A morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de interdição” (ARIÈS, 1977, p. 53).

As tecnologias avançam e, com elas, o prolongamento do morrer. No entanto, essa melhoria de equipamentos não possibilita uma morte mais digna. O moribundo é marginalizado, perdendo seu valor, funcionalidade e papel social. Despersonaliza-se o homem, que passa a ser visto como uma doença ou um número de leito. Para Kubler-Ross (2020), o morrer se tornou um ato solitário e impessoal, sendo quase sempre o outro quem decide sobre a pessoa. O moribundo é tratado como alguém sem direito de opinar, como alguém que espera ‘paciente-mente’ pela decisão do outro sobre como irá viver o encerramento do seu ciclo vital.

Assim, na contemporaneidade, a morte é deslocada do seu lugar de fenômeno natural da vida, passando a ser um tema proibido e ignorado. A sociedade que se dirige para o progresso e para a produtividade não possui espaço para se deparar com o corpo real, finito. O ideal é que a morte aconteça, sem que o sujeito saiba que está prestes a chegar, sem que seja permitido viver o morrer (VON HOHENDORFF; MELO, 2009).

Nesse contexto sociocultural, a criança é excluída e afastada. E isso ocorre de duas formas: a primeira diz respeito a uma forte

concepção social de que criança não morre e, por isso, não se deve falar nesse assunto. A segunda baseia-se na ideia de que a criança não possui capacidade para compreender cognitiva e emocionalmente a morte e o morrer. Com isso, começam a surgir pequenas omissões ou histórias fantasiosas sobre a morte, na tentativa de mascarar a realidade da criança, sobre a qual elas irão questionar em algum momento (SALVAGNI *et al.*, 2013), seja com relação a própria morte ou a morte de entes queridos.

No entanto, mesmo sem um discurso direto sobre o assunto, em algum momento, principalmente considerando a morte como elemento constantemente presente no ambiente hospitalar, o acontecimento da morte irá se tornar evidente para a criança, podendo evocar sentimentos de medo e pavor por não compreender aquilo que não foi explicado e cuidado. Ela percebe que existe algo de errado, pois pode perceber suas funções vitais esvaindo, as modificações da dinâmica familiar e os comportamentos estranhos dos adultos, quando em sua presença. A desconfiança com o adulto começa a aparecer, bem como o sentimento de desamparo por não explicarem o que está acontecendo (KUBLER-ROSS, 2020).

Discutir sobre o morrer desperta sentimentos relacionados a proximidade do ser com a própria finitude e com a perda dos entes queridos, trazendo à tona a constatação de que a morte chegará para todos. Então, falar sobre a morte com crianças torna-se ainda mais difícil, e, portanto, evita-se falar sobre o assunto, no intuito de poupá-las da dor, na ilusão de proteção contra o inevitável (YAMAURA; VERONEZ, 2016).

Revisão de Literatura: o que se produz sobre a morte de crianças?

No intento de embasar a problemática em questão e dimensionar as produções científicas em torno do tema, foi realizada

uma revisão de literatura no portal de periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), de 2000 a 2020. Foram utilizados os seguintes descritores na busca: “morte”; “criança e adolescente”; “hospital”. Essas palavras poderiam estar em qualquer campo do registro, tais como título, resumo e palavras-chaves. A busca se limitou às produções português, com estudos finalizados e publicados em periódicos, teses, dissertações e monografias.

Com o uso desses descritores, foram identificadas 421 publicações. No entanto, foram excluídas produções acerca da visão de crianças não internadas sobre a morte, estudos epidemiológicos sobre mortalidade infantil, trabalhos acerca de critérios médicos para definição de doenças e os que versavam sobre a morte de crianças em outras instituições que não fossem a instituição hospitalar por não estarem em consonância com a pergunta de partida desta revisão sistemática. Ademais, foram excluídas as publicações duplicadas.

A partir dos critérios de exclusão, foram selecionadas e analisadas 66 produções acerca da morte de crianças e adolescentes nas instituições hospitalares de saúde por estarem de acordo com os critérios desta busca.

Os dados objetivos dos artigos foram extraídos de acordo com um instrumento de catalogação contendo as seguintes informações: ano de publicação, local de publicação, tipo de publicação, método utilizado, sujeitos estudados, local onde foi realizada a coleta. Já os dados referentes à temática e discussão presente nos artigos foram trabalhados mediante leitura dos resumos e dos textos integrais, destacando seus principais componentes.

No tocante ao ano de publicação, as produções analisadas ocorreram do ano de 2000 a 2020, não havendo publicações no ano de 2008. O ano de 2013 foi o ano com maior número de produções – 10 – e os anos de 2003 e 2004 com a menor produção, apenas

uma. Os tipos de produção que apareceram na revisão foram: artigos científicos, dissertação, monografia, editorial e cartilha.

O número de artigos científicos teve maior frequência: 56 das 66 publicações encontradas, seguidos de seis dissertações, duas monografias, um editorial e uma cartilha. Não foram encontradas teses e outros tipos de publicações. Os 56 artigos científicos foram distribuídos em 31 revistas, destas 18 tiveram apenas um artigo publicado sobre o tema, seis tiveram dois artigos, quatro publicaram três artigos referente à temática, uma teve quatro produções e uma destacou-se com oito artigos que se referiam à morte de crianças e adolescentes em instituições hospitalares.

Em relação à metodologia utilizada nos estudos, 39 foram pesquisas de caráter qualitativo, 12 artigos de revisão sistemática, sete pesquisas quantitativas, seis estudos teóricos e conceituais e duas pesquisas com métodos quantitativos e qualitativos. Os estudos ocorreram em unidades hospitalares que se dedicavam no cuidado às crianças e aos adolescentes. Quanto às regiões do país, 19 pesquisas foram realizadas no Sudeste, 10 no Sul, cinco no Nordeste, uma na Região Norte e duas trouxeram pesquisas de Portugal. Estas foram identificadas na busca por estarem escritas em língua portuguesa.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram prioritariamente os profissionais de saúde, porém 20 estudos preocuparam-se especificadamente com os enfermeiros, um com a equipe médica e um com o serviço de psicologia. 10 publicações, porém, não fizeram distinção entre as categorias e estudaram a equipe de saúde como um todo. Nove estudos focaram a família e quatro dedicaram-se aos próprios pacientes.

Da seleção, foram elaboradas categorias de acordo com a discussão central das obras: 31 tratavam da relação entre o profissional de saúde e a morte de crianças e adolescentes, sendo que 19 deles ressaltaram o despreparo da equipe em lidar com essa questão, sete

enfocaram o sofrimento que vivenciam no contato com a morte dos pacientes e cinco destacaram que a morte no público infanto-juvenil intensifica as dificuldades e sofrimento por parte da equipe de saúde.

Das 66 produções analisadas, 11 trouxeram questões em torno dos cuidados paliativos pediátricos, no qual o objetivo do cuidado é o controle da dor e a qualidade de vida, trazendo dignidade de morte às crianças e adolescentes sem possibilidade de cura e com doença progressiva em estado avançado. As publicações desta categoria apontaram os princípios dos cuidados paliativos e destacaram as dificuldades para os profissionais da saúde em atuar com crianças e adolescentes em finitude.

Ademais, 16 enfocaram na atuação profissional em torno do tema tomando a equipe de saúde como suporte para a família e o paciente no processo de morte e morrer, além de trazer diretrizes e norteadores que auxiliam no processo de cuidar desse público. Por fim, nove trouxeram a experiência diante do adoecimento e da morte para a família e para os pacientes. A categorização dos artigos, portanto, está explicitada no quadro a seguir (Quadro 1).

Quadro 1. Categorização dos artigos.

Categoria	Número de produções	Subcategorias
Relação profissional de saúde e a morte de crianças e adolescentes	31	Falta de preparo
		19
		Sofrimento dos profissionais
		7
		Morte de crianças e adolescentes como intensificadora do sofrimento
	5	
Cuidados Paliativos Pediátricos		11
Atuação Profissional diante da morte de crianças e adolescentes		16
Experiência diante do Adoecimento e da Morte		8
Total		66

De acordo com os achados, indica-se a escassez na produção em torno do tema, tendo em vista que no intervalo de 20 anos apenas 66 publicações diziam respeito à temática em questão. Percebe-se, no entanto, o destaque em torno da relação do profissional de saúde diante da morte de crianças e adolescentes, demarcando que, embora haja notável dificuldade em torno do tema, há um aumento da preocupação no que se refere ao modo como esses profissionais lidam com essa questão e podem, de certa forma, transformar suas práticas em benefício do paciente e atuar de forma a preservar a saúde mental dos trabalhadores. Ressalta-se ainda que, na revisão, apenas quatro produções versaram sobre a percepção da própria criança em torno da morte; sendo esse tema trabalhado no transcorrer deste capítulo.

Apresentou-se algumas lacunas no processo de produção sobre o tema, porém vislumbram-se potencialidades para aumentar as publicações dado que tratam de assunto importante, que deve fazer parte dos estudos, discussões, pesquisas e atuação dos profissionais de saúde. A partir disto, as discussões encontradas nas produções analisadas serão postas para que se possa compreender o que e como a temática da morte de crianças em instituições hospitalares de saúde está sendo trabalhada no intento de fomentar o debate e possibilitar o aprofundamento da discussão.

A morte de crianças e adolescentes é algo difícil de entender e aceitar para a família e para a sociedade, mas também, muito especialmente, para a equipe de saúde. Esta além de ter que encarar a finitude, que por si só é temida e o tema é velado e pouco debatido, quando a morte ocorre em crianças tal fato caracteriza-se como uma ruptura, visto que estas são consideradas como o símbolo da vitalidade, da energia, do futuro e do progresso (COSTA; LIMA, 2005).

A morte nessa faixa etária é interpretada nos trabalhos encontrados na revisão como: interrupção do ciclo biológico considerado natural (SOUSA *et al.*, 2009), impossibilidade de inserção

produtiva da criança no futuro (SANTOS; MOREIRA, 2014) e de contribuir com a sociedade (RODRIGUES; ZAGO, 2012). Além disso, a morte de crianças é considerada como algo inesperado e trágico (ROCKEMBACH; CASARIN; SIQUEIRA, 2010); como uma quebra no narcisismo adulto (MELO; SILVA, 2012); e incompatível com a visão de alegria, vida e futuro depositada nas crianças (KUSTER; BISOGNO, 2010).

De acordo com Elias (2001, p. 77), “é terrível quando pessoas morrem jovens, antes que tenham sido capazes de dar um sentido às suas vidas e de experimentar suas alegrias”. Haddad (2006, p. 34) enseja a discussão e considera que a morte de uma criança “desestrutura tudo o que foi planejado, esperado e desejado para ela”. Alertamos, de acordo com o levantado na revisão, que essas visões fazem referência a uma concepção bastante adultocêntrica do desenvolvimento humano, considerando a fase adulta como o ápice e o objetivo final da vida humana, desconsiderando a dimensão biográfica existente desde o início da vida. Ressalta-se que a perspectiva da criança e sua dimensão biográfica deve ser considerada e valorizada no trabalho dos profissionais que lidam com esse público, dotando a prática de intervenções contextualizadas e em acordo as demandas infantis. Deste modo, a seguir trataremos a discussão da morte para a perspectiva da própria criança no intento de discorrer como estas compreendem o processo de morrer.

Pensando a hospitalização e morte na infância

A percepção da morte existe em todos os períodos da vida, seja em maior ou menor grau. Desde o nascimento, a criança já vivencia pequenas experiências de perda, como o rompimento com o útero, a separação da mãe, a morte de um animal ou a perda de entes queridos. Estas impressões iniciais ficam marcadas e apontam para a representação da morte enquanto inexistência, perda,

ausência e a consequente vivência de desamparo.

Para compreender o que a morte significa nesse período do desenvolvimento, uma das questões relevantes é o nível de maturação cognitiva da criança. Para isso, é essencial que acessemos o entendimento do infante a respeito de três elementos fundamentais: (1) **irreversibilidade**: a morte não pode ser desfeita, o corpo físico não vive mais após morrer, é impossibilitado de voltar ao estado anterior; (2) **não funcionalidade**: todas as funções do corpo cessam com a morte; (3) **universalidade**: tudo o que é vivo morre, a morte faz parte da condição natural da vida, da existência humana, ela chega para todos (TORRES, 2012).

A aquisição do conceito de morte baseada nos estágios de aprendizagem de Jean Piaget (1990) demonstra que em cada etapa do desenvolvimento a criança compreende a morte de um modo singular. O autor apresenta quatro estágios de desenvolvimento cognitivo: sensorio motor, pré-operacional, operacional concreto e operacional formal.

No primeiro estágio, o sensorio motor engloba crianças de 0 a 2 anos, antes do período de aquisição da linguagem, no qual a noção de morte ainda não existe, sendo esta compreendida enquanto ausência e falta do outro. Já no período pré-operacional, as crianças de 3 a 5 anos, assimilam a morte como um fenômeno transitório e reversível, onde não há a distinção entre seres animados e inanimados, atribuindo vida à morte, construção estruturada a partir do pensamento mágico. No operacional, as crianças de 6 a 9 anos já compreendem a dualidade entre vida e morte, a morte como um processo irreversível e permanente. Por fim, descreve-se o período das operações formais, em que as crianças de 10 anos até a adolescência, conseguem compreender o conceito de morte de forma abstrata, em sua integralidade, assimilando os três elementos cognitivos fundamentais (PIAGET, 1990; PAIVA, 2011; MELLO E BASEGGIO, 2013).

Outros autores também abordam a temática da compreensão do processo de morte e morrer em estágios distintos na infância. Nagy (1959) aponta que a criança conceitua e lida com a morte de diversas formas, em diferentes idades, sendo estas divididas em três etapas, onde a construção do conceito de morte aparece de forma singular em cada estágio.

No primeiro estágio, a autora se refere as crianças até 5 anos, no qual a concepção de morte não é definitiva, sendo esta compreendida enquanto a separação ou o sono, sendo negada pela criança, aceitando a morte como temporária e gradual. Ou seja, o morrer é um estágio em que se está menos vivo, não reconhecendo sua reversibilidade e nem a cessação total da vida. Já o segundo estágio, encontram-se crianças com idades entre 5 e 9 anos, aqui surge a personificação da morte como “alguém” que aparece para levar o outro, já passa a ser compreendida em sua irreversibilidade, como algo que acontece com todos, inclusive consigo mesma, porém ainda pode ser evitada (NAGY, 1959).

É apenas no terceiro estágio, a partir dos 9 aos 10 anos, que Nagy (1959) aponta o reconhecimento da criança sobre a morte como o fim das atividades do corpo e como um fato inevitável, apreendendo os três elementos fundamentais. A concepção da morte se torna mais realista, como também a relação que a criança desenvolve com o mundo caminha neste sentido. Ou seja, a compreensão que a criança estabelece a respeito da morte e do morrer reflete a forma como ela vivencia a si e ao mundo de modo geral.

Assim, a estruturação do conceito de morte na infância caracteriza-se enquanto um dos princípios construtivos mais importantes da vida, gerando impactos consideráveis na formação da personalidade e desenvolvimento cognitivo da criança. Conforme a criança vai se estruturando cognitivamente ela se torna capaz de assimilar o conceito de morte em sua totalidade, compreendendo seus componentes básicos de universalidade, irreversibilidade

e não funcionalidade, assim evidenciando um processo natural que acontecerá com todos os seres vivos. Contudo, a apreensão do conceito de morte na infância não está apenas relacionada ao desenvolvimento cognitivo, mas deve se ater também à fatores psicológicos individuais, experiências vividas pela criança e aspectos da vida social e intelectual (TORRES, 2012).

Salvagni *et al.* (2013) afirmam que o modo como a criança experienciou situações de perdas no desenrolar do seu desenvolvimento corrobora para a maneira como ela irá construir sua compreensão acerca do processo de morte e morrer, bem como os processos de luto que irá vivenciar. Por isso, ressaltamos as peculiaridades experienciadas por esses sujeitos no ambiente hospitalar, onde as perdas se tornam mais evidentes.

Chiattone (1996) destaca as diferenças entre a concepção de morte em crianças típicas e as crianças hospitalizadas acometidas por doenças. Crianças que vivenciam processos de adoecimento e internamento, muitas vezes, evidenciam uma percepção precoce a respeito da morte, em decorrência do fato de lidarem com a doença, internações e o tratamento, bem como uma possível evolução para a morte.

Nesse espaço, a criança se insere em uma rotina na qual não está habituada, convivendo e sendo cuidada por pessoas com as quais não possui confiança, afastada de seus vínculos sociais e familiares e de sua rotina escolar. É despersonalizada, sendo submetida a regras institucionais e realizando constantes procedimentos invasivos e dolorosos (CHIATTONE, 2003), sem voz para negar ou contrariar às adaptações exigidas.

Além disso, o ambiente hospitalar traz à tona a possibilidade de morte iminente. Dessa maneira, “a criança doente possui uma concepção precoce da morte pelas próprias vivências impostas pela doença e pela reação do ambiente que lhe aponta a gravidade do contexto” (CHIATTONE, 1996, p. 101). À vista

disso, a proximidade de sua chegada permite à criança estar mais sensibilizada e apta a captar e observar os sinais e mudanças que ocorrem em seu corpo, estado físico e a seu redor, contrariando o tabu imposto pela família e equipe de saúde ao negar ou esconder o assunto, mantendo uma cultura de conspiração do silêncio em torno do assunto (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).

Acredita-se que quando as crianças se percebem desinformadas sobre o que se passa com sua saúde e no seu corpo, podem criar fantasias diante de um ambiente diferente, além de não se perceberem amparadas para significar os sentimentos que emergem nesse cenário (ROSSA, 2018). Quando o adulto nega a falar sobre a morte com a criança e esclarecer o ocorrido, pode interferir no momento inicial de elaboração do luto infantil. Explicações mágicas sobre a morte, tais como dizer que irá para o céu ou se transformará em uma estrela, pode causar confusões no modo como a criança irá compreender e vivenciar esse processo (SENGIK; RAMOS, 2013).

Sabemos que para o adulto iniciar o diálogo sobre essas temáticas é difícil, à medida que falar sobre a morte coloca o sujeito face a face com sua finitude, potencializando fragilidades, medos e conflitos. No entanto, destacamos a essencialidade em promover espaços de escuta e acolhimento para que se possam naturalizar as discussões sobre esse tema de modo confortável.

Uma boa comunicação, que propicia um espaço de escuta e acolhimento, auxilia as crianças a se sentirem seguras e menos temerosas diante do processo de adoecimento e internação, além de facilitar a compreensão quanto ao seu diagnóstico e tratamento, também abre espaço para que ela mantenha uma postura ativa e participativa nesse contexto. Rossa (2018, p. 56) ainda salienta que “deve-se considerar que a verdade e a esperança não se excluem mutuamente, assim como a verdade pode e deve ser dita de maneira progressiva e tolerável”.

O melhor modo de falar sobre a morte com as crianças é através de uma comunicação aberta e acolhedora, respondendo seus questionamentos sobre o tema e enfatizando a sua concepção enquanto fenômeno natural, levando em consideração seu nível de desenvolvimento cognitivo e sua história de vida. Através da educação para a morte é possível propiciar e promover espaços de discussão, onde a criança possa se sentir segura para falar abertamente sobre suas ideias e sentimentos, sem que lhe seja negada seu direito de ser ouvida e validada em todas as suas manifestações (TORRES, 2012; PAIVA, 2011). Assim, a comunicação com a criança deve ser realizada de forma clara e franca, através de informações honestas. Deve respeitar sua capacidade de compreensão a respeito do tema da morte, adequando a linguagem de acordo com sua idade e seus aspectos cognitivos e emocionais (SALVAGINI *et al.*, 2013; YAMATURA; VERONEZ, 2016).

O brincar é recurso de expressão da criança e pode ser utilizado como mediador de uma conversa, assim como a literatura infantil que também se caracteriza enquanto uma fonte de recursos para a promoção de diálogos sobre a morte. O lúdico é a linguagem do mundo infantil, onde a criança expressa os sentimentos e emoções vivenciados no seu cotidiano, tornando-se um facilitador no seu processo de compreensão sobre a morte e o morrer. Na brincadeira do faz de conta, através de ações e palavras, ela projeta suas questões pessoais para o brinquedo e depois é capaz de falar sobre suas emoções. É também através do brincar que o adulto capta as nuances do mundo vivido da criança e o modo como ela simboliza e significa as relações que estabelece com o outro. Nessa interação entre o seu mundo vivido e o brinquedo ou através da interação com o outro, ela vai compreendendo o significado da morte e assimilando os sentimentos que emergem (SALVAGINI *et al.*, 2013).

Por fim, compreendemos que as crianças hospitalizadas são afetadas em sua totalidade, com interferências em seu desenvolvi-

mento emocional e cognitivo (LIMA, 2007; CHIATTONE, 2003). Vivenciam sentimentos complexos, exigindo a necessidade de recursos e mecanismos de enfrentamentos internos para a elaboração do que é experienciado por elas. Mas que também a participação da rede de apoio familiar e a estruturação das relações entre paciente-equipe-família corroboram na adaptação da criança no período de internamento, auxiliam a minimizar as consequências e o sofrimento que a hospitalização, doença e possibilidade de morte acarretam (DIAS; BAPTISTA; BAPTISTA, 2017).

Sabemos que confrontar a morte afeta o sujeito, individual e socialmente, e, portanto, evidencia-se a importância de discutir sobre o processo de morte e morrer, desde a infância. O morrer é inerente ao viver, faz parte da condição de vida do homem, e é um processo natural que concretiza a finalização do ciclo vital, constituindo-se enquanto um dado estruturante da nossa existência (PAIVA, 2011). E, portanto, a elaboração do conceito de morte torna-se essencial no desenvolvimento cognitivo e afetivo de adultos e crianças (TORRES, 1993).

Considerações finais

A morte faz parte do ciclo da vida de todos os sujeitos, nas diversas fases do seu desenvolvimento, desde o nascimento até a velhice. Muitos acreditam que esse é um tema restrito ao universo do adulto, mas não é, ou, pelo menos, não deveria ser. Morte e vida se entrelaçam, e essa compreensão pode vir da observação dos ciclos da vida, seja de uma planta que morre para germinar e renascer, ou um animal que se vai enquanto outros iniciam um novo ciclo de vida.

Durante a infância a concepção da morte ocorre de forma multifatorial, levando-se em consideração diversos aspectos desde a maturação cognitiva e emocional do infante, até seu contexto

familiar e sociocultural. O modo como as crianças irão construir a compreensão que possuem acerca dos processos de morte e morrer acontecerão de forma gradual e distinta, sendo imprescindível a ajuda do adulto para clarificar e acolher as dúvidas e angústias que emerjam diante das perdas e lutos decorrentes, ao longo da vida.

Quando se trata da criança no contexto de adoecimento e hospitalização, percebe-se que se depara com questões sobre vida e morte a todo instante, e ao se deparar com a iminência da morte de forma precoce, pode vivenciar a relação entre viver-morrer em seu próprio corpo ou através do outro que também se defronta com o processo de adoecimento.

Possibilitar que crianças internadas participem do seu processo de adoecimento de forma ativa e autônoma, respeitando as peculiaridades de cada idade e sua maturação cognitiva e psicológica, também faz parte do papel da família e dos profissionais de saúde, através do estabelecimento de um diálogo entre a tríade criança-família-equipe.

À medida que se dá oportunidade para falar sobre a morte em seus distintos contextos, abre-se espaço para a elaboração dos sentimentos que dela emerjam, além de possibilitar a ampliação de novas formas de viver o momento de perdas. A elaboração e significação da vivência se dá através da linguagem verbal ou através do brincar (com brinquedos, projeções ou fantasias), em que a criança irá externar para o adulto o que se passa em seu mundo vivido e como ela compreende o que ocorre na interseção entre a vida e a morte.

Destarte, torna-se evidente que a morte é um fenômeno vital e, como tal, defronta a realidade de todos, inclusive das crianças. Portanto, enfatizamos a necessidade de construirmos uma educação para a morte desde a tenra idade, com a criação de espaços de diálogo e acolhimento. Viabilizar a educação para a morte é se contrapor a um movimento calcado no neoliberalismo

de valorização do corpo-máquina e produtivo, onde o ciclo natural de nascimento-desenvolvimento-morte é escondido das vistas da humanidade e enterrada no hospital. Ir de encontro ao homem máquina é valorizar o que humaniza o sujeito e o diferencia das outras espécies animais: a consciência da morte.

Assim, espera-se que o adulto converse com as crianças sobre esse tema de forma natural e clara, respeitando as dúvidas e valorizando todos os sentimentos que emergem, inclusive o medo e a tristeza. Desenvolver e propiciar relações empáticas em que as pessoas possam experienciar um movimento de aceitação incondicional pelas suas angústias e anseios, possibilita a criação de espaços para que se possa conversar sobre temas considerados tabu, como a morte, principalmente com o público infantil, tão excluído dessa temática.

Discutir sobre morte é falar sobre ciclos que se encerram não apenas para os que morrem, mas também para os sobreviventes. É abrir-se a possibilidade de novas formas de viver.

Permitir que as crianças participem desse movimento é confiar no seu potencial criativo, é reconhecer seus sentimentos e angústias. Assim, compartilhar o que emerge no trilhar da vida, para que então ela possa encontrar segurança e acalento diante das dores que transpassam o viver.

Por fim, destaca-se vida e morte como uma constante. Vida e morte como início e fim. Vida como possibilidade de viver até durante o morrer. Vida e morte para falar, sobretudo, sobre amor, o amor pelos que foram, o amor entre os que ficam, pelas raízes construídas nos caminhos dos que permanecem no encontro entre viver e morrer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÈS, P. **A história da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

ARIÈS, Philippe. **História da morte no ocidente**. Ed. especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

BASSOLS, Ana Margareth Siqueira, ZANVASCHI, Maria Lucrecia, PALMAS, Regina Beatriz. A criança frente à doença e à morte: aspectos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 15, n. 1, p. 12-25, 2013.

BROMBERG, Maria. H. (2009). **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. São Paulo: Ed. Psi I. 2000.

CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho. A Criança e a Hospitalização. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami; CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho; MELETI, Marli Rosani. **A Psicologia no Hospital**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2003. p. 23-100.

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 151-157, 2005.

DIAS, Rosana Righetto; BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher. Enfermaria de Pediatria: Avaliação e Intervenção Psicológica. In: BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto. **Psicologia Hospitalar: Teorias, aplicações e casos clínicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 176-193.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**, seguido de envelhecer e morrer. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

HADDAD, D. R. S. **A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva pediátrica: vivência do enfermeiro**. (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

KÓVACS, Maria Júlia. **Educação para a Morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e Desenvolvimento Humano**. 5.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2020.

KUSTER, D. K.; BISOGNO, S. B. C. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. **Disc. Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 11, n. 1, p. 9-24, 2010.

LIMA, Maria das Graças Saturnino de. Atendimento psicológico da criança no ambiente hospitalar. *In*: FREGONESE, Adriana Aparecida. **A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo**: novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. Cap. 6. p. 81-88.

MEDEIROS, Luciana Antonieta; LUSTOSA, Maria Alice. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.203-227, dez. 2011.

MELLO, A. A. M.; SILVA, L. C. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 52-60, jan-jun. 2012.

MELLO, Amanda Reginato de; BASEGGIO, Denice Bortolin. Infância e Morte: um Estudo Acerca da Percepção das Crianças sobre o Fim da Vida. **Revista de Psicologia da Imed**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 23-31, jul. 2013.

NAGY, Maria H. The Child'sviewofdeath. *In*: Feifel, Herman. ed. **The Meaning of death**. New York, McGraw-Hill, 1959. p. 79-98.

PAIVA, L. E. **Arte de falar de morte para crianças**: a literatura infantil como recurso para abordar a morte com crianças e educadores. São Paulo: Ideias e Letras, 2011.

PIAGET, J. (1990). **Epistemologia genética**. São Paulo: Martins Fontes.

ROCKEMBACH, J. V.; CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. C. H. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 63-71, 2010.

RODRIGUES, I. G.; ZAGO, M. M. F. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v.11, p. 31-38, 2012.

ROSSA, Paula. Comunicação em Cuidados Paliativos Pediátricos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de (ed.). **Manual de residência de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Manole, 2018. p. 56-58.

SALVAGNI, Adelise *et al.* Reflexões Acerca da Abordagem da Morte com Crianças. **Mudanças Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 2, p.48-55, dez. 2013.

SANTOS, R. A.; MOREIRA, M. C. N. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.12, p. 4869-4878, 2014.

SENGIK, Aline Sberse; RAMOS, Flávia Brocchetto. Concepção de morte na infância. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 379-387, 2013.

SOUSA, D.M. *et al.* A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 41-7, 2009.

TORRES, W. C. **A criança diante da morte: desafios** (4ªed.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

TORRES, W. C. (1993). **Estudo da relação entre conceito de morte, nível de desenvolvimento cognitivo e nível sócio-econômico**. (Relatório de Pesquisa ao CNPq) Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TORRES, Wilma Da C. **A criança diante da morte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

VON HOHENDORFF, Jean e MELO, Wilson Vieira de. **Compreensão da morte e desenvolvimento humano: contribuições à Psicologia Hospitalar**. *Estud. pesqui. psicol.* [online]. 2009, vol.9, n. 2 [citado 2020-01-12], pp. 0-0.

YAMAURA, Luciana Parisi Martins; VERONEZ, Fulvia de Souza. Comunicação sobre a morte para crianças: estratégias de intervenção. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 78-93, jan. 2016.

3.3 “CRIANÇA VOCÊ NUNCA QUER QUE VÁ, NUNCA QUER QUE MORRA”: A PERCEPÇÃO DA MORTE DE CRIANÇAS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE¹¹

Maria Juliana Vieira Lima

*Há um menino, há um moleque
Orando sempre no meu coração
Toda vez que o adulto balança
Ele vem pra me dar a mão
(Milton Nascimento)*

A morte como tabu

A morte é considerada para além de um evento biológico e refere-se a aspectos da dimensão religiosa, social, filosófica, psíquica, antropológica, econômica, espiritual e pedagógica (SANTOS, 2009). Devido a isso, falar de morte não é algo simples e dificilmente encontra-se consenso em relação ao que ela significa e representa em nossa sociedade. O tema da morte é afastado de nossas discussões cotidianas, sendo interdito e, portanto, tabu na sociedade atual. Como debatido no capítulo anterior, baseado principalmente na obra de Ariès (1977), considera-se que as transformações no trato com a temática são fruto de um longo e contínuo processo sócio-histórico que indica o lugar do homem atual diante das questões da morte e do morrer.

É, pois, como resultado de transformações sócio-históricas que a morte é considerada como o maior tabu da sociedade atual (FLORIANI, 2009; NOVAES; TRINDADE, 2007). O tabu da

¹¹ Este capítulo refere-se a um recorte do trabalho de conclusão de residência para obtenção do título de especialista em Pediatria da autora. A fala em destaque que dá nome ao capítulo é de uma residente entrevistada na pesquisa e sintetiza a tratativa deste capítulo.

morte representa uma fuga sempre falha em relação ao inexorável, impossibilitando o contato com os sentimentos gerados pelo tema e impedindo que as relações de cuidado com os pacientes que estão morrendo sejam realizadas de forma efetiva e empática (NOVAES; TRINDADE, 2007). Isso repercute, decerto, no trato com crianças e adolescentes em finitude. Fenômeno este que traz uma série de nuances e especificidades que merecem ser debatidas.

Especificidades da morte de crianças

Inicialmente, há necessidade de fazer um resgate histórico para compreender o lugar que a criança ocupa na sociedade atual e como isso se deu. Até por volta do século XII não havia a ideia de infância e essa fase da vida não era dotada de importância ou de exacerbada preocupação. Deste modo, o que compreendemos hoje como infância tinha duração apenas enquanto o filhote humano não conseguia sobreviver sozinho e necessitava de alguém para prover seus cuidados básicos. Quando a criança dava os primeiros sinais de independência física ela era misturada com os adultos e partilhava das obrigações e hábitos da vida adulta, sendo conhecido como um adulto em miniatura (ARIÈS, 1981).

No tocante à morte desse público, os índices de mortalidade eram bastante elevados devido às pestes e às condições precárias de higiene e saúde; além disso o sentimento de apego era inexistente e não havia o desolamento ou enlutamento pela perda de crianças. Nesse sentido, “as pessoas não podiam se apegar muito a algo que era considerado uma perda eventual” (ARIÈS, 1981, p. 22) e havia a ideia de que logo aquela criança seria substituída por outra, devido aos, também altos, índices de natalidade.

A partir do século XVII, no entanto, surgiu um movimento cada vez maior de valorização da vida da criança. Isso ocorreu a partir do final daquele século quando a escola assumiu os proces-

sos de aprendizagem que até então eram de responsabilidade da comunidade (ARIÈS, 1981). Assim, a criança deixou de ser misturada aos adultos e passou a ser ensinada em locais destinados a elas, sem contato com a vida adulta do modo como ocorria antes, com modelos de ensino e materiais diferenciados para esse público. Tal transformação foi fruto de um movimento de moralização promovido pela Igreja a partir do reconhecimento da existência de uma alma também nas crianças, instaurando uma nova sensibilidade e afetividade em torno desses seres.

Assim, os pais passaram a ser aliados do Estado e da Igreja no cuidado com as crianças. A família, para além da transmissão dos nomes e bens, passou a assumir a função moral e espiritual de formar corpos e almas (ARIÈS, 1981). A família não tinha função afetiva, mas com tais transformações tornou-se o lugar de uma afeição necessária, demandando uma modificação também nas relações e na noção de intimidade. Assim, destaca-se que as transformações nas relações familiares vieram atreladas à importante mudança na noção de intimidade, haja vista que a partir do século XVIII a noção de indivíduo e a criação da necessidade de uma intimidade triunfaram sobre a vida coletiva.

Em decorrência disso, práticas de cuidado voltadas à saúde das crianças começaram a ser realizadas, provocando uma queda na mortalidade e permitindo o nascimento de um sentimento de infância. “O cuidado dispensado às crianças passou a inspirar sentimentos novos, uma afetividade” (ARIÈS, 1981, p. 194). Disso decorre a inserção de diversos campos de saberes na vida da criança e da família, denotando a preocupação com os problemas físicos, psíquicos, sexuais e morais da infância e marcando o novo lugar agora ocupado pela criança. Essas inquietações com a saúde e higiene da criança e da família foram mote para o nascimento de novo sentimento para com estas e para a instauração de um novo regime de cuidados (OLIVA; KAUCHAKJE, 2009).

Para Silva *et al.* (2006, p. 79), a “ideia de preservação e valorização da infância e da adolescência é algo recente na história, em especial no Brasil”, de modo que essa preocupação fez surgir várias profissões interessadas em ampliar conhecimentos e contribuir com o processo de valorização e acolhimento desses seres. Assim, pediatras, pedagogos, psicólogos, dentre outros, são inseridos na rotina e na formação das crianças e de suas famílias produzindo saberes e práticas acerca dessa etapa do desenvolvimento. Isto inaugurou um vasto campo de saberes sobre essa faixa etária, além de ter demarcado a necessidade de políticas públicas e leis que protegessem e garantissem os direitos das crianças e dos adolescentes.

É nesse contexto, em que o lugar da criança ganha a conotação de apego e necessidade de cuidado integral, que a morte nessa faixa etária é perpassada por muitas nuances complexas e sensíveis tendo em vista que a morte desse segmento destoa do que socialmente é esperado para elas e vai de encontro ao processo sócio-histórico relatado. Tal fato dificulta a existência de estudos e debates acerca da morte de crianças e impacta de forma considerável no cuidado destinado a estas nas instituições de saúde. Desta forma, esse distanciamento acarreta carência na formação e no preparo dos profissionais para lidar com a morte nesse público, trazendo a necessidade de se pensar e se pesquisar a temática.

A prática dos residentes em Pediatria diante da morte de crianças

- **Questões Metodológicas:**

Diante da fundamentação teórica trazida acima e a partir da demanda gerada na atuação de uma turma de residência do programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará, foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo

com os profissionais de saúde residentes de um hospital pediátrico de referência no Estado do Ceará. Este escrito contará com um recorte da pesquisa, debruçando-se sobre os significados atribuídos pelo profissional de saúde residente acerca da morte de crianças.

A proposta deste problema para pesquisa surgiu a partir do cotidiano do trabalho, no qual se percebeu uma dificuldade dos profissionais residentes no trato com as situações de piora clínica ou finitude dos pacientes, afirmando que não se sentem preparados ou que não têm suporte emocional para lidar com a temática.

A Residência Integrada em Saúde foi instruída em 2013 pela Escola de Saúde Pública do Ceará e contava com o componente comunitário em diversos municípios do Ceará e apenas uma ênfase do componente hospitalar. No ano de 2014 houve uma ampliação do programa, incluindo no componente hospitalar, dentre outras, a ênfase em Pediatria. Esta acontece no Hospital Infantil Albert Sabin e os residentes atuam em equipes interdisciplinares, rodiziando nos diversos setores do Hospital, a fim de se apropriarem de todas as especialidades relacionadas à Pediatria. A ênfase é composta por 18 residentes nas especialidades de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Odontologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Farmácia.

A pesquisa foi fundamentada na hermenêutica-fenomenológica de Paul Ricoeur (2002). Tal método compreende que a interpretação dos resultados da pesquisa requer um movimento de retorno às coisas mesmas através da suspensão dos pressupostos e preconceitos do pesquisador que podem ferir e enviesar o fenômeno (RICOEUR, 2002).

Os dados da pesquisa foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas que “consistem na combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistador tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2010, p. 261). Estas foram realizadas em

local seguro e sigiloso, em data e hora acordadas entre pesquisador e sujeitos da pesquisa.

Participaram das entrevistas uma equipe de profissionais residentes R1 e R2 da Residência Integrada em Saúde com ênfase em Pediatria e profissionais residentes médicos, no total de 14 profissionais. Sendo estes, 2 enfermeiros, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais, 2 terapeutas ocupacionais, 2 nutricionistas, 1 médico, 1 dentista, 1 fisioterapeuta e 1 farmacêutico; com média de idade de 25 anos, e com média de 2 anos e 7 meses de formados.

O local de coleta foi o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do hospital sob o número 45741215.9.0000.5042, garantindo o sigilo dos sujeitos, assim como seu livre consentimento em participar do estudo, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

• **Unidades de Sentido:**

A partir da análise das entrevistas e da formulação das unidades de sentido foi possível compreender a percepção do profissional de saúde residente diante da atuação na morte e no morrer. As falas serão trazidas a seguir para compreensão da realidade estudada através da percepção dos sujeitos da pesquisa.

Estes trouxeram em seus discursos grande sofrimento decorrente da morte de crianças, apontando-a como uma interrupção de um ciclo, algo penoso e sem justificativa ou explicação:

Ainda mais que é com criança e assim... Acho que é aquela justificativa que você sempre procura, ah já estava velho, já viveu muito, já conseguiu construir muita coisa na vida e, muitas vezes, a criança não tem nada disso. Quando uma criança morre, não tem. Morreu porquê? Não tem essas justificativa que todo mundo procura. É uma coisa mais penosa, é uma interrupção de um ciclo que você não está muito acostumada. (S1, dentista).

Por exemplo aqui, uma criança, você não pensa que uma criança no auge da sua vida, podendo viver tanta coisa pela frente vai morrer, né. Então é muito complicado lidar com crianças tão pequenas já perdendo a vida. (S2, assistente social).

*Com adulto é ruim, mas de qualquer forma, muitas vezes eram meio que preparados, eram senhores, então já tem uma sensação de era assim mesmo, chegou agora, era aquele momento, aqui é pior por que **criança você nunca quer que vá, nunca quer que morra**, então você tem que lidar com a mãe. (S3, médica).*

Considerando a morte de crianças como uma inversão do ciclo natural da vida:

Pra mim ver aquilo com uma criança é muito mais difícil, por que você ver a ordem natural das coisas, ver um idoso é natural um de 80 anos, 90 anos, aquilo é natural, mas você ver uma criança, é bem mais difícil de lidar, isso mexe mais. (S4, fisioterapeuta).

E aqui, como é um hospital pediátrico você fica com esse medo, fica com essa inversão de valores, as crianças, era pra gente ir embora e as crianças ficando, a gente indo embora e elas crescente, ficando adulto; e é como se fosse uma inversão cronológica. (S5, nutricionista).

E quando eu penso em uma criança, eu fico muito mal, por que sempre tem aquela questão da gente pensar que tinha a vida toda pela frente e a gente nunca espera que uma criança vá falecer, penso que ela tinha a vida toda pela frente, tinha muita coisa pra fazer, não entender que é um ciclo e que a pessoa não tem que ficar adulto. (S6, terapeuta ocupacional).

Tais achados corroboram com a literatura sobre o tema e demarcam que a morte de uma criança é tida pelos profissionais como “uma inversão cronológica que deixa lacunas nos planos e nas expectativas para o futuro, provocando sentimentos de angústia, tristeza, frustração e dor” (LIMA; ANDRADE, 2017, p. 970).

Os profissionais explicitaram o quanto a morte de crianças mexe com eles e os mobilizam emocionalmente:

Eles estão vivos, são seres vivos e isso pode acontecer a qualquer momento, em qualquer estágio da vida, mas é algo que mexe muito com você. (S5, nutricionista).

Aqui no Sabin é mais um luto maior do que eu via fora daqui, mas ao mesmo tempo é um tema muito... por que criança morrer eu acho que é mais doloroso de você comentar, mas quando houve morte aqui, nos momentos que houve, as pessoas sofreram mais, se envolveram mais com a família e tal do que nos momentos que eu tive fora daqui". (S3, médica).

E relembaram momentos do falecimento de alguns pacientes, relatando suas reações diante da perda:

Quando eu soube que ele tinha morrido, eu fiquei super mal mesmo no dia. (S2, assistente social).

É engraçado que depois que eu sai do hospital, eu desabei mesmo, mas eu acho que já é um processo meu mesmo, de tá entrando em contato com a morte, num processo de morte meu mesmo. (S7, psicóloga).

Quando a gente mudou de cenário que teve o falecimento de duas pacientes nossas. Eu acho que a gente não tava tanto como profissional por que não teve a parte do apoio mesmo, parecia que era um conhecido seu, parecia que a gente tava precisando mais do apoio dos profissionais, ao invés de tá dando apoio à família". (S5, nutricionista).

Eu me lembro no falecimento dessa paciente, a gente foi visitar o corpo e tudo mais, você pensa que é mentira, você não acredita, você escuta o comentário das pessoas: não, não aconteceu isso, aquele processo de você assimilar aquela informação. (S5, nutricionista).

Eu passei a semana toda sem conseguir dormir sozinha por que eu tava no meu quarto e eu a via. Eu passei a semana toda dormindo com minha mãe. (S6, terapeuta ocupacional).

Eu fui pra casa chorando, eu cheguei em casa chorando. (S6, terapeuta ocupacional).

Na morte de uma paciente, eu fiquei abalado". (S8, assistente social).

Deste modo, os profissionais afirmam sofrer com as perdas de seus pacientes, apresentando-se de maneira afetada e mobilizada a partir do contato com o outro. Tais relatos reforçam a importância de o profissional estar atento às suas emoções e sentimentos, permitindo que estes sejam experienciados e validados para haver um desfecho psicologicamente saudável para o luto vivenciado.

As falas trouxeram ainda a dificuldade dos profissionais em lidar com a morte de maneira geral:

É uma sensação ruim... acho que toda vida que acontece é bem ruim, é um baque. (S1, dentista).

Então, eu estou me trabalhando para reconhecer a morte como irmã da vida, assim, mas eu não consigo, é muito difícil, por que eu acho que a morte traz isso: a perda. Querendo ou não querendo a morte é uma perda e eu estou tentando ver esse outro...essa luz mesmo que a gente também tá ganhando alguma coisa, mas eu não lido bem com a morte. (S7, psicóloga).

É muito ruim, é muito ruim. (S3, médica).

Fica você com o sentimento ruim, então fica com uma carga emocional muito grande, é...eu não sei assim lidar muito não. S3, médica.

E reforçaram a percepção dos residentes de que o contato com a morte na prática em Pediatria é um fator complicador para a atuação:

E a tristeza mesmo pela pessoa, pela família e você acaba se envolvendo mesmo pelo contexto social da pessoa. E tudo que traz a família, as dificuldades encontradas pela aquela pessoa. A gente acaba se envolvendo na história. (S9, farmacêutica).

Aí vem tudo aquilo, na hora que a gente entende o quanto é difícil trabalhar em um hospital pediátrico e como é difícil lidar com a morte". (S6, terapeuta ocupacional).

Assim, a morte nessa faixa etária traz afetações e angústias para quem as vivencia e quem trabalha diretamente com ela, desencadeando processos de luto mais dolorosos e o estabelecimento de estratégias de defesa que distanciam os profissionais dos usuários do serviço de saúde (GARROS, 2003). É comum, como apontado na literatura e nas falas dos sujeitos da pesquisa, haver, na equipe de saúde, sentimentos de frustração, tristeza, dor e angústia, desapontamento, pena, cobrança, limitação profissional e insucesso, fracasso, derrota, sentimentos de não aceitação, impotência, perda, revolta e sofrimento (LIMA, 2019).

Os profissionais sentem-se despreparados e reconhecem que possuem conhecimento limitado acerca da atuação diante da morte (GARROS, 2003). Tal fato prejudica as intervenções e pode intensificar o sofrimento dos envolvidos na perda: família-paciente-equipe. Demarca-se, assim, a necessidade de haver modos de preparo para a atuação em Pediatria que contemple o manejo do processo de morte e morrer, possibilitando um cuidado digno e efetivo aos pacientes e seus familiares, além de acolher as vivências e percepções dos profissionais, dando-os suporte teórico e emocional.

Indica-se, deste modo, a necessidade de investir na capacitação dos profissionais para lidar com a morte de crianças, diminuindo seu sofrimento existencial diante da morte e promovendo atitude mais positiva, capaz de produzir uma atuação profissional mais ética e humana (VIEIRA; SOUZA; SENA, 2006; SCUDELER, 2011). Além disso, destaca-se a necessidade de criar grupos de cuidado ao cuidador que permitam aos profissionais falar de suas angústias e dificuldades em torno do tema possibilitando que haja uma aceitação saudável da morte (SILVA, 2015).

Os profissionais, como forma de conseguirem se manter no serviço, tendem a desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com esse sofrimento, quais sejam: investimento formativo, lazer, prática de exercícios físicos, religião, atividades terapêuti-

cas e psicoterapêuticas (ROCKEMBACH; CASARIN; SIQUEIRA, 2010). Essas estratégias são consideradas saudáveis, caso permitam-lhe aliviar suas tensões e angústias advindas do contato com a morte de crianças.

Tendo como base as repercussões psicológicas e emocionais ocasionadas pelo trato com a morte, os profissionais de saúde, então, devem entendê-la como algo que faz parte da ordem natural da vida e possível de ocorrer em todas as idades. Precisam, tanto quanto possível, superar o medo da própria finitude, sem, no entanto, banalizar a morte e nem descuidar do paciente, compreendendo que os cuidados que são capazes de ministrar nesse momento podem fazer a diferença entre a morte sem dor ou o padecimento angustiado e aflito.

Além do processo individual para superar o medo e transcender a pulsão pela ameaça da perda, os profissionais de saúde e, principalmente aqueles que lidam cotidianamente com a morte de pacientes, precisam buscar formação e capacitação continuadas que os ajude a lidar com essa situação. Também podem recorrer a espaços voltados ao cuidado que lhes deem a possibilidade estar diante de crianças e adolescentes que morrem, prestando-lhes cuidado afetivo e eficaz na sua dimensão integral, bem como auxiliando seus familiares (SOUZA *et al.*, 2013).

Mesmo diante das dificuldades vivenciadas e da percepção de não serem ou estarem preparados para lidar com o tema, é importante salientar que os residentes trouxeram que, nesse contexto, o cuidado com o outro é o componente mais crucial para a atuação, mostrando disponibilidade e entrega ao outro de forma humana e ética:

É uma coisa que vem ficando muito forte, meu interesse em cuidar de pacientes em cuidados paliativos, que você sabe que vão morrer, que você vai dar uma qualidade de vida pra ele, mas assim não sei, não consegui ver ainda o que é, o que me move, mas acho que é o cuidado, a vontade de cuidar. (S1, dentista).

A gente tem que ter em mente que o paciente não é apenas a doença ou aquele medicamento que ele precisa, e muitas vezes o que ele precisa é de um apoio, de uma conversa, e que o farmacêutico pode fazer isso e é isso que eu tento fazer, que foge um pouco da questão da medicalização”. (S9, farmacêutica).

O que me fez conseguir atuar foi o contato humano mesmo, a sensibilidade, o afeto, eu acho que foi isso”. (S7, psicóloga).

É sempre muito difícil perder alguém, mas você sempre tenta, acho que é o mais importante se colocar no lugar da pessoa, da família, o que é que essa família tá precisando ouvir, o que é que essa família tá querendo de mim, se eu tivesse no lugar dela o que é que queria que fosse passado pra mim. (S9, fisioterapeuta).

Eu acho que não é questão de...a nutrição em si fica em segundo plano, você tá ali não como nutricionista, mas como profissional de saúde. Por que aquela mãe não quer saber, muitas vezes nem só nessa parte do falecimento, mas no próprio internamente, ela não quer saber de orientação, vou dá orientação, mas ela não tá precisando daquilo, ela tá precisando se aquilo, que você escute, que você se importe com ela”. (S5, nutricionista).

Por mais que a gente saiba que biologicamente isso é normal, que vai acontecer, eu tento não perder a sensibilidade”. (S8, assistente social).

Como reforça Lima (2019, p. 287), quando o cuidado assume o protagonismo na assistência, isso “exige uma postura diferenciada do profissional de saúde, através das atitudes de amparo e proteção, visando ao acolhimento do sofrimento e a melhor qualidade de vida do paciente e de sua família”. Ainda de acordo com a mesma autora, nos relatos trazidos pelos residentes:

é possível não falarmos mais de técnica profissional, mas da dimensão ética do cuidado, de investimento no outro e abertura a seu sofrimento, responsabilizando-se pelo seu cuidado e estando disposto ao acolhimento e ao afeto. Este modo de cuidado, portanto, mostra-se primordial em situações de morte e morrer (LIMA; ANDRADE, 2017, p. 972).

Deste modo, ressalta-se o quanto é possível realizar formas de cuidado aos pacientes em processo de morte e morrer de modo ético e implicado, ultrapassando dificuldades e permitindo cuidar do outro de forma digna e integral. Encerra-se, então, este capítulo com mais um trecho da música que o inicia: “ele fala de coisas bonitas que eu acredito que não deixarão de existir: amizade, palavra, respeito, caráter, bondade, alegria e amor [...] Toda vez que a tristeza me alcança, o menino me dá a mão” (NASCIMENTO, s/a., s/p.). Que este menino seja como um guia para a atuação dos profissionais da pediatria que se propõem cuidar de crianças e adolescentes na morte e no morrer. Que este cuidado seja, então, realizado de mãos dadas e com amizade, respeito, alegria e, sobretudo, amor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÈS, P. **A história da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 151-157, 2005.

FLORIANI, C. A. **Moderno movimento hospice**: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

GARROS, D. Uma “boa” morte em UTI pediátrica: é isso possível? **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, s. 2, p. 243-254, 2003.

HADDAD, D. R. S. **A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva pediátrica**: vivência do enfermeiro. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

KUSTER, D. K.; BISOGNO, S. B. C. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. **Disc. Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 11, n. 1, p. 9-24, 2010.

LIMA, M. J. V.; ANDRADE, N. M. A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. **Saúde Sociedade**, 26(4), 958-72, 2017.

LIMA, M. J. V. **Uma escuta ética do cuidado na morte e no morrer**. Fortaleza: EdUECE, 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** - pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

NOVAES, M. R. C. G.; TRINDADE, E. M. A morte e o morrer: considerações bioéticas sobre a eutanásia e a finitude da vida no contexto da relação médico-paciente. **Com. Ciências Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 1, p. 69-77, 2007.

OLIVA, J. C. G.; KAUCHAKJE, S. As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: crianças e adolescentes. **Rev. Katál.**, Florianópolis, v. 12, n., p. 22-31, 2009.

RICOEUR, P. **O único e o singular**. São Paulo: Editora UNESP; 2002

ROCKEMBACH, J. V.; CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. C. H. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 63-71, 2010.

SANTOS, F. S. Perspectivas histórico-culturais da morte. *In*: SANTOS, F. S.; INCONTRI, D. (Orgs). **A arte de morrer**: visões plurais. São Paulo: Editora Cemenius, 2009a. p. 13-25.

SANTOS, R. A.; MOREIRA, M. C. N. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4869-4878, 2014.

SCUDELER, D. N. **Morte e morrer: opinião dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva pediátrica.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2011.

SILVA, L. C. *et al.* Hospitalização e morte na infância: desafios das famílias. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 73-79, 2006.

SILVA, M.C.B. **Enfrentamento da morte e do morrer de crianças pela equipe de enfermagem na UTI.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade de Brasília: Brasília, 2015.

SOUSA, D. M. *et al.* A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 41-7, 2009.

SOUZA, L. F., MISKO, M. D., SILVA, L., POLES, K., SANTOS, M. R.; BOUSSO, R.S. Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 30-7, 2013.

VIEIRA, M. A., SOUZA, S. J.; SENA, R. R. Significado da morte para os profissionais de enfermagem que atuam no CTI. **Reme**, v. 10, n. 2, p. 151-9, 2006.

3.4 “A MORTE CAMINHA AO MEU LADO”: A EXPERIÊNCIA DE MÉDICOS COM PACIENTES ONCOLÓGICOS¹²

Fernanda Gomes Lopes

Quando se trabalha com câncer, trabalha-se com a vida e a morte, mesmo que seja curável. Você está permanentemente em contato com os seus limites, sejam científicos, sejam emocionais.
(PAULO, 2004)

Introdução

A visão em torno da morte sofreu modificações ao longo da história (ARIÈS, 2003; ELIAS, 2001). Em nossa sociedade, ela é transformada em tabu, sendo entendida como interdita (ARIÈS, 2003) e escancarada (KOVÁCS, 2003a), pois ao mesmo tempo em que buscamos sua recusa para fugir da dor; na impossibilidade de afastamento, estamos sujeitos a banalizá-la, tornando-a impessoal.

Diversos fatores contribuíram para essa construção dessa visão, sendo o progressivo desenvolvimento tecnocientífico destacado como um dos principais. Os avanços evidenciados no século XX, permitiram um maior controle das doenças, viabilizando a ampliação da expectativa de vida da população. A cura passou a ser o objetivo principal da medicina, que distanciou seu olhar do processo de cuidados. Assim, o prolongamento do tempo de vida não significou melhora na assistência com o morrer (GALRIÇA NETO, 2010).

12 Trabalho de Conclusão da Residência, apresentado ao Programa de Pós Graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Cancerologia, da Escola de Saúde Pública do Ceará, sob orientação da Prof. Dr. Anna Karynne Melo. Título contém parte de música de Raul Seixas, 1984.

A partir de então, pacientes em terminalidade tornaram-se símbolo de impotência, por destacarem limitações da prática médica, e a morte, crescentemente, negada como possibilidade, dando lugar a luta incessante pela cura (MCCOUGHLAN, 2004). Assim, a formação dos profissionais de saúde passa a ser orientada pelo modelo biomédico, centrado na doença e baseado na previsibilidade, objetividade e controlabilidade (CANO, 2014), afastando-os do contato com a morte e o processo de morrer.

Esse distanciamento da temática pode tornar-se problemático na oncologia à medida que a atuação com esse perfil de pacientes pressupõe, necessariamente, uma proximidade constante com a morte. Conforme evidenciado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2019, p. 25) a incidência e mortalidade da doença tem sido crescente, tornando-a “o principal problema de saúde pública no mundo [...] entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países”.

Constata-se então que, mesmo diante do aumento do índice de cura para doenças oncológicas, o espaço da dor e da morte ainda é expressivo. E, portanto, requer preparação, não somente técnica e teórica, mas também emocional dos profissionais de saúde. Dessa maneira, a evitação de contato dos médicos com a morte interfere não apenas no manejo da assistência aos pacientes e familiares, mas também nas intervenções multiprofissionais, que se relacionam diretamente com a condição clínica do paciente.

A partir do exposto, levantaram-se os seguintes questionamentos: Como é para os médicos que atuam com pacientes oncológicos lidar com a morte em seu cotidiano? Que implicações esse contato tem em sua prática? Dessa maneira, objetiva-se compreender a experiência de médicos que atuam em um hospital oncológico diante da morte e do morrer de seus pacientes.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com caráter descritivo, realizada a partir do método fenomenológico crítico, fundamentado na perspectiva de Merleau-Ponty (MOREIRA, 2004).

A fenomenologia crítica busca a apreensão da existência através da descrição e compreensão do vivido a partir dos relatos dos pesquisados, pois conforme demonstra Moreira (2004, p. 451) “o sujeito-colaborador sabe desta experiência, já que a vivenciou. O pesquisador se propõe, portanto, a apreender com quem já viveu ou vive a experiência”. Para o acesso a esta experiência torna-se necessária a realização da redução fenomenológica. Trata-se da suspensão dos *a priori*s (conceitos pré-definidos) para acesso e compreensão ao mundo vivido do sujeito. Relevante ressaltar, contudo, a impossibilidade na completude desta redução, e consequente inviabilidade da neutralidade buscada nas ciências naturais, devido ao nosso entrelaçamento com o mundo (MERLEAU-PONTY, 2006; MOREIRA, 2004).

Em consonância com o objetivo proposto, utilizou-se a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados, com as seguintes perguntas disparadoras: I) O que é a morte pra você?; II) Como você lida com a morte em seu cotidiano de trabalho?; III) Como acontece, em seu cotidiano, esse contato com a morte?; IV) Quais as dificuldades que você vivencia no contato com a possibilidade de morte de seus pacientes?; V) O que seria necessário para a prática de um profissional que trabalhe com a morte?; VI) Como a questão da morte atravessou a sua formação?

O estudo de campo foi realizado no Instituto Ceará do Câncer (ICC), entre Setembro e Dezembro de 2016. As entrevistas, com duração de 5 a 30 minutos, foram realizadas em lugar reservado, na própria instituição, conforme disponibilidade dos envolvidos.

A coleta de dados pressupôs a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do ICC, parecer 1.652.534, em Julho de 2016, de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes. Foram seguidos os procedimentos éticos de pesquisa, implicando riscos mínimos, como a fragilidade do profissional ao relatar sua experiência.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram vinte médicos do ICC. Considerando a abrangência da equipe, foram selecionados para entrevista, de maneira aleatória, dois profissionais de cada serviço/clínica, sendo estes: mastologia, abdômen, cabeça e pescoço, ginecologia, tecido ósseo conjuntivo, urologia, hematologia, quimioterapia, radioterapia e cuidados paliativos. Foram considerados como critérios de inclusão no estudo: profissionais que atuassem diretamente na assistência e que fossem contratados pela instituição.

Após gravação e transcrição, é realizada análise fenomenológica. Antes de descrevê-la, é interessante salientar “o ideal é que o entrevistador seja também a pessoa que transcreve, o que possibilita que o texto nativo contenha não apenas a fala verbal, como também as várias falas não verbais, tais como silêncios, tons de voz, choros, intervalos, etc” (MOREIRA, 2004, p. 450).

À vista disso, são descritas três etapas essenciais ao processo (MOREIRA, 2004). Inicialmente, o pesquisador faz a *divisão do texto nativo em movimentos (1)*, em que transcreve, de maneira literal, as entrevistas; a partir de leituras sucessivas, busca-se realizar a *análise descritiva do significado emergente do movimento (2)*, em que o pesquisador pondera os temas emergentes, os organizando em categorias e os descrevendo, conforme seus significados; e por último, “*sair dos parênteses*”(3) (MOREIRA, 2004, p. 454), como o instante em que as falas encontram-se com a teoria estudada, buscando a compreensão do significado vivido da experiência dos sujeitos investigados.

Assim, segue os resultados e discussões, a partir da análise das entrevistas realizadas.

Resultados e discussões

Foram entrevistados 20 médicos atuantes em um hospital oncológico de referência do Ceará. Destes, 14 do sexo masculino e 6 do sexo feminino. A maioria com idade compreendida entre 30 a 50 anos, com tempo de formação médio de 10 anos, apresentando em torno de duas residências como formação base, nas diversas especialidades supracitadas.

A partir da análise fenomenológica, emergiram as seguintes categorias e temas emergentes (tabela 1):

Tabela 1: Sistematização do material apreendido nas entrevistas.

CATEGORIAS	Significando a morte	Experienciando a vivência com o morrer	Lidando com a morte em sua vida cotidiana	Dificuldades vivenciadas no contato com a morte e o morrer	Preparo profissional e pessoal no trato com a morte
TEMAS EMERGENTES	Definindo a morte de maneira racional; Religiosidade e espiritualidade como orientadoras na compreensão do morrer.	Sentimentos no contato com a morte.	Fatores que influenciam a absorção da morte; Vivência dos limites profissionais; Estabelecimento de vínculos.	Comunicação de más notícias; O peso da responsabilidade.	Formação Acadêmica; Formação Pessoal.

A seguir serão discutidas as categorias com os temas emergentes correspondentes a partir do discurso dos entrevistados e da literatura disponível. É importante ressaltar que os sujeito-colaboradores não serão identificados, sendo referenciados através dos nomes fictícios, em homenagem a personagens do seriado *Grey's Anatomy*, a fim de manter o sigilo para o compromisso ético desta pesquisa.

- **Significando a morte**

Esta categoria foi delineada a partir do discurso dos participantes que buscaram definir o conceito de morte, a partir de diferentes olhares e perspectivas. As falas estiveram voltadas para dois temas emergentes: *definindo a morte de maneira racional* e *religiosidade como orientadora na compreensão do morrer*.

- **Definindo a morte de maneira racional:**

Muitos dos médicos definiram a morte de maneira racional. Os discursos estiveram voltados para uma naturalização do processo de morrer, com a descrição do conceito com certo afastamento, de maneira teórica, técnica, direta e simplista.

Eu vejo como uma fase da vida, apenas isso. (Warren)

Acho que a morte pra mim é o fim da vida. É quando acabam todas as funções vitais do corpo humano. Simples como isso. (Addison)

Nos termos médicos e técnicos é a ausência dos sinais vitais. Pra mim, a morte é o fim da vida. (Derek)

Contudo, apesar da aparente simplicidade ao descrever o conceito, as reações à pergunta inicial não demonstraram completa naturalidade à temática. Muitos entrevistados, revelaram certa dificuldade no contato com o assunto, demorando a responder, dando risadas ou usando expressões de espanto (como “vixe”). Conforme demonstrado na fala a seguir:

Meio difícil hein... Bem simples né? (risos). Como é que eu poderia... (pensando) pô, o que é a morte? É um conceito realmente difícil né? É... uma fase final da vida e um momento... de... de... Como é que eu posso me expressar melhor? É... me ajuda aí (risos) como é que eu posso me expressar? (pensando) (risos) O conceito morte é nada mais é que a fase final da vida. (Richard)

Essa divergência entre aquilo que se acredita e se expressa pode se sustentar na ideia de que apesar de haver uma suposta naturalização sobre o morrer no discurso médico, nem sempre é vivenciada da mesma maneira no âmbito emocional, permeado de afetação.

As concepções e práticas médicas ainda são ancoradas no modelo biomédico com foco na cura a partir de um olhar objetivo para as doenças (CANO, 2014). Assim sendo, espera-se que sejam produzidos conhecimentos úteis e racionais permeados por uma neutralidade desprovida de sentimentos e valores subjetivos. Assim, a morte é discutida objetivamente em como “realizar procedimentos corretos, técnicas assépticas, administrar medicamentos adequados e o motivo pelo qual as terapêuticas fracassam diante da morte. Poucos são os espaços que questionam os sentimentos e as percepções destes profissionais diante da morte” (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011, p. 38).

Santos, Aoki e Oliveira-Cardoso (2013) revelam que a morte não é experienciada como um fenômeno natural, pois tem como base o escamoteamento do sofrimento e das dificuldades, que são ensinados a serem velados e silenciados, e continuam afirmando que:

Ao considerar que a atribuição de significados é um processo ativo de construção mental da realidade, pode-se afirmar que os significados influenciam os modos de agir e reagir às situações. Assim, o modo como uma categoria profissional concebe a morte e o cuidado no processo do morrer interfere na forma de se instituir o tratamento e os tipos de cuidado. Isso acaba influenciando, conseqüentemente, a maneira como as pessoas percebem a doença e o tratamento, e se aceitam ou não a situação adversa (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013, p. 262).

À vista disso, pode-se inferir que essa construção de significados tem influência na prática médica, que pode não abarcar os elementos necessários ao cuidado com o morrer.

- **Religiosidade e espiritualidade como orientadoras na compreensão do morrer:**

A religiosidade apareceu também como orientadora na compreensão do morrer, ampliando a percepção objetiva descrita anteriormente:

Eu sou evangélico, então pra mim a morte nada mais é do que uma passagem, a pessoa morre e vai ter uma passagem pro céu ou pro inferno. (Shane)

A morte é o fim da vida terrena, sou católico e realmente acredito numa vida após a morte. Então a morte pra mim não é o encerrar de tudo, o findar total do ser humano, mas o fim da sua existência terrena. (Alex)

Pra mim a morte é uma transição para um outro estado de vida. Não acredito que a sua vida encerre com a morte, acho que essa maneira de viver se encerre, aí a gente começa uma outra vida. Sua percepção depende de sua fé, eu sou católico, então acredito que depois da morte você vai ter um destino eterno que é determinado pelo que você fez aqui. (Mark)

Você se comporta como absorve o conceito. Eu suponho que uma pessoa que pensa sobre questões de espiritualidade diferente de mim, pode sofrer mais com a morte do que outros. (Teddy)

Evidencia-se que a religiosidade e espiritualidade aparecem não somente como uma forma de definir o conceito de morte, mas como recurso de enfrentamento, conferindo resposta geradora de segurança aos médicos, diante do desconhecido em torno do morrer.

Importante destacar que espiritualidade e religiosidade não são sinônimas. Enquanto a primeira diz respeito a sentimentos de transcendência, elevação e sublimidade, podendo ou não estar associada a atividade religiosa ou mística, a segunda é referenciada como uma tendência a sentimentos religiosos ou coisas sagradas, vinculada diretamente a aspectos dogmáticos e institucionais (MICHAELIS, *online*). Contudo, ambas podem ser entendidas como importantes na saúde e

qualidade de vida dos indivíduos em situações adversas, como adoecimento e morte (FERREIRA *et al.*, 2020; FRANCO, 2002). Tendo significância não apenas para pacientes e familiares, como amplamente evidenciado na literatura, mas também para profissionais de saúde.

Nogueira e Pereira (2006) destacam que a religiosidade pode contribuir para a diminuição da visão de morte como fracasso para os profissionais da saúde. Ratificando essa ideia, Lopes (2003), ao pensar na prática dos profissionais com pacientes oncológicos, constata que recorrem aos valores morais e religiosos, buscando minimizar o fracasso da cura, escassez de recursos disponíveis e condições financeiras do sistema de saúde.

Assim, entende-se que a religiosidade e espiritualidade são utilizadas como fonte de apoio, favorecendo o enfrentamento do processo de morrer.

- **Experienciando a vivência com o morrer**

Os participantes descrevem sua experiência pessoal, decorrente do contato cotidiano com o processo de morrer de seus pacientes, ressaltando sentimentos dolorosos associados às perdas. Denotam tanto uma postura de evitação frente ao sofrimento, quanto de afetação associada à sua finitude e de seus entes queridos.

- **Sentimentos no contato com a morte e o morrer:**

Os médicos descrevem os sentimentos emergentes no contato com a morte e processo de morrer de seus pacientes, a partir de sensações difíceis e dolorosas frente às perdas:

A morte tá bem presente no cotidiano do trabalho e é uma situação que a gente não gosta de encarar porque demanda sofrimento, o alheio e o seu. (Nathan)

Na maioria das vezes a morte machuca, é vista como uma coisa ruim. Eu tenho uma dificuldade grande com morte, eu lido mal. Na verdade, a maioria de nós não está preparado, não lida bem, com a morte. Eu acho bem difícil. (Maggie)

Acho que a rotina pode desestabilizar alguém, deixar sofrido, desistir, e deixar a pessoa anestesiada. (George)

A morte me afeta. Então você tem medo! E eu acho muito triste isso, porque isso acaba deixando você mais ansioso, às vezes deprimido. Poxa! (Amélia)

É difícil né? A gente vê os pacientes ali no limite da vida (chorando) Desculpa...eu sou meio emotivo viu? (Richard)

Os profissionais também denotam a afetação vivenciada pessoalmente com a morte dos pacientes, devido a possibilidade de pensar a própria finitude e a perda de pessoas próximas, questionando-se sobre sentido de vida:

A gente tem o costume de traçar e planejar a nossa vida como se fosse viver até os 90 anos. E vendo tudo isso de perto, todas essas mortes, a gente vê que pode sair de casa um dia e não voltar à noite. (Andrew)

Eu tenho problemas, depois que eu fui mãe, quando eu sei que a pessoa que vai morrer tem filho pequeno. Eu me coloco no lugar e me dói um pouco. (Callie)

É extremamente complexo porque não tem como você não trazer isso pro seu cotidiano, então sou uma pessoa que penso na morte todos os dias, várias vezes ao dia. Agradeço todo dia quando eu e meus familiares chegam em casa à noite. É muito difícil você lidar tão de perto com a finitude, dos outros e da sua. É você dizer assim: eu também vou morrer. E pior, as pessoas que eu amo vão morrer! Então, isso repercute muito na sua vida. Vou parar de falar na terceira pessoa. Eu acho extremamente triste isso. E eu queria ser imortal! E eu queria que os meus pacientes fossem imortais também. (Amélia)

E mesmo diante do convívio constante, evitam e se esquivam do contato com a temática da morte, demonstrando dificuldade em acessar os sentimentos emergentes:

Eu acredito que seja um bloqueio pensar sobre a questão da morte porque, às vezes, as crises existenciais angustiam muito a gente. Talvez como mecanismo de defesa o melhor acabe sendo não pensar sobre isso. Fica mais cômodo, mais fácil, menos angustiante, não pensar sobre uma pergunta que você não tem resposta. (George)

Realmente é uma situação dolorosa, e por ser doloroso a gente tenta fugir, é normal. Mas não dá pra fugir. Eu tento realmente não me aprofundar muito nisso, dessa percepção, do sentimento que isso traz. (Nathan)

A percepção da sociedade ocidental contemporânea acerca da morte foi construída de maneira sócio-histórica (ARIÈS, 2003; ELIAS, 2001), e atualmente é carregada de representações e estigmas por estar associada diretamente à dor e ao sofrimento. Esses sentimentos negativos emergem em decorrência da impotência diante da inevitabilidade da mesma (ARIÈS, 2003; KOVÁCS, 2003a).

Dessa maneira, “o profissional que não está devidamente preparado para lidar com essas situações poderá experimentar uma gama de sentimentos reativos” (MASCIA *et al.*, 2009, p. 45), revelando desgaste físico e emocional ao cuidar de paciente com doenças em estágio avançado (CARVALHO, 2004). Constata-se ainda, que os sentimentos não se estabelecem somente pela perda dos pacientes com quem a equipe tem vínculo, mas também remetem ao confronto direto com a fragilidade de sua própria existência ou morte de seus entes queridos (KOVACS, 2012; SANTOS; BUENO, 2010).

Como denota Rego e Palácios (2006) o cotidiano os convida a pensar diariamente sobre as concepções de vida e morte. Então, trabalhar com a terminalidade propicia uma relação direta com implicações psicológicas (CHIATTONE, 2001), por haver

um distanciamento do caráter meramente intelectual do morrer, para a aproximação com perspectivas espirituais e emocionais dos profissionais (JARAMILLO, 2006).

Santos (2014, p. 329) salienta que “esbarrar com a finitude, de uma forma tão direta e frequente, talvez represente uma das tarefas afetivas mais relevantes para o sujeito que se prepara para exercer a Medicina”. Essa concepção pode ser baseada na ideia de que o médico, que foi ensinado e treinado para lidar com a morte de maneira prática, escondendo e não expressando seus sentimentos, pode ter dificuldades, ao se ver imerso nesse ambiente de constantes perdas (MELLO; SILVA, 2012).

Dessa maneira, a esquiva ou negação da morte podem vir como tentativas de evitação de contato com experiências dolorosas. Assim, “a grande dádiva da negação e da repressão é permitir que se viva num mundo de fantasia onde há ilusão de imortalidade” (KOVÁCS, 2012, p. 23), focando na crença de que “se deixarmos de pensar na morte, conseguiremos retardá-la ou evita-la” (SANTOS, 2014, p. 327)

“Sob o ponto de vista psicológico, o homem tem que se defender de vários modos contra o medo crescente da morte e contra a crescente incapacidade de prevê-la, e precaver-se contra ela. Psicologicamente, ele pode negar a realidade de sua morte por certo tempo” (KUBLER-ROSS, 2008, p. 18). Contudo, a sustentação dessa evitação não revela efetividade, pois como revela Zaidhaft (1990, p. 137), “por mais que o médico tente se ‘dessubjetivar’ a fim de se ‘vacinar’ contra a morte, isto não é psicologicamente viável”.

Essa postura pode dar a impressão de força e controle, escondendo fragilidades e vulnerabilidades associadas à finitude. Contudo, esse adiamento não impede que a morte se apresente em seu cotidiano e que dela se façam necessárias intervenções e processos de elaboração. O acúmulo dessas frustrações e sensações adversas podem influenciar o processo de luto, possibilitando

o aparecimento de adoecimentos emocionais e físicos associados (KOVÁCS, 2012), como depressão e *Síndrome de Burnout* (CARVALHO, 2011).

Assim, evidencia-se que, mesmo que os profissionais busquem manter uma rotina permeada por objetividade, mantendo mecanismos de afastamento das implicações da morte em suas vidas e em sua prática profissional, torna-se inviável o completo distanciamento da afetação vivenciada. E, portanto, revela-se a necessidade de consciência das questões emocionais, para o estabelecimento dos cuidados necessários.

- **Lidando com a morte em sua vida cotidiana**

Os entrevistados referenciam alguns aspectos que acreditam interferir, dificultando ou facilitando, a maneira como vivenciam o processo de morrer de seus pacientes. Nessa categoria, destacam os seguintes temas emergentes: *fatores que influenciam a absorção da morte; vivência dos limites profissionais; e estabelecimento de vínculos.*

- **Fatores que influenciam a absorção da morte:**

Nesse tema emergente, destacam-se fatores que influenciam a absorção e manejo do morrer a partir dos modos como essa morte se apresenta, como o tempo do morrer e a idade do paciente.

Alguns profissionais revelam a diferença em acompanhar pacientes que não vêm respondendo aos tratamentos com presença de sofrimento intenso e sintomas com pouca resposta aos pacientes que apresentam morte súbita e inesperada, por possuírem bom prognóstico:

Pros nossos pacientes, maioria com doença avançada e sintomática, a morte acaba sendo um descanso, uma forma de se livrar de um sofrimento muito grande. Então a morte não necessariamente é uma coisa ruim. Você pensa que pra ele e pra família é melhor coisa que aconteceu, numa visão geral. (Arizona)

A morte aqui é dolorosa. Porque realmente perder uma pessoa não é fácil, mas talvez esse processo permita que a família vá aceitando e consolidando mais fácil que uma perda mais súbita né? Muitas vezes, a morte aqui no oncológico não é súbita, mas é uma morte mais sofrida. São pacientes mais arrastados, prolongados, vivendo ali no limite, com dores oncológicas terríveis né? (Richard)

Barbosa (2010) descreve que em doenças com curso prolongado e irreversível evidenciam-se perdas importantes, não somente para o paciente e familiar, mas também para equipe de saúde. Essa vivência contínua é dolorosa, por sua manutenção prolongada. Já a morte súbita, apesar do impacto do sobressalto, apresenta-se como forma de abreviar o sofrimento daqueles que estão assistindo o paciente, contrapondo-se ao acompanhamento do processo de morrer, que se revela como a vivência de um período prolongado de dor e sofrimento. Kovács (2003b) destaca que a dificuldade vivenciada no processo de morrer dos pacientes pode ser mais difícil que lidar com a morte em si.

A ameaça de morte vivenciada por aqueles que acompanham um paciente em processo de terminalidade é entendida a partir do conceito de luto antecipatório (LINDERMAN, 1944). Esse conceito nos faz compreender que a ameaça de morte pode incitar o início do processo de enlutamento (FONSECA, 2014), a ser vivenciado não somente pelos pacientes e familiares, conforme é evidentemente expressivo na literatura, mas também pela equipe. O contato íntimo e frequente com a dor e sofrimento, presentes na evolução da doença e processo de morrer dos pacientes pode ser entendido como a vivência do luto antecipatório dos profissionais, prescindindo de preparação não somente racional, mas também emocional.

Os médicos destacam também a idade do paciente como fator influenciador da aceitação da perda, destacando maior dificuldade no manejo com pacientes mais jovens.

Eu tendo a ter uma sensação de tristeza maior quando eu vejo um jovem, uma pessoa que ainda não viveu, não teve suas experiências, caminhar em direção a morte. (Jackson)

Eu tenho uma dificuldade maior quando são pessoas jovens. A gente tem pacientes, muito jovens que você diz 'poxa, queria fazer mais'. Você fica, ai meu Deus, eu não posso deixar esta criatura ir embora. (Amélia)

Socialmente, a doença e o sofrimento não estão associados à juventude, símbolo de vitalidade. Na senescência, a morte apresenta-se como mais aceitável, em decorrência da compreensão de tempo e aproveitamento de vida, pautada na ideia - senso comum - de 'ordem natural dos acontecimentos'. Bosco (2008) ressalta a idade do paciente como fator influenciador da percepção da morte, entendendo que quanto mais jovem o paciente, mais traumatizante é para os profissionais que o acompanham. Lunardi Filho *et al.* (2001) salientam que a morte precoce dificulta a aceitação da perda, por remeter a uma frustração de expectativa de vida e perspectiva de futuro.

Vieira, Souza e Sena (2006) revelam que quanto mais tardiamente essa morte ocorre, no ciclo vital, menor o grau de estresse associado. Assim, usualmente, a perda de pessoas mais jovens acarreta maior sofrimento psíquico aos envolvidos, pois se entende que o fim de uma vida curta não permitiu vivências suficientes, mobilizando mais intensamente os profissionais. (MATTOS *et al.*, 2009). Júnior, Rolim e Morrone (2005) ressaltam maior dificuldade da equipe na comunicação de más notícias para jovens ou casos agudos.

- **Vivência dos limites profissionais:**

Os médicos relatam sua vivência dos limites profissionais, descrevendo a forma como lidam com a morte a partir das restrições profissionais impostas.

Alguns profissionais ressaltam a percepção de limitação curativa de sua prática, salientando as dificuldades diante da inevitabilidade da perda:

Diante da morte você se sente impotente. Independente do que você faça, não vai resolver o problema. Você é formado pra fazer sempre o melhor, e o melhor às vezes você acha que é que fique vivo. Nem sempre é. (Lexie)

Quando você tá profissionalmente envolvido no tratamento, empenhado naquilo e vê que não dá o resultado que você espera, tanto é frustrante profissionalmente, como você se sente impotente. (Burke)

O objetivo de todo medico é evitar que a morte aconteça, e aí acaba sendo uma derrota pra gente como oncologista não conseguir reverter, fazer com que o paciente fique curado. Então a morte pra gente acaba sendo uma derrota. A gente não estuda pra ver um paciente morrer, a gente estuda pra reverter o problema, pra curar, mas nem sempre a gente consegue. (Arizona)

Apesar evidentes limitações, alguns colaboradores revelam maior aceitação do morrer a partir da concepção de ter feito aquilo que era possível:

Uma amiga da minha esposa perguntou “e ai salvando muitas vidas?” e eu “não, tô aliviando muito sofrimento”. (Shane)

A medicina tem limites, então a gente não vai conseguir curar todo mundo, a doença vai vencer em algumas ocasiões. E nesses casos só nos resta dar conforto e apoio pro paciente e pra família. Conforta um pouco o médico, fazer o máximo que tinha disponível na medicina pra ajudar aquela pessoa. (Andrew)

Historicamente, a medicina é definida como área destinada a promover a saúde e combater a morte, visando à cura como objetivo maior. Dessa maneira, o sofrimento psíquico desses profissionais relaciona-se às suas possibilidades reais de sucesso ou fracasso (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011). Portanto, possuem condições técnico-científicas para sustentar a vida por maior tempo, mas não são preparados para enfrentar a morte (ESSLINGER, 2004). “O médico, formado para salvar vidas, nega a morte de seu paciente [...] a constatação da irreversibilidade da morte e de sua própria impotência o faz avaliar a morte como fracasso, e não parte natural da vida” (MORITZ, 2005, p. 52).

Pessini (2004) ressalta que, para a aceitação dos limites profissionais é necessário um deslocamento do paradigma curativo para o paradigma do cuidar que “permite enfrentar realisticamente os limites de nossa mortalidade e do poder médico com uma atitude de serenidade” (p. 195). Sob essa perspectiva, o cuidado não é um “prêmio de consolação quando o conhecimento e as habilidades técnicas não conseguem vencer a morte” (p. 194).

- **Estabelecimento de vínculos:**

Os profissionais ressaltam como o estabelecimento de vínculos pode interferir em sua prática profissional, frente ao morrer dos pacientes, ressaltando facilidades e dificuldades.

Alguns médicos destacam a afetação pessoal sentida frente à vinculação estabelecida com alguns pacientes, durante seu percurso de trabalho.

A gente acaba se apegando a alguns pacientes, se identificando com a história daquela pessoa. Lembro quando ela chegou aqui, com estado geral muito bom. É chocante pra gente também perder aquela pessoa. (George)

Não vou mentir que às vezes tem certos pacientes mais difíceis, que você se apega mais, é mais difícil. Tem outros que você não tem tanta intimidade é um pouco mais fácil, mas sempre é um negócio que eu não acho fácil. (Shane)

Alguns pacientes realmente me marcaram e me fizeram sofrer. Eu já acordei de madrugada extremamente angustiada, porque tava perdendo um paciente. Então, alguns pacientes eu me preparo pra perdê-los! (Amélia)

Eu acabo tratando os pacientes com uma proximidade maior. Assim, é difícil pra família, mas é difícil pra gente também né. É lidar com a morte é uma tarefa bem difícil. É uma tarefa bem bem difícil, realmente. Às vezes eu me envolvo muito com os pacientes, e fica difícil até da gente lidar sabe? (Richard)

Outros profissionais salientam a postura de distanciamento percebida como necessária para o acompanhamento médico satisfatório dos casos.

Eu tento não me envolver tanto emocionalmente com os pacientes, porque acho que isso faz você sofrer mais. Tento me manter como uma médica, apesar de dar o apoio, não me emocionar tanto, porque senão eu vou estar chorando junto com ele e eu acho que nesse momento ele precisa mais de uma ajuda diferente. (Lexie)

Eu procuro manter a postura mais profissional possível, não me envolver tanto, porque acho que senão você acaba ficando maluco, se você se envolver pessoalmente e emocionalmente. É claro que dando suporte, mas tentando me manter mais numa postura profissional, sem envolvimento emocional. (Burke)

Mas, como profissional, você não pode deixar levar pelo sentimento, senão você vai deixar transparecer isso, tem que ser o mais técnico possível. (Andrew)

A vinculação com as pessoas assistidas é trazida de maneira divergente ou ambivalente entre os profissionais, entre a sensibilização e o distanciamento. Contudo, em todos os discursos há uma similaridade: o destaque da vinculação como mobilizadora de in-

terferência em seu estado emocional, e conseqüentemente em sua atuação. Eles acreditam que quanto maior proximidade, maior o sofrimento envolvido no processo de perda, ideia que sustenta a postura de afastamento de alguns profissionais, visando à manutenção da continuidade da assistência. Dessa maneira, o distanciamento apresenta-se como um mecanismo de defesa socialmente estruturado (CARVALHO, 2006).

De fato, a afetação com a perda tem relação direta com o grau de envolvimento com o paciente, à medida que o luto se constitui como o rompimento de um vínculo significativo (BOWLBY, 1989), e o sofrimento é uma reação esperada (FONSECA, 2014). Com pacientes oncológicos, a possibilidade de envolvimento emocional é mais expressiva, considerando o prolongamento do tratamento (VIVONE, 2004). E quanto maior o vínculo estabelecido, mais intenso processo de enlutamento (FRANCO, 2003), nem sempre autorizado a compartilhar. Essa falta de autorização social para expressão de sentimentos associados à perda é nomeada de luto não reconhecido (DOKA, 1989), muito comum em profissionais de saúde (KOVÁCS, 2010). Dessa maneira, destaca-se a importância de legitimação desses sentimentos, para que seja viabilizada a abertura a um processo de autocuidado necessário aos profissionais.

Além disso, acredita-se que a vinculação com os pacientes e familiares pode favorecer o diálogo e propiciar maior coerência nas ações de cuidado aos pacientes e familiares (MENEZES, 2004). Assim, quebra-se a construção que privilegia a impessoalidade e objetificação (TRUOG *et al.*, 2008), que despersonaliza o sujeito, negando sua importância enquanto pessoa e, conseqüentemente, fragmentando a relação (DINIZ, 2006).

Deste modo, com a aproximação do paciente, é possível maior compreensão de sua totalidade, permitindo ao profissional um olhar ampliado frente à existência, história e contexto de vida do sujeito assistido. Entende-se então, que se afetar com o outro é

a chave de um bom processo de cuidados e é o que sustenta uma prática profissional ética e coerente. E, portanto, a abertura para relação promove uma postura compreensiva e empática do profissional, enriquecendo sua atuação.

- **Dificuldades vivenciadas no contato com a morte e o morrer**

Os médicos salientam as dificuldades vivenciadas no contato com o morrer, em seu cotidiano de trabalho, sendo referenciados os seguintes temas emergentes: *comunicação de más notícias* e *o peso da responsabilidade*.

- **Comunicação de más notícias:**

Os entrevistados, quando questionados sobre a maior dificuldade vivenciada no contato com o morrer dos pacientes, salientam a comunicação de más notícias para pacientes e familiares como prioritária, quase que de maneira unânime:

A maior de todas as dificuldades, de longe, é dar notícia pros familiares. Você falar pra eles que o pai ou filho ou parente deles faleceu é muito ruim. É isso que eu tô dizendo, você não aprende a dar notícia ruim. (Maggie)

Eu realmente, sempre que tenho qualquer notícia de morte é um martírio. Eu tenho extrema dificuldade de me expressar melhor pra família. Sempre comunicar uma perda é difícil, bem difícil. (Richard)

Muitas vezes você tem que trazer a palavra “morte” pro familiar. Ai eles perguntam: “quer dizer que ele vai morrer?” Ele vai! Chega a gente fala assim... vai...fala baixinho. Às vezes eu me preocupo de não estar sendo suficientemente sincera com os pacientes. Eu tento ir no ritmo do que a família e o paciente querem. A gente usa pleonasmos e fala “são os últimos momentos dele aqui com vocês”, porque essa palavra morte é extremamente complexa! (Amélia)

É imprescindível que os médicos, responsáveis pela comunicação de diagnósticos e prognósticos (CFM, 2019), desenvolvam habilidades comunicacionais para o bom estabelecimento de uma relação de qualidade com pacientes e familiares. “De fato, a comunicação das ‘más notícias’ em saúde, continua a ser uma área cinzenta de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações” (PEREIRA, 2005, p. 34).

Então, considerando toda complexidade desse processo comunicacional, consta-se na literatura um direcionamento prático, visando reduzir o impacto da comunicação, facilitar o trabalho da equipe e favorecer a elaboração psíquica dos pacientes e familiares diante de notícias difíceis. Em forma de protocolos, são sugeridas etapas a serem seguidas, a exemplo das descritas pelos acrônimos SPIKES (BAILE *et al.*, 2000), internacionalmente conhecido, e PACIENTE (PEREIRA *et al.*, 2017), nacionalmente adaptado.

Contudo, ainda é escassa a literatura que referencie a dificuldade vivenciada pelos profissionais nesse processo, conforme denotado no discurso dos médicos entrevistados. Como revela Riba e Juver (2008, p. 28) “dar más notícias gera grande estresse não só nos doentes, mas também nos médicos, que muitas vezes tentam evitar essa tarefa, usando técnicas de distanciamento”. Em uma pesquisa desenvolvida com médicos sobre a comunicação com familiares sobre a morte, constatou-se que 92% dos entrevistados sentem dificuldades para falar da temática. Destes, 52% avaliaram a formação como insuficiente quanto à preparação para diálogos sobre o morrer (JÚNIOR; ROLIM; MORRONE, 2005).

Então, entende-se que comunicações diagnósticas, prognósticas ou de óbito se apresentam como momentos complexos e difíceis, que envolvem diretamente aspectos emocionais, não somente daqueles que recebem as informações, mas também dos que as estão transmitindo. Dessa maneira, muitas vezes, os

profissionais podem buscar uma postura mais técnica e objetiva para não transmitir aspectos pessoais e subjetivos que atravessam o processo realizado. No entanto, não se deve esquecer que a troca de informações também envolve e afeta, permitindo o contato efetivo com o outro, e, portanto, revelando a importância de seu caráter relacional, intersubjetivo e dialógico (AMATUZZI, 1989).

- **O peso da responsabilidade:**

Os entrevistados ressaltam a dificuldade de lidar com o peso da responsabilidade de ser médico, em decorrência das expectativas e exigências da categoria:

Eu acho muito difícil essa carga, esse tradicionalismo de jogar a responsabilidade pra cima do médico. Exigir respostas, prognósticos, previsões precisas. É muito difícil responder algumas perguntas. Doutor eu vou ficar boa? Se você responde que sim, você pode ser um charlatão, porque se lá na frente a doença voltar você disse que ia ficar boa, e aí? Se você, pelo contrário, diz olhe dar a resposta que eu considero mais adequada, dizer, não posso garantir, mas nós demos o nosso melhor. Quando a gente responde dessa forma pode demonstrar uma insegurança pro paciente. Mas eu não deixo de dar a resposta que acho mais plausível. Então são vários fatores que nos angustiam. (George)

Eu acho que as famílias dos pacientes ainda vêem o médico como aquele que vai trazer a vida a qualquer preço! Então a esperança é a última que morre! Eles ainda não conseguem perceber o médico como uma pessoa que pode vir aliviando a dor, gerando qualidade de vida, prolongando o tempo de convívio com as pessoas e estando ali do lado pra dar um suporte. E essa expectativa vai de encontro, às vezes, ao que a gente tem pra oferecer, então gera um pouco de conflito. (Amélia)

Muitas vezes eles vêem você como pilar, eles você como ponto de apoio, então se você se desestruturar, eles se desestruturam também. (Alex)

A relação entre médico e paciente é estabelecida anteriormente ao contato dessa díade, sustentada através da idealização da figura deste profissional, como aquele que tem o poder da re-

solução de todas as necessidades de saúde do paciente assistido. Culturalmente, o médico é considerado “personagem que possui o saber, a faculdade de curar, é uma autoridade esclarecida e terna.” (JEAMMET *et al.*, 2000, p. 354).

Ao mesmo tempo, “a medicina é uma profissão de reconhecida tradição. Há muito tempo que ser médico significa prestígio, status e destaque social, tanto para o núcleo familiar como para a sociedade em geral” (MACHADO, 1997, p. 30). Entende-se então, que a escolha pela profissão médica é perpassada por diversos fatores, tais como revela Mello Filho (2006, p. 33) “afinidade pelas ciências biológicas, amor ao próximo, desejo de praticar o bem a seus semelhantes, contribuir para o bem-estar da humanidade”. Todavia, o mesmo autor ressalta que a dimensão talvez evidenciada com maior ênfase seja a busca pelo poder. À vista disso, não é exclusivamente social a convocação para responder às elevadas exigências da onipotência do saber, mas pode ser retroalimentada por essa postura do profissional.

Então, concomitantemente em que a medicina apresenta poder e prestígio social, também é perpassada por cobranças idealizadas, construídas a partir de um processo histórico fortalecido. Assim, pode-se observar um apagamento do sujeito frente ao seu trabalho, repleto de idealizações e expectativas, podendo gerar implicações emocionais que interferem diretamente na construção do seu papel na prática de trabalho.

• **Preparo profissional e pessoal no trato com a morte**

Nessa categoria, os médicos destacam o que consideram essencial para um bom preparo profissional e pessoal no trato com a morte de seus pacientes, salientando como temas emergentes: *formação acadêmica e formação pessoal*.

• **Formação Acadêmica:**

No discurso dos médicos fica nítida a insuficiência da formação, trazida como precária ou ausente, quando relacionada à temática da morte e ao manejo do cuidado com familiares e pacientes que se encontram em processo de morrer:

Na graduação não vi nada sobre Tanatologia. Na residência eu não lembro disso. Nada... simpósio, aula, palestras, nada. (George)

Espaço nenhum, espaço nenhum! Nenhum é nenhum! Nenhum momento a gente teve oportunidade de ter essa discussão, mesmo na residência. Muito se preocupa em aprender os protocolos, mas sobre isso não me ocorre de discutir. (Amélia)

Na graduação que eu me lembre nada, e mesmo na residência de oncologia, que era de se esperar alguma abordagem em relação a isso também não. É uma coisa da prática, do dia a dia, da vivência. Não tive nenhuma preparação (Burke)

Assim, considerando a incipiente formação recebida, os profissionais, ao serem questionados sobre o que seria necessário para uma preparação para o trabalho com a morte, quase de maneira unânime, destacam a percepção de que produziram conhecimento em sua prática, entendendo que o dia-a-dia é capaz de formá-los para uma atuação com a morte:

Na marra, no dia a dia. Espontaneamente. (George)

Aqui no hospital a gente acaba aprendendo com o dia a dia, não tem ninguém que chegue pra gente e diga oh 'vai ser assim assado', até porque não é assim que funciona. Acho que sofre um pouco de seleção natural. (Callie)

Não sei se algo ia me acrescentar muito não, já me formei na prática. (Meredith)

Não sei se haveria uma maneira de preparação enfrentar isso, se seria efetivo pra lhe preparar pra esses momentos, acho que é algo mais vivencial mesmo. (Burke)

Acho que já vai fazendo parte da rotina mesmo. Você acaba aprendendo a lidar com isso no decorrer dos anos. É o dia a dia. Você vai enfrentando a situação e vai ganhando com os exemplos. Creio que seja mais isso. Você vai aprendendo a lidar, já viu os diversos tipos de reações. É uma questão de experiência. (Owen)

Torna-se evidente que os profissionais de saúde lidam com a morte em seu cotidiano de trabalho, mas não possuem formação suficiente sobre o tema, à medida que os currículos de graduação hipervalorizam os saberes biológicos, assumindo a perspectiva curativa e de tecnologização da saúde, com pouca ênfase ao manejo das situações de terminalidade (FRANÇA; BOTOMÉ, 2005; TRUOG *et al.*, 2008).

As disciplinas que abordem a questão da morte, processo de morrer e luto são escassas ou ineficientes, inviabilizando a criação de espaços que fomentem a ideia da morte não como uma inimiga a ser vencida a qualquer custo, mas como uma parte da vida que necessita de cuidados (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011; CANO, 2014; ESSLINGER, 2004; JUNQUEIRA; KOVÁCS, 2008; SANTOS, 2014). Por conseguinte, esse distanciamento auxilia na manutenção da falta de preparação acadêmica para o acompanhamento da morte, criando barreiras estruturais e formativas (HERMES; LAMARCA, 2013)

Assim, o modelo tecnicista e positivista adotado na maioria das faculdades médicas “não atende às demandas que a temática da morte, do morrer e do luto levantam, especialmente aquelas relacionadas com as emoções, a afetividade, com as questões existenciais-espirituais, bem como as do sentido da vida e, portanto, da morte e do morrer” (SANTOS, 2014, p. 329). E, portanto, destaca-se a importância de tornar essa formação mais generalista e humanista, com foco em outras questões também importantes, como vínculo, empatia e comunicação (MANSO, 2020).

Nas entrevistas, os profissionais ressaltam, de maneira enfática, a falta de preparo técnico, teórico e vivencial para lidarem

com a morte. Destacam que tiveram que “aprender fazendo” ou “na base dos exemplos”, e com os anos, se prepararam para o trabalho, e por isso, não consideram essencial a criação de espaços formativos para esse fazer. Contudo, no decorrer do trabalho, torna-se nítida a dificuldade vivenciada por eles nos casos de morte, sendo destacado, principalmente, o início da profissão como mais crítico. Entende-se assim, que a prática médica pode não ser baseada apenas no empirismo, mas pautada em teorias e técnicas, bem como em um preparo emocional para que se torne mais coerente e adequada não somente às necessidades dos pacientes e familiares, mas também dos profissionais.

Essa ideia é ratificada pela literatura, que salienta a necessidade de investimento formativo aos profissionais de saúde (ES-SLINGER, 2004; KOVÁCS, 2012), pois como demonstra Barbosa (2003, p. 8) “grande número de profissionais de saúde estão ainda pouco preparados para assistir, entender, acompanhar e ajudar realmente um ser humano nos difíceis momentos que antecedem a sua morte”.

Além dos espaços curriculares, também podem ser oferecidas atividades nos campos de atuação das equipes. Sugere-se a abertura do debate e diálogo sobre o tema da morte no ambiente de trabalho, entre a equipe, e com os pacientes e familiares (COVOLAN *et al.*, 2010; MORITZ; NASSAR, 2004), podendo contribuir para o treinamento e sensibilização para essa temática tão complexa (KOVÁCS, 2005).

- **Formação Pessoal:**

Os entrevistados descrevem os aspectos pessoais envolvidos no acompanhamento do processo de morrer dos pacientes, destacando o apoio emocional como um fator que pode contribuir para melhora do manejo no contato com a morte.

Eu acho que teria que ter um apoio psicológico. Um grupo de apoio. Porque você vê aqui no hospital que tem médico que não tem preparo nenhum pra lidar com a morte, sabe? E acho que realmente falta esse apoio, falta essa cultura. É muito importante tanto pra estabilização emocional da equipe e o preparo da equipe, quanto também o médico. (Shane)

Acho que a pessoa tem que primeiro se avaliar, talvez, se tivesse temporariamente algum psicólogo que fizesse tipo uma série de consultas com cada um dos médicos e se identificar um problema segue. Não sei se for por demanda espontânea aí tem gente que talvez não vá aderir tanto. (Callie)

Só fazendo terapia (risos). Eu até tinha na época da graduação. Um suporte assim seria bom. (Lexie)

Eu particularmente faço terapia porque tem horas que eu fico ruim. Tenho muito contato com paciente, então na hora que ele vem a falecer eu fico...eu até discuto isso na terapia, que as vezes a gente não sabe lidar com aquela perda. Então acho que outra coisa que valeria a pena todo mundo fazer era terapia. (Maggie)

Vislumbra-se que a forma como os profissionais encaram a morte pode estar diretamente associada à maneira como lidam pessoalmente com essa temática, considerando o caráter indissociável entre os aspectos profissionais e pessoais (PY; OLIVEIRA, 2004).

Os médicos precisam se trabalhar constantemente em relação a esses sentimentos, para que consigam estar presentes diante do paciente. Assim, ambos podem vencer seus medos, potencializando e humanizando a relação (FRANCO, 2002). Então, compartilhar percepções acerca da proximidade de morte pode atenuar sentimentos de solidão e derrota, abrindo espaço para a emergência da cumplicidade e maior leveza (REZENDE, 2000).

Para além dos cuidados estabelecidos pelos próprios profissionais, em espaços fora da instituição, pode-se pensar na criação de espaços intrainstitucionais para discussão do processo de morrer, tendo a equipe multiprofissional como espaço de compartilhamento das ideias e sentimentos, auxiliando na elaboração dos

lutos diários e minimizando as dores das perdas sentidas constantemente (CHIATTONE, 2001). Esses espaços, além de acolher angústias e dores relacionadas a essa afetação vivenciada, podem estar abertos para o acolhimento de sentimentos positivos apresentados e progressos alcançados. Assim, pode haver maior fortalecimento e coesão da equipe, tornando-a mais motivada e preparada para lidar com as dificuldades apresentadas em seu cotidiano.

Considerações Finais

A assistência oncológica constitui-se como espaço de cuidado com o morrer em decorrência do grande número de óbitos ocorridos. Essa ideia contrapõe-se à visão biomédica, que contribui para simbolização do hospital como espaço de cura e dos médicos como profissionais capazes de controlar as doenças e, muitas vezes, de dominar a morte.

Então, frente à convivência constante com pacientes em processo de terminalidade, foi notória a tentativa dos profissionais entrevistados em naturalizar a morte, concebendo-a de maneira racional e simplista, em busca de uma prática objetiva e científica. Essa atuação idealizada é pautada na renúncia de sentimentos e valores subjetivos, em defesa da manutenção de uma 'boa prática médica'. Contudo, no discurso dos médicos foram percebidas dificuldades, tanto ao denotarem uma postura de afastamento frente ao assunto, quanto ao evidenciarem sentimentos adversos vivenciados no contato com o morrer de seus pacientes, bem como na constatação de sua finitude e da possibilidade da perda de pessoas queridas.

Esse desafio ocorre não apenas por se tratar de um assunto estigmatizado cultural e socialmente, mas também em decorrência da falta de formação teórica e emocional dos médicos. Assim, confirma-se que as dimensões profissionais e pessoais se encontram diretamente ligadas à medida que a experiência de trabalho

com pacientes oncológicos não é meramente técnica, mas promove indagações e afetações humanas.

Destarte, acredita-se que somente a prática não seja suficiente para tornar os profissionais aptos no contato com o morrer, e então, sugere-se a criação de espaços formativos em prol da capacitação teórica para as temáticas que envolvem a morte, bem como a criação de momentos para a elaboração das demandas emocionais suscitadas.

Por fim, destaca-se que o impacto da morte para os médicos é uma questão que merece cuidados. Mesmo acreditando não haver um momento em que os profissionais sintam-se completamente capacitados para lidar com todas as nuances envolvidas no processo de morrer, vislumbra-se que, com maior aprimoramento teórico e emocional, possam ser capazes de estar mais disponíveis à temática, vivenciando os cuidados prestados de maneira mais coerente e menos dolorosa, compartilhando as dificuldades e potencialidades de todos os envolvidos, em um processo de construção complexo e rico em crescimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATUZZI, M. M. **O resgate da fala autêntica**: filosofia da psicoterapia e da educação. Campinas: Papyrus, 1989.

AZEREDO, N. S.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 37-43, 2011.

ARIËS, P. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Lisboa: Teorema, 2003.

BAILE, W. *et al.* SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. **The oncologista**, v. 5, n. 4, 2000, p. 302-11.

BARBOSA, A. Pensar a morte nos cuidados de saúde. **Análise Social**, v. 38, n. 166, p. 35-49, 2003.

BARBOSA, A. Processo de luto. *In*: BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. G. **Manual de Cuidados Paliativos**. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p. 487-532.

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

BOWLBY J. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CANO, D. S. **O médico entre a vida e a morte**: um estudo psicológico em oncologia clínica. Porto Alegre: Casa do Psicólogo, 2014.

CARVALHO, M. A Dor no Estágio Avançado das Doenças. *In*: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004. p. 85-101.

CARVALHO, V. A Equipe de Saúde e suas Vicissitudes Emocionais. *In*: PIMENTA, C.; MOTA, D.; CRUZ, D. **Dor e Cuidados Paliativos**: Enfermagem, Medicina e Psicologia. Barueri: Manole, 2006. p. 103-123.

CARVALHO V. A vida que há na morte. *In*: BROMBERG M. *et al.* **Vida e morte**: laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 36-76.

CHIATTONE, H. A família e a morte da criança. *In*: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira & Thomson Learning, 2001. p. 107-133.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) [Código de ética médica]. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. **Conselho Federal de Medicina**. Brasília, DF: 2019.

COVOLAN, N. T. *et al.* Quando o vazio se instala no ser: reflexões sobre o adoecer, o morrer e a morte. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 561-71, 2010.

DINIZ D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1741-8, 2006.

DOKA, K. J. **Disenfranchised grief**: recognizing hidden sorrow. Lexington: Lexington, 1989.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**: seguido de envelhecer e morrer. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ESSLINGER, I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p.149-163.

FERREIRA, L. *et al.* A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 2, p. 1-13, 2020.

FONSECA, J. P. Luto antecipatório: situações que se vive diante de uma morte anunciada. In: SANTOS, F.; SCHIELMANN, A. L.; SOLANO, J. P. (Ed.). **Tratado Brasileiro de Perdas e Luto**. São Paulo: Atheneu Editora, 2014. p. 145-154.

FRANCO, M. H. Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. **O Mundo da Saúde**, v. 27, n.1, p. 182-4, 2003.

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

FRANÇA, M. D.; BOTOMÉ, S. P. É possível uma educação para morte? **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 547-548, 2005.

GALRIÇA NETO, I. G. Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In: BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. G. **Manual de Cuidados Paliativos**. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p. 1-42.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciêñ & Saúð Colet**, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil> Acesso em: 15 de outubro de 2020.

JARAMILLO, I. F. *et al.* **Morrer bem**. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006.

JEAMMET, P., REYNAUD M., CONSOLI, S. **Manual de psicologia médica**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

JUNQUEIRA, M. H.; KOVÁCS, M. J. Alunos de Psicologia e a Educação para a Morte. **Revis Psicol Ciên e Profi**, v. 28, n. 3, p. 506-519, 2008.

JÚNIOR, A. S.; ROLIM, L. C.; MORRONE, L. C. O Preparo do Médico e a Comunicação com Familiares sobre a Morte. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v. 51, n. 1, p.11-16, 2005.

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003b.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, Fapesp, 2012.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, Fapesp, 2003a.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n.4, p.420-429, 2010.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005.

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

LINDERMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. **American Journal of Psychiatry**, 1944. p. 186-201. Disponível em: <http://www.nyu.edu/classes/gmoran/LINDEMANN.pdf>. Acesso em: 27 março 2017.

LOPES, A. A. **Formação e práticas de profissionais da saúde em interação com pacientes oncológicos**. 2003. 273f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

LUNARDI FILHO, W. D. *et al.* Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 60-81, 2001.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

MANSO, M. E. Cultura e prática médica: trabalhando a competência cultural em um curso de graduação de medicina, São Paulo, Brasil. **J Manag Prim Health Care**, 12:e4, 2020.

MASCIA, A. R. *et al.* Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto ano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 40-48, 2009.

MATTOS, T. A. *et al.* Profissionais de enfermagem e o processo de morrer e morte em uma unidade de terapia intensiva. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte: Coopmed, v. 13, n. 3, p. 337-342, 2009.

MCCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. *In*: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p.167-180.

MELLO, A; SILVA, L. Estranheza do Médico Frente à Morte: Lidando com a Angústia da Condição Humana. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 18, n. 1, p. 52-60, 2012.

MELLO FILHO, J. **Identidade Médica: implicações históricas e antropológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MICHAELIS [Moderno dicionário da língua portuguesa]. São Paulo: Melhoramentos. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/> Acesso em: 14 agosto 2020.

MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 447-456, 2004.

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Bioética**, v. 13, n. 2, p. 51-63, 2005.

MORITZ, R. D.; NASSAR, S. M. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 16, n. 1, p. 14-21, 2004.

NOGUEIRA, D.; PEREIRA, L. (2006). Perspectivas da morte de acordo com a religiosidade: Estudo comparativo. **O portal dos psicólogos**, p. 1-71. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0058.pdf>. Acesso em: 14 agosto 2020.

PEREIRA, C.R. *et al.* The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 43-49, 2017.

PEREIRA, M. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n.1, p. 33-7, 2005.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *In*: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 181-208.

PY, L.; OLIVEIRA, A. C. Humanizando o adeus à vida. *In*: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 135-147.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.A. Finitude humana e a saúde pública. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, v. 22, n. 8, p. 1755-1760, 2006.

REZENDE, V. L. Os últimos momentos: abordagem psicológica para pacientes terminais. In: REZENDE, V. L. (Org.). **Reflexões sobre a vida e a morte**: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: Editora da Unicamp, 2000. p. 69-77.

RIBA, J. P.; JUVER, J. Como dar más notícias. In: SALTZ, E.; JUVER, J. (Orgs.). **Cuidados Paliativos em Oncologia**. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2008. p. 25-29.

SANTOS, F. S. Educando estudantes e profissionais das áreas da saúde, humanas e sociais sobre morte, perdas e luto. In: SANTOS, F.; SCHIELMANN, A. L.; SOLANO, J. P. (Ed.). **Tratado Brasileiro de Perdas e Luto**. São Paulo: Atheneu Editoar, 2014, p. 327-335.

SANTOS, J. L.; BUENO, S. M. A questão da morte e os profissionais de enfermagem. **Rev Enferm Uerj**, v. 18, n. 3, p. 484-7, 2010.

SANTOS, M. A.; AOKI, F. C.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p. 2625-2634, 2013.

TRUOG, D.R., *et al.* Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by American Academy of Critical Care Medicine. **Crit Care Med.**, v. 36, n. 3, p. 953-63, 2008.

VIEIRA, M. A.; SOUZA, S. J.; SENA, R. R. Significado da morte para os profissionais de enfermagem que atuam no CTI. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 2, p. 151-159, 2006.

VIVONE, C.P.R. **A vivência do oncologista na informação do diagnóstico de câncer à paciente**. 2004. 115f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

3.5 SUICÍDIO E DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO: DIMENSÕES E IMPLICAÇÕES¹³

Sara Lavor Fernandes

*O meu avô sempre dizia que o melhor da vida haveria de ser
ainda um mistério e que o importante era seguir procurando.
Estar vivo é procurar... Há uma felicidade para os tempos difíceis.
Sei que é importante seguir à sua procura...
...Quero sempre inventar a vida
(MÃE, 2019)*

Introdução

Interrogada sobre a possível imbricação entre diagnóstico oncológico/recidiva e ideação/tentativa/suicídio circunscreve-se a costura que representa esta escrita, disparada pelo trabalho de escuta qualificada de sujeitos com neoplasias, as mais diversas e seus recursos de enfrentamento. Apenas um dilema filosófico é crítico: o suicídio (CAMUS, 1942), reflexão proposta em *Mito de Sísifo — Ensaio sobre o Absurdo*, no qual o autor pondera sobre o suicídio. Tema envolto em um emaranhado de indagações sem respostas e subnotificado, parte porque alguns sujeitos que completam o ato, por vezes, o mascaram e parte devido às dificuldades dos sobreviventes enlutados que compõem a rede social em reconhecerem tal realidade. Sendo que a percepção que desencadeia este capítulo é concordante com a de Solomon (2002) quando considera que um suicídio é pesaroso e nocivo em alguma proporção para todos os que alcança.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) prevê que o suicídio contribua com mais de 2% para a carga global de doença até o ano 2020 – ano referente à publicação deste livro. Sendo

¹³ Trabalho produto do processo de Residência Integrada em Saúde, na ênfase Cancerologia, pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP/CE).

que este índice não dá conta dos efeitos simbólicos e reais do ato ou ideação para a saúde psíquica de inúmeras famílias e grupos sociais. Ademais, impõe um peso maior nos países de baixa e média renda, que são geralmente mal equipados para atender às necessidades de saúde geral e, principalmente, saúde mental de suas populações. Sendo os serviços escassos, e, quando existem, há empecilhos consideráveis ao acesso e, muitas vezes, contam com poucos recursos (OMS, 2012).

O suicídio atravessa toda a história do gênero humano, em todos os povos. É um comportamento com influências múltiplas, culminância de uma densa combinação de elementos psíquicos, orgânicos e sociais. Portanto, precisa ser interpretado como desenlace de inúmeros fatores que se somaram na biografia do sujeito, não sendo possível leituras reducionistas. É o resultado de um encadeamento de razões (ABP, 2014).

Segundo dados da OMS, em 2015 cerca de 800 mil suicídios foram registrados no mundo, dos quais 78% em países de média e baixa renda e atualmente representam 1,4% de todas as mortes em todo o mundo (BACHMANN, 2018). Entre 2011 e 2015 representou a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2017). A epidemiologia revela ainda um contingente de 1.920 pessoas que põe fim à vida diariamente, o que sobrepõe, ao final de um ano, a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos (BOTEGA, 2014).

O crescimento de suicídios no Brasil o faz ocupar a 8ª posição em números absolutos no mundo (CALIXTO FILHO; ZERBINI, 2016). Os homens idosos representam a maioria dos casos de suicídio, porém, o número de casos em jovens adultos entre 15 e 24 anos têm crescido nos últimos anos. A maior prevalência de casos notificados de lesão autoprovocada, assim como de tentativas de suicídio, se encontram na faixa etária entre os 20 e 49 anos (BRASIL, 2017).

O Ceará figura como o primeiro lugar em quantitativo de suicídios entre os estados do Norte e Nordeste e quinta posição no Brasil, conforme o 10º Anuário de Segurança Pública, com 603 casos notificados em 2015. O Estado ficou atrás apenas de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Entre as capitais brasileiras, Fortaleza ocupa a terceira posição em índices de suicídio, atrás de Boa Vista e Florianópolis (SOUZA, 2016). Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, no período de 2012 a 2016 ocorreram em Fortaleza e região metropolitana 1.299 casos de suicídio, sendo 1.018 homens e 281 mulheres (SOUZA, 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), aproximadamente dez pessoas são significativamente impactadas pelo suicídio de alguém. Sendo assim, entre os anos de 2002 e 2012, o Brasil registrou mais de 500 mil sobreviventes enlutados por suicídio. Estudo recente no contexto norte-americano aponta que o número de pessoas impactadas por um caso de suicídio pode ser ainda maior, podendo chegar a 135 pessoas (FIOCRUZ, 2020).

O comportamento suicida compreende desde o pensar na autodestruição perpassando o planejamento para o ato até a consumação do mesmo (OMS, 2002). O termo suicídio em si traz uma referência direta à violência e à agressividade. Sem adentrar na complexa teia de fatores que dão origem ao ato suicida, a definição objetiva do dicionário aponta-o como o ato ou efeito de matar a si próprio (AURÉLIO, 2017). O suicídio e comportamentos autodestrutivos têm amplo espectro, incluindo a morte de si mesmo, exposição a condutas de risco, falta de cuidados quando doente, intoxicação, desastres, entre outros (CASSORLA, 2004).

Solomon (2002) aponta as seguintes tipologias suicidas: atitudes em que predominam a impulsividade como estratégia para afugentar o sofrimento; atos em que prepondera o anseio pela desopressão pela morte; processos nos quais a interrupção do ciclo

vital é percebida como a única solução para a dor e caminho de refolgo para o entorno social e programação consciente do autoextermínio. Para o autor, o suicídio é solução duradoura para um infortúnio que poderia ter outros caminhos resolutivos.

Contudo, é impossível abordar tal temática sem ancorar-se no angular *O suicídio* de Durkheim, o qual fundou uma nova perspectiva sobre este fenômeno, desvinculando-o da conotação moral sob a qual ele era abordado até então e documentando, de forma científica, sua relação com os laços sociais que o sujeito estabelece. É a partir deste, que as ciências do psiquismo aprofundam seu estudo sobre o suicídio. Na perspectiva do autor, o suicídio tem um componente essencialmente social, ou, em outras palavras, essencialmente relacional (DURKHEIM, 2014).

Conectado à multifatorialidade, o suicídio aponta para a tentativa de supressão de um insuportável sofrimento e redução de outras possibilidades de enfrentamento somado à ausência de esperança, sensação de desamparo e anseio dilacerante pelo escape (SHNEIDMAN, 2001). Dentre os fatores de risco mais difundidos encontram-se: perdas concretas e simbólicas, transtornos psiquiátricos, doenças graves, ausência de projetos, ruptura com as atividades laborais e comprometimento financeiro (WHO, 2004).

Além destes, integram os fatores de risco a associação patologias crônicas e transtornos mentais prévios ou desencadeados pelo processo de adoecimento/tratamento (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010). Patologias ou deficiências físicas ou mentais que levam à invalidez, ao afastamento de atividades laborais ou à limitação da capacidade funcional são o segundo fator de risco mais observado entre os homens idosos e o terceiro entre as mulheres idosas. Os vestígios de ameaça à vida podem ser apreendidos por meio de evidências verbais, comportamentais, contextuais e situacionais (MINAYO *et al.*, 2012).

Pessoas com diagnóstico de neoplasia ou outras patologias

complexas exibem elevado risco de expressar sintomatologia depressiva quando feita a analogia com a população geral. A preponderância do transtorno depressivo vinculado ao câncer pode variar de acordo com o prognóstico e as terapêuticas em curso. Uma metanálise realizada com artigos entre 1983 e 2015 para estimar o risco de suicídio em pacientes com câncer considerou qualquer sítio da doença e identificou o risco aumentado de desfecho fatal neste perfil de indivíduos, sendo o momento subsequente à comunicação diagnóstica o de probabilidade ampliada (CALATI *et al.*, 2017).

Entre as possíveis repercussões de uma patologia ameaçadora da vida estão: dor, desconforto, diminuição da autoestima, indeterminação sobre o futuro, ideação suicida, temores, fobias, distúrbios comportamentais, obstáculos na relação familiar e interpessoal, estresse e quadro depressivo (CALATI *et al.*, 2017). Uma das sintomatologias psíquicas de superior apreensão inserida no âmbito de cuidados paliativos é a desesperança, que é compreendida como um critério ameaçador para a ocorrência de suicídio, de ideação suicida e do desejo de morte prematura (SORATO, 2013).

Compreendendo que a avaliação do risco de suicídio entre os pacientes diagnosticados com os mais diversos tipos de câncer é imprescindível (HARRISSON, 2017), optou-se por dar visibilidade a esta correlação através desta escrita que encerra um percurso denso de escutas de pacientes oncológicos durante a Residência Integrada em Saúde promovida pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Conforme a Organização Mundial de Saúde, o suicídio é uma questão complexa e, por isso, os esforços de prevenção necessitam de coordenação e colaboração entre os múltiplos setores da sociedade (PAHO, 2016).

Reflexões teóricas

Para além de pensar em dados quantitativos conclusivos e bem consolidados, é preciso pausar diante de qualquer escrita que empreite abordar a temática da interrupção da biografia através do ato suicida, visto que nos faz entrever a própria finitude e os nossos sentidos de vida ou fragilidades que contornam estes e suas possibilidades já que todos nós estamos implicados no desfecho do suicídio. Ao nos confrontarmos com a dor de existir em carne viva com inquietações que não estão encontrando esteio, ponderamos nossas próprias reticências associadas às buscas de sentido que por vezes engendramos, inconscientemente, sem dar conta de suas exigências e reverberações simbólicas e reais. É fato que morremos, dia a dia, se nos pautarmos pelos critérios biológicos do processo de envelhecimento, porém, este caminho pode ser enxertado de vida ou despotencializado, ficando evidente o processo de morrer subjetivo e intersubjetivo para os sujeitos que ventitam, planejam e passam ao ato de concluir existências de forma abrupta, tendo a dor e o desejo de alívio da mesma como pano de fundo do excesso sem representação que inviabiliza sustentar caminho(s) de busca de sentido(s).

Há diagnósticos com um certo atributo diferencial de nos colocar diante do irrepresentável no aparelho psíquico e as neoplasias em seus mais diversificados sítios é um deles. O diagnóstico de câncer desnuda-se encharcado de vários lutos (possíveis sobreposições de várias perdas). É impossível fazer a travessia do adoecimento oncológico sem o diálogo por mais secreto que seja com a finitude e as ressignificações que por vezes podem ser mais ou menos profícuas.

Compreendendo este terreno do mortífero que ainda impera cercado pelas metáforas bélicas que permeiam o tratamento dos cânceres é que podem entrar os atos de desespero, atos pau-

tados pela busca de dignidade, atos planejados em consonância com uma história de vida, enfim, ações que apenas os que têm suas células marcadas com a inscrição da doença poderão dar um significado ou não e é nesta esfera do possível para cada um que os comportamentos suicidas se espreitam e, em alguns casos, tomam a cena e se concretizam como tentativa de escapar de um sofrimento insuportável. Longe da pretensão de capturar a experiência do outro, estas reflexões caminham enoveladas com o cuidado em não minimizá-la e o desejo de dar visibilidade ao sofrimento humano em sua pluralidade, com a expectativa de que sejam possíveis procuras de outras saídas visto que na interlocução entre diagnóstico e vida podemos esbarrar com o inominável.

Entrelaçando produções científicas das áreas da Suicidologia e da Oncologia e a experiência clínica, elucidamos um elevado número de pessoas que por encontrarem-se portadoras de um câncer, independente do órgão comprometido, acabam desinvestindo dos processos de vida atravessados que estão pela avassaladora concepção de serem detentores de uma doença que implicará em perdas de várias ordens visto a possibilidade de progressão clínica desfavorável e os tratamentos que às vezes produzem ainda mais sofrimento que a própria enfermidade. Neste sentido, um possível comportamento reativo ao diagnóstico oncológico é o suicídio. Esta vulnerabilidade é demonstrada amplamente na literatura especializada que indica ser o câncer um fator de risco para o suicídio, especialmente, logo após o diagnóstico.

O risco relativo de suicídio entre os pacientes diagnosticados com neoplasias, em relação à população geral, varia de 1,3 a 2,3. Em ambos os sexos há diminuição do risco relativo de suicídio com o aumento do tempo de diagnóstico. Dentre os fatores associados ao comportamento suicida em pacientes com câncer encontram-se: sexo masculino, presença de depressão maior, doença maligna com pior prognóstico, declínio da função física, dor, delí-

rio, fadiga, exaustão, falta de esperança, sensação de desamparo e deficiente apoio social (FANGER *et al.*, 2010).

As autópsias psicossociais lançam luz sobre as dificuldades subjetivas de elaboração do câncer e os efeitos do tratamento como preditores para o suicídio (SÉRVIO; CAVALCANTE, 2013). Os sintomas que não respondem às terapêuticas e os primeiros meses após o diagnóstico constituem condições de elevado risco para o comportamento suicida (ABP, 2014). Ademais, a depressão aliada a outros fatores, tais como o estado civil e o nível de sofrimento físico, estariam relacionados como a ideação suicida neste tipo de enfermidade (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008). Um consenso na literatura é a associação entre dor e depressão em pacientes oncológicos como importante fator de risco para comportamento suicida (CERQUEIRA, 2014). A associação entre depressão e doenças crônicas pode ser vista de modo bidirecional: a depressão precipitando doenças crônicas e as doenças crônicas exacerbando sintomas depressivos (DUARTE; REGO, 2007).

Os dados estatísticos estabelecidos em todo o mundo revelam que a taxa de suicídios entre os homens é o dobro da registrada entre mulheres, embora estas tentem com maior frequência. Tal dado atribui-se à escolha dos métodos mais letais pelos homens (WERLANG; BOTEGA, 2014). Sendo que a preponderância se concentra na faixa etária acima dos 70 anos (OMS, 2002). Neste grupo, um importante fator de risco para o suicídio é o diagnóstico de algumas doenças graves, especialmente neoplasias, alguns acometimentos neurológicos, cardiopulmonares e patologias urogenitais em pessoas do sexo masculino (CÔRTE; KHOURY; MUSSI, 2014).

A situação de risco ao suicídio por idosos envolve a presença de depressão, em geral associada às perdas acumuladas ao longo da vida; ausente ou frágil suporte social, isolamento e solidão; e patologias seguidas por dores de difícil controle e dura-

douras (CÔRTE; KHOURY; MUSSI, 2014). Para alguns idosos, o sentimento de inutilidade provoca mobilização pela morte. Planejar a morte pode proporcionar sensação de controle da vida, como resposta ao desinvestimento social. Pacientes idosos podem ser considerados como “pedaço de carne numerado”, uma morte social (LÉPARGNEUR; 2004 *apud* KOVÁCS, 2013, p. 73). Então, buscam o suicídio como recurso para pôr fim à condição indigna.

Os estudos mobilizam a problematização do padrão de masculinidade socialmente dominante como fator de vulnerabilidade para o suicídio de homens idosos. Especialmente os artigos ancorados em pesquisas qualitativas, evidenciam dificuldades de adaptação em idosos de novas limitações, sendo o impacto psíquico acrescido quando ao processo de envelhecimento somam-se uma série de outras perdas que o fazem enxergar-se num não-lugar social (proeminência da dificuldade de enfrentamento de situações de dependência/impotência).

Considera-se que o padrão de masculinidade imperante no qual as pessoas do sexo masculino são aculturadas, influencia no fato de serem tanto vítimas quanto principais autores das diversas formas de agressão, especialmente, de autoagressão letal (SOUSA *et al.*, 2013). Ressalta-se que a impossibilidade de exercer a sexualidade põe em risco a percepção de identidade de gênero e desencadeia complexos comportamentos violentos hetero e autoinfligidos (MINAYO; MENEGHEL, 2012).

Há ainda o risco de suicídio aumentado em adultos jovens sobreviventes de câncer na infância (PERINA, 2010). As doenças crônicas não-psiquiátricas, tais como câncer, HIV/AIDS e Doença de Parkinson apresentam alta comorbidade com transtornos psiquiátricos e também podem aumentar o risco de comportamento suicida (ABP, 2014). O hábito etilista acrescido ao risco de suicídio elevado em sujeitos diagnosticados com patologias crônicas pode torná-los mais vulneráveis às tentativas de suicídio (CERQUEIRA, 2014).

O direito de as pessoas decidirem sobre o final da própria vida sinaliza uma forma de batalhar contra a distanásia. Dentro desta perspectiva encontra-se o relato registrado no livro *O demônio do meio-dia*, no qual o autor adere à concepção de liberdade do sujeito quanto a dispor de sua vida assinalando que o suicídio da sua genitora remete à dignidade após o sofrimento desencadeado por uma doença oncológica avançada em franco desdobramento de limitações (SOLOMON, 2002).

Não se deveria permitir que a morte fosse acompanhada de flagelo ou violação da dignidade. Contudo, um dado se destaca, houve diminuição de pedidos de eutanásia e suicídio assistido de pacientes gravemente enfermos em programas de cuidados paliativos, já que nesses programas, procede-se ao alívio de sintomas incapacitantes, preservação da dignidade e autonomia dos pacientes e cuidados nas esferas clínica, social, psicológica e espiritual (KOVÁCS, 2013).

Entre os fatores de proteção encontra-se o casamento e como importante estratégia de elaboração do diagnóstico o exercício da espiritualidade. Investigações sobre o efeito da espiritualidade em pacientes em processo de fim de vida com câncer apontam que o bem estar espiritual é um fator de proteção contra o desespero da morte (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008).

Diante deste apanhado emergem reflexões sobre qual dor é mais intolerável: a que é provocada por doença com sintomas incapacitantes ou a solidão, o desamparo ou vazio existencial? Como avaliar a intensidade do sofrimento? Considerando a ênfase da Organização Mundial de Saúde de que o suicídio é amplamente evitável e que diferentemente de muitas outras questões de saúde, as ferramentas para reduzi-lo de forma significativa são possíveis através de ações coletivas para reconhecer e tratar deste problema, bem como compromisso para intervenções eficazes, apoiadas por vontade e recursos políticos elencando dentre alguns tópicos prio-

ritários à prevenção: identificação precoce, tratamento e cuidados de pessoas com transtornos mentais ou por uso de substâncias, dores crônicas e estresse emocional agudo (OPAS, 2018).

Quanto aos desdobramentos do ato suicida – após avaliações de autópsias psicológicas, que são ferramentas que dizem respeito a um conjunto de intervenções que buscam acessar informações após a morte que se propõem a compreender o sujeito que passou ao ato suicida, levando em consideração os contextos sociocultural e relacional e as possíveis causas da ação (MINAYO *et al.*, 2012) – assenta-se que as repercussões do suicídio na família não se limitam a sofrimentos individuais. Ele inclui o sistema familiar e a rede social, fomentando rupturas nos laços afetivos e sociais que podem culminar na restrição das trocas necessárias à reorganização desse grupo. Este “desastre afetivo-social” exige acompanhamento qualificado visando ao cuidado com os sujeitos enlutados sobreviventes que conviverão com o registro desta morte abrupta (MINAYO *et al.*, 2012, p. 2780) subsidiando a compreensão da urgência de políticas públicas que viabilizem os trabalhos de posvenção.

Considerações finais

Inúmeros aspectos podem inviabilizar a identificação prematura e, por conseguinte, a prevenção do suicídio. As censuras e tabus que atravessam a temática possuem raízes religiosas, morais e culturais que ainda hoje resvalam em temores de se abordar claramente essa complexa questão de Saúde Pública. Estigma que só se desconstruirá com o empenho de toda a sociedade. O silêncio que o cerca, assim como as dificuldades em procurar assistência adequada, as falhas nas qualificações em relação a avaliação e manejos de risco apropriados pelos profissionais de saúde e da rede intersetorial e a concepção inverídica de que a ação suicida não

é um fenômeno recorrente são impeditivos à prevenção. A compreensão sobre as condições ameaçadoras e protetivas é imprescindível e pode colaborar para o profissional de saúde lançar mão de recursos para reduzir os índices de suicídio (ABP, 2014).

Entretanto, a estratégia mais potente de prevenção ao suicídio é pulverizar em redes intersetoriais, interprofissionais e comunidades o conhecimento necessário ao engendramento de práticas de cuidado longitudinais e éticas que sejam acolhedoras e ancoradas no exercício da referência e contrarreferência, priorizando os territórios vivos nos quais os sujeitos estão inseridos e onde podem desenvolver trocas férteis e retroalimentadoras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP; 2014.

BACHMANN, S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. **Int J Environ Res Public Health.**, v. 15, n. 7, p. 3-23, 2018.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos reviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. S87-S95, 2010.

BOTEAGA, N. J. **Comportamento suicida: epidemiologia**. Psicologia USP. v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. Boletim Epidemiológico, v. 48, n. 30, 2017.

CALATI, R. *et al.* **Risk of suicide mortality among cancer patients: a meta-analysis of observational studies**. European Congress of Psychiatry. ECP; 2017.

CALIXTO FILHO.; ZERBINI, Z. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde, Ética & Justiça.**, v. 21, n. 2, p. 45-51, 2016.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo.** Ensaio sobre o absurdo. Lisboa: Livros do Brasil; 1942.

CASSORLA, R.M.S. **Suicídio e autodestruição humana.** In: WERLANG, B.S.G; BOTEGA, J.N. (Org.). Comportamento suicida. Porto Alegre: Art-med. 2004, p. 21-35.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1943-1954, 2012.

CERQUEIRA, M. A. **Avaliação do impacto da crioblação focal versus vigilância ativa versus braquiterapia no tratamento do câncer de próstata de muito baixo risco.** [s.n.]. 2014. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312797> Acesso em: 12 de outubro de 2020.

CÔRTE, B.; KHOURY, H. T. T; MUSSI, L. H. Suicídio de idosos e mídia: o que dizem as notícias? **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 253-61, 2014.

DICIONÁRIO AURÉLIO. **Suicídio.** Dicionário do Aurélio online; 2017. Disponível em <https://dicionariodoaurelio.com/suicidio>. Acesso em: 05 Ago. 2020.

DUARTE, M. B; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007.

DURKHEIM, E. **O suicídio.** Tradução de Andréa Stahel M. da Silva (2014). São Paulo: EDIPRO, 2014.

FANGER, P. C. *et al.* **Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados.** Revista da Associação Médica Brasileira; 2010.

FIOCRUZ. **Suicídio na Pandemia COVID-19.** Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Atenção Psicossocial e Saúde Mental do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES/

Fiocruz), Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Fiocruz), Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio. Brasília, 2020.

HARRISSON, P. **Cancer Diagnosis Tied to Suicide Risk**: High rates seen in period right after diagnosis. MEDPAGETODAY; 2017. Disponível em: <https://www.medpagetoday.com/meetingcoverage/additionalmeetings/64344> Acesso em: 12 de outubro de 2020.

KOVÁCS, M.J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. **Psicol. teor. prat.** São Paulo, v. 15, n. 3, p. 69-82, 2013a. Disponível em: <http://docplayer.com.br/63258922-Psicologia-teoria-e-pratica-issn-universidade-presbiteriana-mackenzie-brasil.html> Acesso em: 12 de outubro de 2020.

KOVÁCS, M.J. Sistema de avaliação: às cegas por pares (double blind review). Universidade Presbiteriana Mackenzie. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 69-82, 2013b.

MÃE, V. H. **As mais belas coisas do mundo**. Editora Biblioteca Azul. 2019.

MINAYO, M. C. S; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciênc. Saúde. Coletiv**, v. 17, n. 10, p. 2665-2674, 2012.

MITTY E; FLORES S. Suicide em Late Life. *Geriatric Nursing* 2008; 29(3):160-165. In MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012; 17(10):2773-2781. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/25.pdf Acesso em: 12 de agosto de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. Geneva: WHO; 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Brasília: OMS, OPAS; 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE [OPAS]. Folha Informativa - Suicídio. Folha informativa atualizada em agosto de 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE [PAHO]. Grave problema de saúde pública, suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo. Brasília; PAHO: 2016.

PERINA, E. M. **Qualidade de vida de adolescentes sobreviventes de câncer na infância e sua relação com ansiedade, depressão e estresse pós-traumático**. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas; 2010.

SÉRVIO, S. M. T; CAVALCANTE, A. C. S. Retratos de autópsias Psicossociais sobre suicídio de idosos em Teresina. **Psicol. cienc. prof.**, v. 33, n. spe, p. 164-175, 2013.

SILVA, S. S, AQUINO, TAA, SANTOS RM. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Rev. bras.ter. cogn.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 73-88, 2008.

SHNEIDMAN, E. S. **Comprehending Suicide: Landmarks in 20th Century Suicidology**. Washington DC: American Psychological Association, 2001.

SOLOMON, A. **O demônio do meio dia. Uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

SORATO, D. B. **Tratamento paliativo oncológico e desesperança: Análise dos fatores clínicos e psicossociais associados**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Fundação Pio XII. Hospital de Câncer de Barretos; 2013.

SOUSA, G. S *et al.* Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. **Interface, comunicação, saúde, educação - Botucatu**, v. 18, n. 49, p. 389-402, 2014.

SOUZA, F. G. M. **Capital cearense é a 3^a cidade com maior taxa de suicídio**. Jornal O POVO, setembro de 2016.

SOUZA, F. G. M (org). **Prevenção ao suicídio**. Temas relevantes. Fortaleza. Editora Premios Gráfica e Editora, 2018.

WERLANG B. G.; BOTEGA, N. J. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. **Comportamento suicida: epidemiologia**, v. 25, n. 3, p. 231-36, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Suicide; huge but preventable public health problem.** Geneva: WHO; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Mental health. Suicide data [Internet]. 2017. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ Acesso em: 12 de outubro de 2020.

WORLD HEALTH ASSOCIATION. Suicide Prevention (SUPRE). Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html Acesso em: 12 de outubro de 2020.

SOBRE A ORGANIZADORA

FERNANDA GOMES LOPES

Doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz. Mestre em Cuidados Continuados e Paliativos pela Universidade de Coimbra, reconhecido pelo Programa de Pós Graduação em Clínicas Médicas da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Cancerologia - Modalidade Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará/Instituto do Câncer do Ceará. Título de Especialista em Psicologia da Saúde, concedido pelo Conselho Regional de Psicologia do Ceará. Especialista em Gestalt Terapia pelo Instituto Gestalt do Ceará. Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Diretora da *Escutha Psicologia e Saúde*. Autora dos livros: *Como comunicar às crianças a morte de um ente querido por COVID-19* e *Cuidados Paliativos: construindo um diálogo sobre o cuidado*, organizados pela Escutha e publicados pela EdUECE.

E-mail: ensino@escutha.com

SOBRE OS AUTORES

ANA MARIA FERREIRA ALVES

Especialista em Saúde da Mulher e da Criança - Modalidade Residência em Saúde pela Universidade Federal do Ceará. Graduada em Psicologia, pela Universidade de Fortaleza.

ANA ESTER MARIA MOREIRA MELO

Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Possui especialização em Educação Permanente em Movimento e Docência em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduada em Psicologia, pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta da Universidade Federal do Piauí, no Departamento de Psicologia, na área de Saúde Coletiva. Coordenadora Geral da Especialização de Saúde da Família e Comunidade do NESP – Parnaíba do Núcleo de Estudos de Saúde Pública.

BRUNA FABRÍCIA BARBOZA LEITÃO

Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Cancerologia - Modalidade Residência Multiprofissional, pelo Hospital Erasto Gaertner (Curitiba/PR). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Preceptora de Estágios em Psicologia da Saúde, do Centro Universitário Estácio do Ceará. Docente do Centro Universitário Ateneu. Psicóloga do Hospital Geral de Fortaleza.

CATHERINE MOREIRA CONRADO

Especialista em Saúde do Idoso e Cuidados Paliativos - Modalidade Residência, pelo Hospital das Clínicas da Universidade de

São Paulo. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Atuante em Projeto Acolher de Cuidados Paliativos pelo Médicos Sem Fronteiras.

DANIELLE FEITOSA ARAÚJO

Mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Cancerologia - Modalidade Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará/Instituto do Câncer do Ceará. Título de Especialista em Psicologia da Saúde, concedido pelo Conselho Regional de Psicologia do Ceará. Graduada em Psicologia, pela Universidade de Fortaleza. Psicóloga do serviço de Cuidados Paliativos Unimed Fortaleza

ELISA MARIA PARAHYBA CAMPOS

Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Graduada em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Professora Associada da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Centro Humanístico de Recuperação em Oncologia e Saúde – Chronos.

ISABEL REGIANE CARDOSO NASCIMENTO

Mestre em Gestão em Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Universidade Estadual do Ceará. Especialista em Cancerologia - Modalidade Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará/Instituto do Câncer do Ceará. Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Stella Maris. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Título de Especialista em Psicologia da Saúde, concedido pelo Conselho Regional de Psicologia do Ceará. Graduada em Psicologia pela Uicatólica de Quixadá-CE. Coordenadora da Residência Integrada em Saúde - Ênfase Pediatria - Hospital Infantil Albert

Sabin/Escola de Saúde Pública do Ceará. Psicóloga do Serviço de Cuidados Paliativos Pediátricos - Hospital Infantil Albert Sabin. Docente do curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Rodolfo Teófilo – FRT e do curso de Psicologia da Faculdade Ari de Sá.

JOYCE HILARIO MARANHÃO

Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará, campus Sobral. Especialista em Pediatria - Modalidade Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará/Hospital Infantil Albert Sabin. Especialista em Gestão em Saúde, pela Universidade Estadual do Ceará. Título de Especialista em Psicologia da Saúde e Psicopedagogia, concedido pelo Conselho Regional de Psicologia do Ceará. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Conselheira, Presidenta da Comissão de Saúde e do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas do Conselho Regional de Psicologia da 11 Região.

JÚLIA EVANGELISTA MOTA SHIOGA

Mestranda em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Atualmente com Especialização em curso em Cuidados Paliativos e Bioética pela Universidade de Fortaleza. Título de Especialista em Psicologia da Saúde, concedido pelo Conselho Regional de Psicologia do Ceará. Especialista em Cancerologia - Modalidade Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará/Instituto do Câncer do Ceará. Estágio profissional no Hospital Sírio-Libanês de São Paulo. Formação em Terapia Analítico-comportamental pelo Centro de Estudos em Psicologia. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Atua como psicóloga clínica e da saúde.

JULIANA BURLAMAQUI CARVALHO

Mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Psico-oncologia pela Faculdade Christus. Título de Especialista em Psicologia Hospitalar concedido pelo Conselho Federal de Psicologia. Graduada em Psicologia, pela Universidade Federal do Ceará. Psicóloga do Hospital da Universitário da Universidade Federal do Piauí. Participou do grupo de trabalho do Projeto RIS-ESP-CE. Coordenou Programa de Residência Multiprofissional ênfase em Cancerologia. Preceptora do Programa de Residência Mutiprofissional em Alta Complexidade - UFPI. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva - EBSEH.

LUCIANA SUELLY BARROS CAVALCANTE

Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com formação em Gerontologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos pelo Instituto Paliar Graduada em Psicologia pela Universidade Nove de Julho. Atualmente é psicóloga no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e docente do Instituto Paliar. Membro do Núcleo Técnico-Científico em Cuidados Paliativos do HCFMUSP. Tutora da área de Psicologia do Programa de Residência em Saúde do Idoso em Cuidados Paliativos do HCFMUSP.

REBECCA HOLANDA ARRAIS

Doutoranda em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano e Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará (UFC) com Residência em Cancerologia pelo Instituto do Câncer do Ceará e Escola de Saúde Pública do Ceará.

Especialista em Psicologia em Saúde pelo Conselho de Psicologia. Psicoterapeuta. Docente do Centro Universitário Christus (Uni-Christus) responsável pelo Serviço-escola de Psicologia Hospitalar da instituição no Hospital Fernandes Távora.

MARIA JULIANA VIEIRA LIMA

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Pediatria - Modalidade Residência Integrada em Saúde, pela Escola de Saúde Pública do Ceará/Hospital Infantil Albert Sabin. Título de Especialista em Psicologia da Saúde, concedido pelo Conselho Regional de Psicologia do Ceará. Graduada em Psicologia, pela Universidade Federal do Ceará. Psicóloga Hospitalar no Hospital Infantil Albert Sabin. Supervisora Pedagógica da Escutha Psicologia e Saúde. Autora dos Livros: *Uma escuta ética do cuidado na morte e no morrer, Como comunicar às crianças a morte de um ente querido por COVID-19* e *Cuidados Paliativos: construindo um diálogo sobre o cuidado*, publicados pela EdUECE.

VANILLA OLIVEIRA ALENCAR

Residente em Pediatria pela Escola de Saúde Pública do Ceará/Hospital Infantil Albert Sabin. Graduada em Psicologia, pela Universidade de Fortaleza.

RAFAEL BRUNO SILVA TORRES

Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Cancerologia - Modalidade Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará/Instituto do Câncer do Ceará. Graduado em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Conselheiro de Saúde Mental Comunitária do Comitê de AIDS de Toronto (Canadá).

SARA LAVOR FERNANDES

Especialista em Cancerologia - Modalidade Residência Integrada em Saúde, pela Escola de Saúde Pública do Ceará/Instituto do Câncer do Ceará. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Estudiosa e atuante na área da Suicidologia. Experiência em NASF e CAPS.