

Produção de cuidado em saúde centrado no trabalho vivo: existência de vida no território da morte

Magda de Souza Chagas^(a)
Ana Lúcia Abrahão^(b)

Chagas MS, Abrahão AL. Care production in health team focused on living work: the existence of life on death territory. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(63):857-67.

Death and life are dimensions involved in the process of health work and are crossed by the way society relates to diseases, patients and outcomes of this process. In this paper, we set out a qualitative research with a team of palliative care, in order to debate: why the health work process produces ways to prevent, camouflage and disregard something that follows the existence, i.e. death? Does death bring us nothing but pain and feeling of vulnerability and finitude? We build arguments that articulate the live work in action with death in the work process in health thus concluding that the professionals who participated in the study used live work in action based on a complex and dense space of living life even in the face of the death.

Keywords: Death. Patient-centered care. Attitude regarding death. Palliative care. Live work in action.

Morte e vida são dimensões presentes no processo de trabalho em saúde, e são atravessadas pela maneira de a sociedade relacionar-se com a doença, o doente e o resultado deste processo. Neste artigo, partimos de uma investigação qualitativa, com uma equipe de cuidados paliativos, com o objetivo de problematizar: por que, no processo de trabalho em saúde, produzimos modos de evitar, camuflar, desconsiderar o que nos acompanha e acompanhará a existência, a morte? Será que a morte não nos traz nada além da dor e o sentimento de vulnerabilidade e finitude? Construimos argumentos que articulam o trabalho vivo em ato com a morte no processo de trabalho em saúde, e concluímos que os profissionais que participaram do estudo empregaram o trabalho vivo em ato a partir de um complexo e denso espaço de viver a vida mesmo diante da morte.

Palavras-chave: Morte. Assistência centrada no paciente. Atitude frente à morte. Cuidado paliativo. Trabalho vivo em ato.

^(a) Departamento de Saúde e Sociedade, Universidade Federal Fluminense. Rua Marquês do Paraná, 303, 3º andar, Prédio Anexo ao HUAP, Centro. Niterói, RJ, Brasil. 24033-900. magdaschagas@gmail.com

^(b) Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico, Universidade Federal Fluminense, Niterói. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. abrahao@vm.uff.br

Introdução

Atualmente, o nascer e o morrer são questões presentes no processo de trabalho em saúde, tendo o espaço hospitalar como cenário privilegiado. No entanto, foi a partir do século XVIII que este local, antes destinado ao atendimento assistencial para pobres, torna-se um local de nascer e morrer com a presença do saber clínico e da disciplinarização¹.

Esse movimento para dentro do hospital repercutiu profundamente na maneira de a sociedade ver e relacionar-se com a doença, o doente e o resultado deste processo. Se antes havia alguma autonomia das famílias no tratar um doente, suas dores e a possível morte, a partir da entrada da medicalização neste cenário, a relação de dependência foi se estabelecendo, consolidando-se, e está presente até os dias de hoje.

A maneira como a sociedade passou a reconhecer a morte tem grande relação com esse espaço onde ela passou a ocorrer: o espaço hospitalar. Desta forma, quando Kóvacs² aponta que “a sociedade ocidental insiste no caráter acidental da morte: acidentes, doenças infecciosas e velhice adiantada” (p. 39), a morte fica despojada do caráter de necessidade como processo vital. Nossa sociedade não sabe o que fazer com os mortos, com estes estranhos corpos que pararam de produzir; e o que deveria ser visto como natural passa a ser clandestino e jogado para o fundo da consciência. Algo que se faz presente, também, no modo como o trabalho em saúde opera nos hospitais, isolando, afastando, no silêncio das enfermarias, o processo de morrer.

Elias³ considera que não é a morte, mas o conhecimento da morte que cria problemas para os seres humanos. Para o autor, a morte é um dos grandes problemas biossociais na vida humana, uma vez que é empurrada mais e mais para os bastidores da vida social. Por outro lado, existe uma ambiguidade explicitada pela fuga, vontade de esquecer e uma atração pelas notícias diárias de TV, jornais, filmes, além da morte cotidiana nas ruas, que atrai repetitivamente a proximidade de ‘curiosos’. Morin⁴ fala da dualidade que vive o ser humano em relação à morte ao se deparar com a consciência do fato da morte e a crença na imortalidade, isto a partir da afirmação da individualidade. A “dor provocada por uma morte só existe se a individualidade do morto estiver presente e reconhecida: quanto mais o morto for próximo, íntimo, familiar, amado, respeitado, mais violenta a dor”⁴ (p. 32).

Por mais reações negativas que se possa ter com a morte, ela mantém presença nas reflexões e, por que não dizer, na busca de sentido para a vida. Ao falar da morte é necessária atenção², já que existe a morte final de vida e as tantas mortes que vivenciaremos no processo evolutivo (mortes parciais ou totais nas áreas somática, mental e social, perdas, separações, mudanças, saída de casa de um filho, etc.). Ou ainda, o que a experiência com a morte e o morrer deixa impregnada em cada um de nós e que será responsável pela nossa interpretação e vivências com as outras tantas mortes.

As questões acima estão relacionadas com a maneira que escolhemos viver ou não viver o processo de morrer. Quando voltamos os olhos com mais atenção para os serviços de saúde, essas perguntas encontram-se acompanhadas pela conjuntura atual da sociedade, de como o modo de produção para acúmulo de capital encontra-se dependente das inovações tecnológicas, que são incorporadas cotidianamente nas ações de cuidado no campo da saúde. Neste sentido, o trabalho na saúde, apesar de não possuir características de um trabalho industrial, sempre sofreu e sofre influências das organizações produtivas hegemônicas no contexto da organização capitalista. De acordo com Pires⁵, mesmo com alguns momentos artesanais, o trabalho em saúde já se encontra compartimentalizado, e isso nos remete ao “fatiamento do usuário”, em atos de separação e clivagem do cuidado, do apartar vida e morte no processo de trabalho em saúde.

No desenvolvimento das atividades diárias no mundo do trabalho, o trabalhador da saúde pode exercer protagonismo/liberdade ou protagonismo/reprodução, traduzidos como trabalho vivo ou trabalho morto, respectivamente, neste processo. Aproximando-nos desta intensa ação, podemos perceber que o “[...] momento do trabalho em si expressa de modo exclusivo o trabalho vivo em ato. Esse momento é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima”⁶ (p. 45).

Operar sobre o trabalho vivo em ato⁷ é exatamente o trabalho no exato momento de sua execução, a produção do cuidado, um processo de intenso consumo de tecnologias. Tecnologias de

diferentes tipos que interagem no modo de produzir o cuidado. Dependendo das formas e modos do uso das tecnologias, o processo de trabalho é mais ou menos criativo, centrado nas relações interpessoais, preso a normas e protocolos ou guiado pela lógica das máquinas. Neste caso, é possível reconhecer três tipos de tecnologias⁷ no trabalho em saúde: leve; leve-dura e dura, correspondendo às relações interpessoais, normas e equipamentos, respectivamente.

Podemos considerar que o trabalho vivo opera com protagonismo no processo de trabalho no campo da saúde, ganhando formas distintas de acordo com a necessidade do usuário e a oferta do trabalhador, um movimento intenso que acompanha o nascer e o morrer.

Assim, duas perguntas acompanham a elaboração deste artigo: Por que, no processo de trabalho em saúde, produzimos modos de evitar, camuflar, desconsiderar o que nos acompanha e acompanhará eternamente, a existência da morte? Será que a morte não nos traz nada além da dor, o sentimento de vulnerabilidade e finitude?

Metodologia

Na tentativa provocadora de construir argumentos às questões lançadas neste artigo, nos propusemos um caminho metodológico que articulasse o trabalho vivo em ato e a morte, tomando como orientação a pesquisa qualitativa do tipo descritiva. Lançamos mão de explorar o banco de dados, no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016, da pesquisa nacional “Implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS - modelagem a partir das experiências correntes”⁸, finalizada no ano de 2008.

O desenho deste estudo toma como norte a investigação qualitativa, pois se apoia no pressuposto de que as sociedades são constituídas de microprocessos, em que a realidade não se configura como uma unidade maciça, mas “uma multiplicidade de processos sociais que atuam simultaneamente, em temporalidade diferenciadas, compondo, esses sim, uma totalidade”⁹ (p. 34). Neste sentido, para investigar – Por que, no processo de trabalho em saúde, produzimos modos de evitar, camuflar, desconsiderar o que nos acompanha e acompanhará eternamente, a existência da morte? Será que a morte não nos traz nada além da dor e o sentimento de vulnerabilidade e finitude? –, nos parece adequado o estudo qualitativo, por permitir explorar a realidade a partir de um processo com suas multiplicidades e várias composições.

Optamos pelo desenho descritivo, por ele permitir a exposição, com exatidão, dos fatos e dos fenômenos de determinada realidade, podendo estabelecer relações entre as variáveis⁹; e, neste processo, construir argumentos que articulem o trabalho vivo em ato com a morte no processo de trabalho em saúde.

Os participantes do estudo foram profissionais da saúde de formação interdisciplinar, usuários/pacientes e familiares de um serviço de Cuidado Paliativo (CP) ligado à atenção domiciliar. Neste artigo abordaremos a perspectiva dos profissionais da saúde, cuja participação foi efetuada mediante leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada com o número 233/05 do CEP; o anonimato dos participantes foi garantido, e os critérios de inclusão dos profissionais foram: indivíduos que trabalhavam por mais de um ano e que participavam de atividade de atendimento aos usuários/pacientes e familiares. Todos os participantes foram voluntários no estudo.

As técnicas de coleta de dados empregadas foram: a observação participante e a entrevista. Na primeira, nos guiamos pelo emprego de todos os sentidos para examinar o evento, no seu contexto, e descrevê-lo. Esta técnica implica a necessidade de o pesquisador estar distante e próximo, ao mesmo tempo, das questões investigadas. Neste estudo foi confirmada que está ultrapassada a ideia de neutralidade do pesquisador. Trata-se, aqui, de construir mecanismos para avaliar os efeitos e as implicações do pesquisador no campo. O registro dos dados da observação participante foi realizado em diário de campo.

As entrevistas seguiram como uma conversa informal sobre o processo de trabalho do profissional de saúde diante da morte; foram realizadas nos locais de trabalho dos participantes, gravadas com o

auxílio de um gravador *mp3 player*, e transcritas na íntegra. A forma de abordagem foi definida pela aproximação estabelecida da pesquisadora com os participantes da pesquisa.

O material coletado e armazenado no banco de dados da pesquisa possibilitou definir mais claramente o processo de trabalho articulado ao trabalho vivo em ato e a morte. Este material foi analisado e correlacionado com os registros da observação participante, com destaque para as reações, expressões e dinâmicas dos profissionais observados e as entrevistas que foram transcritas. Para garantir a privacidade e o anonimato dos envolvidos na pesquisa, foram criados nomes fictícios para os profissionais que tiveram trechos de entrevistas aqui apresentados.

A análise foi realizada com o emprego da Análise de Conteúdo Temática. As fases da realização da Análise de Conteúdo adotadas para este estudo foram: a) A transcrição das entrevistas que constituem “o corpus da pesquisa e que foi submetido aos procedimentos analíticos”¹⁰ (p. 122); b) A leitura flutuante e globalizada dos dados – anotações do diário de campo e entrevista; c) A exploração do material por meio da codificação, efetuada por “recorte do texto em suas partes, para serem categorizadas e classificadas com vistas a uma decodificação do significado das partes em relação com o todo, permitindo atingir uma representação do conteúdo, ou de sua expressão”¹¹ (p. 129). Em seguida, pela categorização – que é uma operação de classificação de categorias, as quais reúnem um grupo de unidades de registro sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos¹⁰. Nesse estudo, o critério de categorização foi o semântico, ou seja, a significação. O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação foram processados conforme as questões estabelecidas e a discussão com a literatura existente. Após interpretação, foram identificadas as linhas convergentes ou contrárias, ou seja, resultados similares ou contraditórios e, a partir dessas evidências, procedeu-se à análise¹², que comportou a criação de duas categorias: Morte sob cuidados e Existe Vida Trabalhando com a Morte (?), que permitiram explorar a multiplicidade dos processos de trabalho vivo em ato e morte que atuam simultaneamente, em temporalidades diferenciadas, compondo a totalidade do cuidado em saúde.

Resultados/discussão

A análise dos dados explorou o conteúdo das entrevistas e do diário resultado das observações que estavam contidas no banco de dados da pesquisa, apresentado abaixo em duas categorias.

A morte sob cuidados

Essa categoria tem forte relação com a ideia de que a morte, presente na vida das pessoas, passou a ser ‘guardada’ nos hospitais com o desenvolvimento das sociedades, sobretudo a ocidental. Este processo nos remete à discussão sobre o processo de morrer e o local da morte.

A análise do diário de campo (observação participante) aponta para a construção de um novo espaço que a produção do cuidado, do ‘trabalho vivo em ato’, construído pelas equipes de CP, do serviço estudado ou em serviços que trabalham diretamente com a morte e o processo de morrer, pois externaliza a complexa possibilidade de relação interpessoal entre profissionais da área da saúde, cuidador e paciente.

Os profissionais se colocam diante da finitude, vivenciam e cuidam das pessoas no momento, no processo ainda temido pela humanidade, a morte¹³. Neste processo, de forma inesperada, expressam vida, vivências, apostas, desejos, sofrimentos dos próprios profissionais e dos outros. Como podemos ver no destaque abaixo e nos que surgirão no corpo deste texto.

“[...] Hoje em dia eu penso muito mais em minha morte, do que eu pensava antes. Eu tenho medo do sofrimento, hoje está claro, para mim o que é morte... Mas eu sei separar morte e sofrimento, e tenho medo de sofrimento”. (Destaque de fala do trabalhador da saúde - João)

"[...] Eu sei que eu gosto do meu serviço gosto de ajudar as pessoas, e eu não gosto de ver ninguém sofrendo! Eu acho que ninguém gosta! Então eu acho que cada vez que um paciente precisa de mim, eu me sinto bem com o meu serviço e saio muito bem por ele não precisar ir pro hospital". (Destaque de fala do trabalhador da saúde - Pedro)

Uma via de mão dupla é criada e vivenciada sem que os construtores se percebam construindo o caminho em ato, ali naquele momento, passos, corpos, tudo em envolvimento. O desnudar-se ocorre entre as pessoas que se relacionam, alguns mais e outros menos, como em tudo na vida. Durante a observação participante foi possível identificar que o usuário, ao se mostrar vulnerável, ao se desnudar, provoca e possibilita o desnudar do profissional, seja em que grau for e, quem sabe, sendo seu facilitador num processo de autoanálise, como descrito nos trechos das entrevistas aqui destacados.

"[...] Eu passei por várias crises... O que você faz com os sentimentos? Primeiro é duro assumir alguns sentimentos, pois têm alguns pacientes que gera raiva!! Eu achava: Imagina, eu ter raiva do paciente!? Nossa que tipo de profissional que eu sou?!...Porque tem paciente que causa, que são agressivos com você, tudo que você faz não está bom...E pensa que vai ficar bonzinho? Que nada, vai ficando pior!! Então tem paciente que gera raiva em você! Foi difícil aceitar isso!(...) Então assim, hoje eu aceito mais os sentimentos das pessoas, né?! E sei contornar a situação. Se o paciente me gera muita tristeza eu choro mesmo... Eu me permito ter sentimentos. Não dá para eu ver uma mãe que perdeu uma criança de 2 ou 3 anos chorando do meu lado e eu ficar, lá...Imagina, se fosse comigo? Eu queria matar todo mundo, se não quisesse me matar! Então eu me permito mais, hoje, ter sentimentos, né?!" (Destaque de fala da trabalhadora da saúde - Mariana)

Para Vasconcelos¹⁴, o trabalho em saúde enfrenta problemas complexos, carregados de múltiplas dimensões, em que o conhecimento científico tem respostas apenas para alguns aspectos e a razão é insuficiente para lidar com toda essa complexidade, exigindo, também, a intuição, a emoção e a acuidade de percepção sensível. Considerando que, para cuidar inteiramente de uma pessoa, é preciso estar presente como pessoa inteira, é preciso ter desenvolvido e integrado, em si, as dimensões racional, sensitiva, afetiva e intuitiva, sem o que a experiência de vulnerabilidade e dor dos pacientes tornar-se-á opressiva e sofrida, obrigando-os a se protegerem com uma série de mecanismos de defesa.

A modalidade cuidado paliativo possibilita a revisão do envolvimento entre profissional e usuário, envolvimento esse falado e, com frequência, excluído do cuidado a partir das escolas de formação. Algo que penetra nos espaços terapêuticos, onde a pessoa que se envolve, com frequência, não é vista como 'profissional', onde outras dimensões do cuidado, para além da técnica, são pouco valorizadas pelos próprios profissionais de saúde¹⁵.

Cassorla¹⁶, ao tratar da necessidade de acompanhamento no momento "da passagem para morte" (p. 15), afirma que "tecnologia, máquinas e objetos concretos, frutos de nossa sociedade moderna, não são suficientes para que a humanidade viva melhor. Seres humanos não podem viver sem a ajuda de outros seres humanos, em todas as circunstâncias vitais, e principalmente, em momentos-chave, como a Morte" (p. 15).

Gleizer¹⁷, ao escrever sobre Espinosa e a afetividade humana, refere que, para aquele filósofo, "o corpo humano é um indivíduo extremamente complexo, sendo composto de vários corpos, cada um dos quais também muito composto. Graças a essa complexidade, ele é apto a afetar e a ser afetado de diversas maneiras pelos corpos exteriores, sendo capaz de reter as afecções, isto é, as modificações nele causadas por essas interações" (p. 22).

"[...] Então você vivencia muito dentro da doença né?! Só de aprender a respeitar a hora que ele não queria mais "Por favor não faz mais, agora eu quero morrer, enquanto você tiver me

salvando você vai tá eliminando a possibilidade da minha morte". Então quando eu ouvi isso de alguém, que estava realmente preparado muito pra morte, né?! Aí eu passei a achar melhor não fazer nada. (...) Se não fizer bem eu me limito a não fazer, a respeitar a vontade do paciente, que isso é direito. Na realidade o que aquele paciente queria, pra mim, foi que ele queria morrer, que eu deixasse ele morrer". (Destaque de fala da trabalhadora da saúde - Shirley)

Existe vida trabalhando com a morte (?)

Ao se proceder a análise do material do banco de dados (entrevistas e o diário com as observações sobre o trabalho da equipe), observou-se que, como a filosofia registra, ver a morte, refletir sobre a morte faz a pessoa deparar-se com sua própria finitude, fragilidade, mortalidade. Desta forma, a experiência direta com o processo de morrer provoca, nas pessoas que trabalham diretamente com a morte, autoconhecimento, aprendem a lidar com imagens e histórias carregadas de simbolismos que expressam de forma sintética: dilemas, aprendizagem, medos e anseios presentes na profundidade do psiquismo.

Este processo dependerá da disponibilidade de cada pessoa, da decisão de entrar em contato consigo e com o 'eu' do outro, mas, caso decidam por isto, caso decidam entrar em um diálogo mais profundo com os pacientes, irão confrontar-se cotidianamente com a vulnerabilidade humana, e terão de lidar com a dualidade que lhes foi imposta por meio do modelo biomédico. Romper com esta dualidade e vivenciar o drama e a existência humana de quem cuida é um grande desafio⁷.

"[...] A morte, ela é assim pra mim...O que a gente tem falado... Você tem medo da morte? Não, eu não tenho medo da minha! Eu tenho medo das pessoas que eu gosto. Então assim, esse é o problema! Como as pessoas falam, "O pessoal da CP..Ficam todos contentes quando o paciente morre. Aí que horror! Lá fica todo mundo alegre!" Mas gente, o sofrimento é tão grande, tão grande que realmente você fica aliviado quando o paciente vai a óbito! Eu fico com dó é da família. É lógico! Mas quando ele vai a óbito não! Graças a Deus! Não pelo trabalho que ele deu, mas pelo sofrimento como ser humano. A gente tenta diminuir o que a gente pode, mas esse sofrimento da perda dos familiares, essa relação da equipe...A gente vai ficando muito próximo, não tem como você fazer cuidado paliativo sem se aproximar, sem se envolver, sem se colocar no lugar". (Destaque de fala da trabalhadora da saúde - Mariana)

O depoimento acima destaca o sofrimento com a morte não como algo escondido, mas uma aproximação efetiva do trabalhador com o processo de morrer e a família. O lugar do sofrimento se reverte em alívio, um alívio consciente de que a vida, o processo do trabalho vivo em ato, amplia as possibilidades de produção do cuidado.

"[...] Eu não pensei em me proteger (do contato com paciente), isso é um problema dele. A gente também encontra outros aí também. Porque eu acho que é um amigo que eu vejo. Ali eu não vejo um paciente só. Tanto que a amizade vem. Então é uma coisa, você procura se defender de um amigo?! É um contato permanente". (Destaque de fala do trabalhador da saúde - Pedro)

Para Foucault, de acordo com Ortega¹⁸, a amizade é a soma de todas as coisas mediante as quais se pode obter um prazer mútuo, e o fato de a amizade ter sido abandonada na modernidade foi por ela desempenhar tarefas sociopolíticas. No entanto, a amizade que existia na antiguidade era um tipo de relação institucionalizada, que não deixava espaço para experimentação, além de ser utilizada na coação, sistemas de tarefas e obrigações. "A ética da amizade aponta para a intensificação da experimentação. A experimentação como fundamento ético concentra-se na percepção e no aumento do prazer próprio e do outro". "A amizade representa uma saída para o dilema entre uma saturação de relações surgidas da dinâmica da modernização e uma solidão ameaçadora" (p. 167).

O vínculo¹⁹ entre profissional da saúde e usuário é visto como modelador e facilitador do cuidado, uma vez que, nesse processo, é possível estabelecer uma relação de corresponsabilidade sobre o plano terapêutico. Uma maneira de operar e 'trabalhar' a questão do vínculo.

Aqui o vínculo, unido ao contato físico e ao toque, ganha a dimensão dos humanos em contato. Não é necessário deixar de pensar no vínculo como modelador e facilitador do cuidado no seu aspecto 'negativo', se é que podemos ou devemos pensar dicotomicamente, mas o toque traz, ao vínculo, uma outra dimensão que lança, remete e aproxima. Uma tecnologia leve nem sempre incluída nos processos terapêuticos, do cuidar. Uma ligação afetiva que necessita de uma comunicação efetiva. Para que ocorra, para que se estabeleça o vínculo, é primordial a aceitação do outro como legítimo e portador de autonomia.

"[...] Você acaba tendo o contato físico né?! Que é essa coisa da apalpação, do pegar, do tocar no paciente ele acaba inevitavelmente virando pra você um grande prazer e ele acaba te envolvendo. Esse paciente, até onde tu consegues, lógico né!? Até onde tu pode e é permitido. Mas a gente acaba se envolvendo muito com ele, eu trabalho muito com isso". (Destaque de fala da trabalhadora da saúde - Silvia)

Profissionais da saúde que, no trabalho, constroem vínculos e amizades com usuários e familiares, encontram-se em franco uso de tecnologia leve. Assim, referente às tecnologias no trabalho em saúde (tecnologia leve, leve-dura e dura), é possível observar que os trabalhadores dos cuidados paliativos encontram-se envolvidos, operando com muita frequência as tecnologias leves, e transitam com facilidade em campos tão excluídos pela ciência como no caso da espiritualidade, religião, toque, envolvimento, afetividade¹⁵.

"[...] São 10 anos de profissão. Eu já passei por todos os lados e não tem comparação! Quando você tá ali do lado de um doente que tá morrendo a gratificação é muito maior. Você leva, sabe? Aquilo dele! Você tem um instante assim, o finalzinho. Sabe assim, quando o ser humano ele fica tão aberto, tão assim vulnerável que você consegue assim descobrir tudo dele. É assim que ele fica, ele fica vulnerável, fica um pedacinho de gente. Sabe? Com todos os defeitos, todas as qualidades. Então você consegue pegar isso dele e consegue aprender muito mais com essa mulher que tá com problema, que tá com depressão". (Destaque de fala do trabalhador da saúde - João)

O trabalho executado pelos profissionais da equipe de CP, embora em uso de tecnologias leve-dura e dura, com muita frequência difere do dia a dia de tantos outros profissionais. Eles redescobrem novos espaços e, ao reinventarem caminhos, fazem, na realidade, o que discutimos e idealizamos na atenção à saúde nos microespaços. Como diante do viver a autonomia do usuário/paciente diante da morte, ao aceitar o direito de a pessoa participar e/ou direcionar seu processo de cuidado, o profissional, mais uma vez, é posto diante de um desdobramento e, assim, busca respostas em perguntas não preparadas.

A dificuldade de presenciar a primeira morte e perceber a necessidade de respeitar não apenas a vontade do paciente, mas reconhecer o próprio limite do seu agir profissional, foi relatado por um dos profissionais. A dificuldade de deixar morrer, de saber que o uso de uma técnica, um procedimento, impediria a morte de acontecer, respeitar o pedido do paciente e deixá-lo partir, entrar em confronto direto com a onipotência que pensa ter nas mãos. A onipotência de dar a vida-levar à morte.

"[...] Mas antes eu tinha uma certa resistência com relação a deixar morrer. Eu entrei no CP eu acho que a 2 anos. Demorei 2 anos pra entender que nem todo paciente é possível fazer alguma coisa. [...] Que a minha característica pessoal de querer salvar todo mundo acabou se modificando, porque eu tinha assim uma necessidade, aquilo pra mim era uma coisa assim difícil, não aspirar um paciente, não fazer alguma coisa enquanto ele tava ali

ainda precisando de mim sabe? [...] Eu briguei muito com a minha consciência, com a minha espiritualidade com o meu profissionalismo, esse meu jeito de ser, pra poder lutar contra isso. Hoje eu deixo morrer, se precisar entendeu? Mudou minha visão um pouco quanto a isso! Não que eu não sofra com isso, sofro, mas ainda tô em aprendizagem, tô aprendendo com isso ainda. Mas me causa um “baque” bem grande quando eu perco um paciente. (Destaque de fala da trabalhadora da saúde - Silvia)

É importante destacar que, mesmo com experiências profissionais anteriores, estes trabalhadores não receberam preparação, nem nos locais de formação, nem nos espaços de trabalho, de como lidar com esse componente especial e comum que é o compartilhar, vivenciar relações, relacionamentos humanos diretamente interligados no trabalho que executam.

O despreparo para lidar com a ‘dor emocional’, com o sofrimento do outro e com sua própria dor é reflexo do modelo assistencial que ainda é empregado, o modelo biomédico newtoniano-cartesiano. Neste modelo, o corpo é considerado uma máquina com suas peças analisadas e o papel dos profissionais que trabalham na saúde tem sido o de intervir física e quimicamente. Nesta perspectiva, a vida entendida globalmente não desperta interesse do modo científico de conhecimento que só se ocupa com o que é mensurável. Esse padrão de pesquisa e trabalho em saúde tornou-se hegemônico e instrumento aceito como legítimo de compreensão da vida e de definição dos caminhos de organização da sociedade, reduzindo as percepções oriundas dos sentimentos, da intuição, da inspiração poética e da vivência religiosa.

Ao centrar o cuidado somente na proposta da ciência hegemônica, ao privilegiar e priorizar o uso de equipamentos, em detrimento do conhecimento da complexidade de viver e sentir daquele a que se atende, este modelo deixa de incorporar o que individualiza, deixa de levar em consideração que o processo terapêutico é uma trama também de agir-sentir. Kóvacs²⁰ cita Kubler-Ross quando essa aponta, como uma necessidade de desenvolvimento nos profissionais, a compaixão, para todos os que trabalham na área da saúde, tendo a compaixão a capacidade de ‘curar’ qualquer coisa. Kubler-Ross²¹ considera que “se pudéssemos ensinar aos estudantes o valor da ciência e da tecnologia, ensinando a um tempo a arte e a ciência do inter-relacionamento humano, o cuidado humano e total ao paciente, sentiríamos um progresso real” (p. 22).

Além do preparo para trabalhar com esse campo tão velho e tão novo, foi possível observar que o trabalho com a morte deixa marcas nos profissionais. Marcas que merecem ser olhadas de perto, acolhidas e processadas em equipe. Uma atividade vivenciada por equipes de saúde mental, nos espaços de supervisão/apoio, mas que, para outros trabalhadores em saúde, existe pouca oferta.

O trabalho vivo em ato com a morte é a explicitação da possibilidade de incorporação de outro campo de tecnologias, o encontro de pessoas nas relações. Destaca-se um entregar-se. Como se a proximidade com a morte, mesmo do outro, este viver constante a vulnerabilidade e fragilidade humana, tocasse tanto que rompesse a linha tênue entre o ser profissional e ser pessoa. A morte e o processo de morrer operam aqui como revitalizadores da vida, das relações, da importância do contato humano.

Trabalhando com a morte e com o processo de morrer, esses profissionais depararam-se com questões que continuam sendo marginalizadas pelo corpo social que resiste à reflexão sobre a finitude humana. No entanto, para eles, esta questão é latente. Pensar sobre a morte do outro provoca um desdobramento praticamente incontrolável sobre a sua própria condição de ser finito.

Os profissionais observados expressaram a importância primordial de manter alegria e bom humor. Não como algo forçado, mas como expressão de vida, como necessidade, como momento de respiro para continuarem a caminhar entre as dores e os sofrimentos de quem eles cuidam, mas sem deixarem de ter e cultivar a leveza.

Para Daniel Lins²², “sentir-se alegre, encontrar com a alegria é da ordem do encontro”, no entanto é difícil ficar feliz se a consciência for mantida. Para esse filósofo, “a alegria deve ser produtora da inconsciência e a pessoa perdendo a consciência perde os órgãos”. Perder os órgãos é ausência dos sistemas, é dar um tempo do corpo que é totalmente controlado pelo organismo. Nesse caso, estão no organismo os afetos negativos, as tristezas, e, na presença deles, é difícil ser feliz. O papel da alegria

não é negar a morte, e sim conseguir, na realidade da morte, “trabalhar o saber morte com o sabor alegria”. “Pensar sobre a morte com afecções tristes é preguiça de ser feliz, de ser alegre”. A preguiça está presente porque a existência do outro prova que não estou sozinho, provoca reflexão já dada pela imprensa-imitação. A alegria é uma construção social e desejante, a alegria não está dada, ela é uma conquista, uma construção.

Na construção do caminho, que se faz caminhando, o respeito às crenças do paciente/usuário surge em muitas falas e, neste caso, independe se o profissional pratica ou não alguma religião. A expressão de quem trabalha na equipe de CP refere-se a respeitar o movimento da pessoa e da família quando o movimento existe; ou tentar oferecer algo que os acompanha, que pode ser denominado de espiritualidade, religião, fé ou, simplesmente, Deus. De posse de conhecimentos que a vivência lhes apresentou, ou agindo como gostariam que fizessem com eles, operam e carregam o respeito às crenças como dispositivo para ajudar no manejo/cuidado do doente e diminuição do sofrimento da família.

Conclusão

Nesse estudo, os profissionais que trabalham com pessoas que têm a morte anunciada operam não apenas, mas primordialmente, com as tecnologias leves, rompem com a situação, o lugar comum do morrer, e operam com a força do trabalho vivo. Uma vez que relações, sofrimentos, alegrias, autoconhecimento a partir do viver com o outro a dor, a angústia, a compaixão, a solidariedade, ofertar o corpo e a mente como instrumento do cuidado se exacerbam nestes profissionais, transformando, ou melhor, configurando esse modo de assistir como substitutivo às práticas operadas pela lógica do cuidado centrado no modelo biomédico.

O trabalho da equipe de cuidados na morte reside na maneira com que vivenciam seus sentimentos e as novas experiências de autoconhecimento que trabalhar com a morte lhes proporciona. O que para muitos é dor, para eles, não deixa de ser, mas entram em contato, vivem a dor externa e interna, e continuam observando, cuidando respeitosamente da pessoa que morre.

O trabalho vivo em ato dos profissionais estudados, produz um complexo e denso espaço de viver a vida daqueles e com aqueles que cuidam, sem deixar de lado o trabalho morto que também utilizam. Os trabalhadores do cuidado paliativo apresentaram descobertas e redescobertas, reconheceram e denominaram a importância de respeitarem os espaços do outro, o espaço autonomia, individualidade, pessoa, o espaço diferenças respeitadas e o espaço doméstico. Propuseram-se viver, aprender e apreender com: a alegria, tristeza, sofrimentos, perdas, ganhos, novas amizades, novas perdas, novos ganhos, autoconhecimento, reflexão. Viveram a morte não se furtando à vida.

No processo de viver a morte do outro, refletiram sobre sua própria morte, suas fragilidades, vulnerabilidades, sua inserção profissional e no mundo. Produziram um novo sentido para o que é clandestino, e trataram a morte como um movimento natural da vida, mesmo diante da terminalidade. A cada dia, a cada novo contato, recriam a intensa experimentação da existência de vida no território da morte.

Colaboradores

MS Chagas participou da concepção do projeto, realizou o trabalho de campo da pesquisa, discussão dos resultados, a revisão e aprovação da versão final do artigo. AL Abrahão participou da discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do artigo.

Referências

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015.
2. Kóvacs MJ, coordenador. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
3. Elias N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
4. Morin E. *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
5. Pires D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2000 [citado 20 Mar 2014]; 53(2):251-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a10.pdf>.
6. Merhy E. Do protagonismo/liberdade à captura: um dilema permanente do agir e algumas de suas implicações para a prática da vigilância à saúde. In: Diniz E, Pereira SD. *Curso básico em vigilância sanitária: unidade didático pedagógico I*. São Paulo: s.n.; 1998. 57-77 [citado 20 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-26.pdf>.
7. Merhy E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
8. Merhy E, coordenador. *Pesquisa implantação da atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagens a partir das experiências correntes: 2005-2008*. Brasília: Fundo Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2008 [citado 28 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/>.
9. Vítoria CG, Knauth DR, Hassen MNA. *Pesquisa qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3a ed. São Paulo: Atlas; 1991.
12. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3a ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
13. Kóvacs MJ. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
14. Vasconcelos EM, organizador. *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2005.
15. Alonso JP. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(9):2541-8.
16. Cassorla RMS. Prefácio. In: Kóvacs MJ. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP; 2003.
17. Gleizer MA. *Espinosa e a afetividade humana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.
18. Ortega F. *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
19. Chacra F. Metodologia centrada na primeira pessoa na experiência do vínculo. In: Barros NF, organizador. *Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares*. Campinas: Komedi, UNICAMP; 2005.
20. Kóvacs MJ. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP; 2003.
21. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 9a ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2008.
22. Lins D. A alegria como força revolucionária: ética e estética dos afetos. Palestra proferida no Café Filosófico - CPFL Cultura [citado 15 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.cpflcultura.com.br/2009/02/11/daniel-lins-alegria-como-forca-revolucionaria-etica-e-estetica-dos-afetos/>.

Chagas MS, Abrahão AL. Producción de cuidado en salud centrado en el trabajo vivo: existencia de vida en el territorio de la muerte. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):857-867.

La muerte y la vida son dimensiones presentes en el proceso del trabajo en salud y son atravesadas por la forma en que la sociedad se relaciona con la enfermedad, con el enfermo y con el resultado de este proceso. En este artículo, partimos de una investigación cualitativa con un equipo de cuidados paliativos, con el objetivo de problematizar lo siguiente: ¿por qué en el proceso de trabajo en salud producimos modos de evitar, camuflar y desconsiderar lo que nos acompaña y acompañará siempre que es la muerte? ¿Será que la muerte no nos proporciona nada que no sea el dolor, el sentimiento de vulnerabilidad y la finitud? Construimos argumentos que articular el trabajo vivo en acto con la muerte en el proceso de trabajo en salud y concluimos que los profesionales que participaron en el estudio emplearon el trabajo vivo en acto a partir de un complejo y denso espacio de vivir la vida incluso delante de la muerte.

Palabras clave: Muerte. Asistencia centrada en el paciente. Actitud ante la muerte. Cuidado paliativo. Trabajo vivo en acto.

Submetido em 13/04/2016. Aprovado em 27/10/2016.

