
Os profissionais da saúde e a morte em contexto hospitalar: trabalho e finitude humana

*Health professionals and death in a hospital context:
work and human finiteness*

Silvia Moreira Trugilho¹

Valmin Ramos-Silva²

Janine Pereira da Silva³

Hiran Pinel⁴

RESUMO

Apresenta-se neste texto algumas considerações sobre a morte e o morrer como elementos constitutivos da existência humana e da prática profissional de trabalhadores da saúde em contexto hospitalar. Toma como referência a concepção heideggeriana de morte, na qual o homem, ao reconhecer a morte como algo irremissível e insuperável, poderá se abrir para sua autenticidade, rompendo o modo de alienação existencial característico da sociedade contemporânea. No ambiente hospitalar, tanto quanto na sociedade em geral, a morte, muitas vezes negada, evoca diversos sentimentos e formas de comportamento. As afecções por ela provocadas são diversas, assim como os modos revelados de lidar com sua existência real e concreta. Em sua prática profissional, o trabalhador da saúde desenvolve ações reveladoras de diferentes modos de enfrentar e lidar com a morte, o que favorece a aquisição de aprendizagens significativas e demanda a efetivação de um espaço pedagógico educacional que auxilie o profissional da saúde na lida com a morte e o morrer no contexto hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoal de saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Hospitais. Trabalho. Morte.

¹ Assistente Social. Docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Telefone: + 55 27 99937-0115. E-mail: silvia.trugilho@emescam.br.

² Médico. Docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM. E-mail: valmin.ramos@emescam.br.

³ Nutricionista. Docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM. E-mail: janine.silva@emescam.br.

⁴ Psicólogo. Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). E-mail: hiranpinel@gmail.com.

ABSTRACT

This article presents some considerations about death and dying as constitutive elements of human existence and professional practice of healthcare workers in a hospital context. It is based on the Heideggerian conception of death, in which man, recognizing death as something irremissible and unsurpassable, can open himself to its authenticity, breaking through the mode of existential alienation that is typical of contemporary society. Both in the hospital environment and in society in general, death, which is often denied, evokes diverse feelings and forms of behavior. The affections death brings about are diverse, as are the revealed ways of dealing with its real and concrete existence. In their professional practice, the healthcare worker develops actions that reveal different ways of coping with and dealing with death, which favors the acquisition of meaningful learning, and also demands an educational and pedagogical space that assists healthcare professional in dealing with death and dying in a hospital context.

KEYWORDS: Health Personnel. Patient Care Team. Hospitals. Work. Death.

INTRODUÇÃO

O mistério envolto na morte produz no homem diversas maneiras de se comportar diante dela, evocando diversos sentimentos. O presente trabalho aborda a morte e o morrer enquanto fenômeno constitutivo da existência humana e fato concreto, sentido no processo de trabalho dos profissionais de saúde, e que favorece a aquisição de aprendizagens significativas e demanda a efetivação de um espaço pedagógico educacional que auxilie o profissional da saúde na lida com a morte e o morrer no contexto hospitalar.

Temos consciência da realidade da morte e que ela virá para cada um de nós, porém, não sabemos quando, nem onde, ou como. Irremissível, a morte é algo que o homem não consegue superar e dominar por completo. Por se apresentar de forma insuperável, sentimo-nos inferiores a ela – o que em tempos de sociedade fálico-narcisista a torna uma grande ameaça à nossa arrogância e sentimento de onipotência; denunciadora de nossos limites e fraquezas. Assim, tendemos a viver uma constante desconsideração ou desvalorização de sua existência, engajando-nos em atividades cotidianas, atitudes e modos de existência favorecedores de sua negação, já que a morte desvela a fugacidade de nossa existência, destruindo de vez o mito da imortalidade.

Na análise das estratégias de enfrentamento da morte e do morrer que foram se constituindo no ocidente ao longo dos séculos, Ariès (1997) denuncia a forma como a morte na sociedade capitalista contemporânea é marcada pela interdição, pela camuflagem que desvia o homem do contato com a sua finitude. O tabu sobre a morte, instituído na sociedade capitalista, vem a ser uma estratégia de ocultamento das desigualdades sociais, pois, apesar de um discurso de que todos se igualam pela morte, há diferenças significativas entre a morte e o morrer nas diferentes classes sociais, principalmente em relação ao “de que” e “como” se morre, afirmam Ziegler (1977) e Maranhão (1998).

No hospital, tanto quanto nos demais espaços sociais modernos, a morte é deslocada para o outro lugar. E, neste sentido, a morte é a morte do outro, não a nossa própria. “Vivemos sempre a morte como a morte do outro. Os outros morrem e eu ainda não. A minha morte eu penso amanhã. Nós nos esquivamos da possibilidade da singularização da morte” (ROTHSCHILD; CALAZANS, 1992, p. 144).

O morrer no hospital tende, em geral, a ser tratado como algo pessoal e o moribundo coisificado, na estratégia dissimuladora da real finitude humana que revela um despreparo de profissionais de saúde na lida com o paciente sem possibilidades de cura e suas atitudes de defesa ao sofrimento e à angústia da morte. Embora sua formação acadêmica não dê conta de prepará-lo para o enfrentamento da morte em seu ofício, o profissional de saúde, especialmente aquele inserido em contexto hospitalar, tem a morte como fato real e muitas vezes constante na realização do seu trabalho.

Neste caso, diante da morte, face a face com ela, o profissional de saúde tende a desviar-se subjetiva e existencialmente da mesma, focalizando a atenção nos aspectos meramente orgânicos e objetivados na relação de cuidado com o paciente, de modo que sua angústia, receios, insegurança não transpareçam demonstrando a perda do seu controle racional e emocional.

Apesar de ter a morte como elemento integrante do seu cotidiano de trabalho, os

profissionais de saúde tendem a apresentar comportamento de negação da mesma, geralmente expresso na atitude onipotente em busca de controle e domínio sobre esta, o que vem a significar dificuldade em suportar a dor, a angústia, o medo, o desespero, a frustração, a ansiedade, o estresse e a tensão que a morte evoca.

Mas, em outra via, o contato com a morte do outro pode favorecer a aquisição de sentido de ser, de sentido existencial. Para Heidegger (2002b), o reconhecimento da morte como algo irremissível e insuperável contribui para uma abertura do ser (neste caso, pessoa/profissional de saúde) para um poder-ser si mesmo; para uma possibilidade de compreensão do seu poder-ser mais próprio que permita a efetivação de uma existência carregada de sentido existencial próprio. O homem é um ser de projeto – um projeto existencial que se configura em modo(s) de ser de possibilidade(s), afirma Heidegger (2002b). Para ele, ainda, a morte pode ser utilizada como estímulo para a adoção de valores e atitudes próprias que conduzem o homem à realização do seu projeto existencial, configurando-o como ser autêntico, no modo de autenticidade, que vem a ser a apropriação de valores próprios. Esses valores próprios funcionam, segundo Pinel (2003, 2006), como Guias de Sentido do ser, que levam à apropriação de si mesmo.

Portanto, atentar para a consideração da morte no ofício dos profissionais de saúde constitui-se fator essencial para subsidiar o enfrentamento, o debate e a vivência da finitude humana neste espaço institucional e social, e para que o tema morte saia da obscuridade em que é colocado, permitindo, assim, a constituição de novos modos de atenção à saúde, em consideração à sua complexidade e à condição ontológico-existencial do homem.

O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O CONTEXTO HOSPITALAR

No mundo contemporâneo, regido pela liquidez de mercado sob a égide do capitalismo financeiro, a quebra da identidade (pessoal, grupal, social), a ruptura dos vínculos sociais e afetivos, o consumismo desenfreado, a competitividade exagerada, o

desemprego (real ou iminente), a desigualdade e a intolerância dão a marca de nossa realidade humana e social.

Tudo isso se projeta sobre o contexto hospitalar, afetando de forma significativa as relações humanas que ali se estabelecem. Os valores disseminados pela ideologia e cultura neoliberais, associados aos apelos da cientificidade racional positivista e cartesiana que impregna o pensamento de grande parte dos profissionais de saúde, acabam por formatar, nestes, um estilo, muitas vezes impessoal, de se posicionar diante dos dramas presentes no cotidiano de sua prática. Não podemos desconsiderar ainda as recentes transformações ocorridas no mundo, que tanto têm afetado os trabalhadores, especialmente pelas formas denominadas flexíveis (entenda-se espoliantes) de organização e de relações de trabalho.

Numa ótica ainda guiada pelos pressupostos cartesianos e positivistas, a pessoa doente, denominada paciente, é retirada do seu ambiente, realidade e cultura para ser tratada no hospital (*loco* adaptado para tal finalidade), onde muitos profissionais, valendo-se principalmente de uma excessiva objetividade e uma pretensa neutralidade nas relações aí instituídas, definem as formas de tratamento adequadas ao caso (onde a pessoa com sua cultura e sua história é reduzida a um caso clínico).

A adoção do modelo biomédico pressupõe o estabelecimento de uma prática dirigida aos aspectos clínicos de recuperação do corpo biológico e eliminação do agente etiológico da doença. Neste modelo, a relação estabelecida pelo profissional de saúde, firmada no distanciamento entre ele e o doente, mantém um padrão de contato onde se pretende que um não seja afetado pelo outro (especialmente no aspecto emocional), para não prejudicar o tratamento em curso; também contribui para uma diferenciação entre profissional e doente, que tende a superestimar o profissional e seu conhecimento e despersonalizar o doente, relegando-o à condição de mero objeto, coisificando-o.

Fundamentados na racionalidade cartesiana, alguns profissionais tendem a construir e reforçar um modelo de conduta que se configura de modo racional e objetivo diante da doença (conhecer para controlar), comportando-se de forma a desconsiderar a

subjetividade e os aspectos complexos (de ordem econômica, política e social) que acompanham o processo saúde-doença.

Ao adotarem uma postura de distanciamento do paciente, em nome de um “não envolvimento emocional”, ou, quando muito, de um “envolvimento emocional controlado”, buscam a manutenção de um pretensão controle objetivo e racional como guia dos seus atos e a manutenção do poder nas relações estabelecidas.

O ambiente asséptico, estabelecido em nome de um controle de infecções, muitas vezes expande-se para além do espaço físico e atravessa as formas adotadas de relacionamento, remetendo a uma frieza de comunicação e contatos entre o profissional e o doente. Neste enfoque, o tratamento adotado segue fórmulas e métodos precisos, que são utilizados com o objetivo de controlar a doença (e o doente, a partir do estabelecimento de uma relação firmada na condição de saber e poder). Quando não conseguem evitar a morte de um paciente, alguns profissionais experimentam a sensação de impotência, ficando desmascarada a pretensa onipotência, firmada em um saber supostamente absoluto.

Mas, no ambiente hospitalar coexistem diferentes profissionais: os que aparentam certa distância emocional diante da situação do paciente e seus dramas e aqueles que demonstram emoção e comoção ante as alegrias e os sofrimentos presenciados no atendimento realizado e diante da perda de um paciente, com o qual estabelecem uma relação próxima de convivência. Neste aspecto, o hospital se revela como espaço heterogêneo, diverso e polifônico.

Tanto quanto na sociedade mais ampla verificamos diversas formas de resistências à ordem econômica, ideológica e política de cunho globalizador que nos vem sendo imposta, também no hospital é possível identificar modos de efetivação de prática pessoal, profissional, social, constituídos por aqueles que convivem no seu cotidiano, que podem se apresentar como resistência à manutenção da postura e conduta tecnicista, reforçadoras da regulação social. As características do ambiente e funcionamento hospitalar não se apresentam de uma maneira ordenada e homogênea,

pois comportam vários e diferentes modos de prática social, muitas vezes antagônicos, presentes num mesmo espaço.

Novos conhecimentos em saúde têm contribuído para uma revisão desta postura e para a construção de novas práticas sanitárias, que rompem com a assepsia (social, política e emocional) e com a compreensão reducionista e mecanicista do processo saúde-doença. A proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública situada numa concepção ampliada da saúde, prima pela constituição de práticas interdisciplinares e coletivas, favorecedoras do reconhecimento e valorização dos diferentes sujeitos implicados nas práticas de atenção à saúde.

No debate sobre a humanização do atendimento em saúde subsidiado pelo Ministério da Saúde, evidencia-se a necessidade da efetivação de práticas voltadas para o resgate de encontros que possibilitem o exercício humano de reconhecimentos, cuidado, compreensão e acolhimento do outro em si (BRASIL, 2004). O atendimento humanizado coloca em xeque a postura tradicionalmente aplicada à atenção em saúde, abrindo espaço para a criação de novos modos de agir, de se relacionar e de cuidar. Neste aspecto, práticas humanizadas, além de constituírem práticas solidárias (aqui entendidas como atitudes relacionadas a lutas sociopolíticas tanto quanto de cuidado biopsicossocial), podem ainda representar uma forma de resistência à tendência do poder centrado na hierarquização autoritária.

Se analisarmos com maior proximidade e profundidade a estrutura funcional e as relações que se estabelecem no interior de um hospital podemos perceber as ambiguidades presentes no seu cotidiano e ambiente. Essas ambiguidades, formatadas nas interações estabelecidas em seu interior são ainda marcadas pelo atravessamento de diferentes culturas e ideologias presentes no contexto mais amplo da sociedade.

O contexto hospitalar comporta uma diversidade de profissionais que atuam em seu cotidiano e espaço, conferindo-lhe um lugar privilegiado no tratamento do paciente com ações voltadas diretamente para a recuperação da saúde. Neste espaço social, a convivência entre os diversos profissionais oferece uma importante contribuição para a

instalação de um diálogo interdisciplinar e para o reconhecimento de diferentes práticas sociais em saúde. Diversos profissionais, em especial aqueles com formação nas ciências humanas e sociais, contribuem para a veiculação de um discurso que leva em consideração as dimensões econômicas, sociais, culturais e subjetivas do processo saúde-doença e, por conseguinte, para a implantação de uma atenção integral à pessoa com demandas de cuidado em saúde.

Apesar do atendimento hospitalar não se compor apenas de médicos e enfermeiros, configurando-se o mesmo por uma diversidade de profissionais que atuam em seu cotidiano e espaço, tendeu-se social e historicamente a reconhecer o médico como um profissional “mais importante” que os demais, conferindo-lhe um lugar privilegiado no tratamento do paciente, já que sua ação incide diretamente sobre este e sua possibilidade de cura. É como se o médico não precisasse do porteiro, do pessoal da limpeza, dos auxiliares de enfermagem, e outros tantos trabalhadores da saúde, no desempenho de suas funções e, como se as ações destes não influenciassem e contribuíssem o tratamento da pessoa hospitalizada. Mas, embora essa diferenciação entre médicos e demais trabalhadores da saúde ainda aconteça na atualidade, a convivência entre os diversos profissionais oferece uma importante contribuição para a instalação de um diálogo interdisciplinar e para o reconhecimento das diferentes práticas sociais em saúde.

A secção entre os saberes (e poderes) adquiridos e a assimetria na valoração dos conhecimentos apresentados pelos diferentes profissionais que atuam na saúde, inscritas na divisão social e técnica do trabalho, favorecem a dicotomia estabelecida entre o conhecimento apresentado pelo profissional médico e os demais trabalhadores da saúde, permitindo que o primeiro conjugue um saber falsamente soberano em relação aos últimos, apoiado em questões que, de maneira epistemológica, social e historicamente foram se construindo.

A proposta do SUS, enquanto política pública de atenção à saúde, no entanto, prima pela constituição de práticas interdisciplinares e coletivas, favorecedoras do

reconhecimento e da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de atenção em saúde. A complexidade da realidade social e das demandas de cuidado em saúde exige a efetivação de ações conjuntas e complementares que possam beneficiar o princípio de integralidade do SUS e a resolutividade da prática sanitária. Nesta realidade, o contexto hospitalar demanda a efetivação da interdisciplinaridade como meio propulsor da comunicação e da articulação dos diferentes conhecimentos e práticas sociais nele presentes, possibilitando, desta forma, que os múltiplos atores inseridos neste espaço institucional se inter-relacionem e dialoguem, efetivando uma prática coletiva resolutiva e transformadora.

O PROFISSIONAL DE SAÚDE E A MORTE: DESAFIOS E LIMITE INSTITUCIONAIS

A realidade manifesta do cotidiano hospitalar, com seus dramas e vivências instaladas, os conflitos, bem como as práticas sociais e humanas que aí se estabelecem, representa para o trabalhador da saúde oportunidades e desafios. A considerar a natureza do trabalho desenvolvido nessa instituição social e a especificidade da atenção ao cuidado para com o paciente, a prática desenvolvida no hospital coloca a pessoa/profissional de saúde em contato permanente e próximo com o fracasso, o sucesso, a dor, a alegria, histórias de vida e dramas íntimos de pessoas muitas vezes desconhecidas. Isso se conforma num mosaico de narrativas-de-sentido, que favorece a produção de conhecimentos. O profissional de saúde, assim, adquire aprendizagens com aqueles com os quais compartilha seu ofício. Daí, nesse híbrido contexto, encontros são estabelecidos, múltiplas experiências e interexperiências se instalam, desencadeando diversas afetações.

Para Espinosa, segundo refere Gleizer (2005), o homem é composto por vários corpos, o que lhe confere uma complexidade que, por sua vez, o torna apto a afetar e ser afetado de diversas maneiras e a reter as afecções causadas pelas interações e contatos de que participa. Por estar no mundo, o homem interage o tempo todo, em intensidade e formas variadas, com as coisas e pessoas que encontra. A consequência das afetações

geradas nos encontros leva o homem a se expressar, transforma o afeto em expressão.

No caso da morte, as afecções por ela provocadas são diversas, assim como os modos revelados de lidar com sua existência real e concreta em nosso meio. O contato com a morte afeta e marca nosso ser pessoal (individual) e social (coletivo). Se em nossa vivência pessoal a morte marca a dor da existência humana, no aspecto do ofício ela não se apresenta de maneira diversa. Porém, embora muitos trabalhadores tragam no seu ofício a marca da morte e a convivência com suas múltiplas formas de expressões, ela não deixa de ser considerada como um tabu, uma experiência que precisa ser controlada objetivamente para impossibilitar a emersão da dor existencial.

Em sua prática profissional, o trabalhador da saúde desenvolve diversas ações reveladoras de inúmeros modos de enfrentar e lidar com a morte; alguns deles marcando uma resistência ao real contato com ela, na busca da constituição de defesa à(s) dor(es) que ela evoca. Considerar morte e vida como aspectos da existência humana, contraditórios e dissociados, pode ser uma destas estratégias de que as pessoas se valem para fugir dos seus assombros ante a morte. A morte do outro pode evocar a própria morte, que acontecerá um dia, de alguma maneira; ou pode contribuir para a focalização da morte como algo pertencente ao outro, não a si.

Além disso, tememos perder o que amamos e sofrer com estas perdas. A morte presenciada e assistida pode fazer emergir as perdas já vividas em nossa existência e nos atentar para aquelas que poderemos ainda vivenciar. Ignorar a morte como algo partícipe da existência humana pode significar uma maneira de tentar se proteger das vicissitudes da vida. Em contrapartida, Heidegger (2002b) defende que encará-la como evento existencial do ser pode contribuir para a efetivação de novos modos de posicionamento no mundo, capazes de subverter diversos processos de vida pessoal e social.

Nas diversas possibilidades de relações e práticas que se efetivam entre os múltiplos sujeitos que compõem o cotidiano hospitalar, o profissional de saúde carrega um conjunto de impressões singulares e subjetivas ante o adoecimento e a finitude,

constituídas a partir dos modos de encontro com o outro e com o mundo, que ora aproximam/convergem, ora afastam/contrastam com as da pessoa doente e seus familiares, em meio aos dramas e

sofrimentos aí presentes.

A morte materializada no hospital revela a existência de uma tensão emocional vivida pelo profissional de saúde no exercício e suas funções. Campos (2005) afirma que o profissional de saúde é um cuidador sob constante tensão. A morte e o morrer no hospital são, muitas vezes, apreendidos de modo sentido/vivido por este profissional de saúde como ameaça à sua integridade emocional e às funções de cuidado e cura, socialmente estabelecidas em seu ofício.

O trabalho junto a pacientes terminais implica na necessidade de que estes profissionais de saúde também se trabalhem quanto à morte e aos sentimentos que derivam do contato com ela.

A despeito dos avanços tecnológicos e da evolução dos conhecimentos em biologia, medicina, farmacologia e outras áreas, que possibilitam avanços no tratamento e cura de doenças, estar e atuar no hospital, este lugar-tempo de perdas concretas, pode remeter a sentimentos de impropriedade, de impotência, de fracasso, ante a morte de um paciente. O profissional de saúde, no cotidiano da prática hospitalar, encontra-se submetido e partícipe de uma série de conflitos, angústias, falta de condições dignas de trabalho e outros fatores, incluindo aí as expectativas e exigências que emergem nos encontros e desencontros com cada pessoa com a qual se defronta na prática.

Ser cuidador, pois, implica em lidar com o sofrimento seu e do outro em intensidades nem muitas vezes suportável. Supõe viver e reviver momentos de sofrimentos solitários ou compartilhados. Assim, os modos de cuidar e de receber cuidado se atravessam e provocam diversas afecções nas experiências e modos de cuidado estabelecidos.

Mesmo naqueles que só indiretamente são responsáveis pelos pacientes [...] O ambiente vivenciado, o clima, o envolvimento de grupo é o mesmo. Todos têm como objetivo de trabalho o ser humano doente. Todos são obrigados,

de algum modo, a conviver com a doença e suas consequências. Todos são obrigados a conviver com emoções, sentimentos e conflitos intensos presentes nos pacientes, nos familiares e nos próprios profissionais. Todos são desafiados na sua autoestima frente à expectativa de onipotência que não têm. Todos são obrigados a conviver com a frustração e a onipotência [...] Todos são obrigados a se confrontar com a realidade da doença e da morte, apontando-lhes a temida mas inarredável finitude (CAMPOS, 2005, p. 36).

O homem é um ser de relações, que são marcadoras da realidade humana e social deste como ser-no-mundo. As relações presentes no contexto hospitalar se revelam nas experiências e interexperiências vivenciadas. Em suas ideias, Heidegger, concebe que a experiência tem ocorrência passiva e ativa (INWOOD, 2002). Na primeira, constitui-se de algo que vem até nós, sem que o procuremos; na segunda, apresenta um modo ativo que se configura pela ação de irmos à procura de algo. Ainda, segundo ele, quando partimos em busca algo, vamos ao encontro de..., no aguardo de que novas condições sejam produzidas ou produzindo-as.

Experiência envolve contatos, relações, processos e implica nos modos como lidamos e enfrentamos as situações em nossa vida e delas apreendemos, ou não, significações. Experiência se configura, portanto, como um movimento, acontecimento, ativo ou passivo, de contato com os entes, no mundo circundante, que se desdobra em contato com a vida e produz apreensão de sentidos de ser. Para Heidegger (2002a), importa a maneira como o homem suporta o estar lançado no mundo e como ele é no mundo, aberto ou não aos entes presentes no mundo circundante.

Nas interexperiências desencadeadas pelas diversas interações que se dão no contexto hospitalar entre aquele que se designa cuidador e o outro denominado paciente (demandatário de cuidado), as circunstâncias de vida, os valores, a cultura, a ideologia, as crenças de cada um influenciarão significativamente o encontro e a vivência destes

dois sujeitos.

A experiência no contexto hospitalar, aqui pensado também enquanto mundanidade do mundo, caminha com as vivências materializadas, que podem tratar-se de eventos internos, isolados, temporais, individuais, passivos, mas que também se configuram como coletivos, produtores e transformadores, atravessados por elementos e acontecimentos externos.

O profissional de saúde, ao ser perpassado por suas vivências, pode modificar-se ou manter-se inalterado diante delas. Neste caso, nos modos de ser, interexperienciando e se inter-relacionando, vivenciando sua angústia diante do sofrimento e da morte, nos desafios e limites institucionais da mundanidade do contexto hospitalar, o profissional de saúde pode efetivar um modo de inautenticidade alienada ou num modo de autenticidade crítica e criativa, compondo sua existência encarnada e seu sentido de ser.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde demandam apoio para lidar existencialmente com a finitude humana, não no sentido de negá-la, mas no sentido de conhecer sobre si e o outro; sobre sua onipotência e impotência, seus receios, a sensibilidade e os sentimentos ambivalentes em relação à morte; sobre a realização profissional e também pessoal, tendo em vista que estes dois aspectos seguem no sujeito de modo indissociado. Seu posicionamento e atuação social podem marcar diferentes sentidos do ser, autênticos ou inautênticos, marcados pelo contato com a morte no desempenho do seu ofício.

A morte não é um fracasso. É parte da vida, do ciclo evolutivo, da existência humana. Poder enfrentá-la de modo corajoso, sensível, compreensível e tornar a angústia com a morte um meio propulsor e propiciador do sentido existencial, no caso do profissional de saúde, pode proporcionar cuidado necessário ao paciente para lidar com a sua morte e o desamparo humano e social a que muitas vezes é submetido pelas relações e condições de vida materializadas em sua existência. Cuidado, para Heidegger

(2202a), comporta duas dimensões que são a ocupação e a preocupação. Trata-se de um ocupar-se do outro, mas também preocupar-se com o outro, na situação e em atitude. Neste caso, o cuidado confere ao homem alteridade.

É inegável a complexidade inerente ao tema morte, o que dificulta e até impossibilita enfocá-lo em todos os seus aspectos. A abordagem de um dos aspectos, no caso deste texto a questão da morte na experiência profissional de trabalhadores da saúde, não nega as demais dimensões do tema que merecem atenção. A este respeito temos, por exemplo, a questão da saúde do trabalhador, tendo em vista estar o profissional de saúde submetido a um processo

de estresse contínuo, acarretado pela vivência de perdas consecutivas no exercício de seu trabalho.

O ato de cuidar e de se relacionar com o paciente gravemente enfermo pode favorecer a adoção de uma conduta fria, impessoal e distante por parte do profissional de saúde. Isto evidencia a dificuldade do mesmo no enfrentamento da finitude humana e também um modo de se proteger contra o sofrimento e a angústia que advém do contato com a morte e morrer de outras pessoas, levando-o a agir de maneira rotineira e despersonalizada diante da morte, banalizando-a.

Esta evidência sugere a necessidade de investimento na realização de uma ação educacional de capacitação e apoio ao profissional de saúde, de forma que este possa debater, refletir, apreender e construir modos de enfrentamento da morte que considerem os aspectos existenciais da vida humana. Assim, a construção de um corpo de conhecimentos teórico-metodológicos sobre a morte e o morrer pode contribuir para construção e consolidação de proposta de formação que auxilie os profissionais de saúde no enfrentamento da finitude humana em seu processo de trabalho.

Os propósitos da institucionalização do processo de morrer e a atenção ao paciente em risco iminente de morte devem ser constantemente examinados. Daí a importância e o desafio de realizar-se no contexto hospitalar um espaço de educação sobre a morte, onde o lidar com a finitude humana possa ser tema de reflexão e debate a

respeito da dialética existencial vida e morte e os demais aspectos aí presentes.

A possibilidade de um debate sobre existência e finitude humana presente na rotina hospitalar deve estar inserida num currículo de educação permanente de formação do profissional de saúde. A morte, quando compreendida como fator existencial, constitui-se como possibilidade de qualificação e valorização da existência humana e, conseqüentemente de qualificação da assistência ao paciente.

Os profissionais de saúde, no exercício de suas funções laborativas, vivenciam a morte o outro lado, mas isso não impede, nem negligencia o sentimento de luto experienciado pelos mesmos diante da perda do paciente. Assim, uma educação para a morte poderá favorecer o desenvolvimento de um processo de luto antecipatório como estratégia favorecedora da elaboração do luto pessoal/profissional vivenciado pelo profissional de saúde, bem como o resgate em si e no outro do sentido da existência humana.

Lidar com a morte no exercício do trabalho não é uma tarefa simples, também não é algo que se faz de maneira desprovida de sentimento, como muitas pessoas podem imaginar a respeito dos profissionais da saúde. O sentimento decorrente da perda do paciente nem sempre emerge e se revela diante dos outros. Muitas vezes é experimentado na solidão, no espaço mais íntimo e reservado do ser. É um sentimento real e desvela que o profissional de saúde não é uma pessoa eminentemente fria e insensível diante do sofrimento alheio, embora seu comportamento técnico pareça demonstrar isso.

Recebido em junho de 2018 – Aprovado em junho 2018

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. **A história da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CAMPOS, E.P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2005.
- GLEIZER, M.A. **Espinosa & a afetividade humana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2002a. Parte 1
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2002b. Parte 2
- INWOOD, M. **Dicionário Heidegger**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.
- MARANHÃO, J.L.S. **O que é morte**. 2ª Reimpr. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998.
- PINEL, H. **Educadores da noite**. Belo Horizonte: Nuex-Psi, livro em CD-R, 2003.
- PINEL, H. **Apenas dois rapazes & uma educação social: cinema, psicopedagogia e existencialismos, processos afetivos e aprendizagem**. Edição experimental do autor. Vitória: UFES/CE/PPGE; 2006.
- ROTHSCHILD, D; CALAZANS R.A. Morte: abordagem fenomenológico existencial. In: KOVÁCS M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992, p. 142-148.
- ZIEGLER, J. **Os vivos e a morte: Uma “sociologia da morte” no ocidente e na diáspora africana no Brasil, e seus mecanismos culturais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1977.