

ENTRE A LUTA E O CUIDADO: UMA REVISÃO SOBRE A INTERDIÇÃO DA MORTE E O SOFRIMENTO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM CONTEXTOS DE PRONTO-SOCORRO¹

Ravi Passos Vianna (UFMG)

Resumo

O presente trabalho analisa a relação de profissionais da saúde com a morte e o morrer em contextos de pronto-socorro, fundamentando-se em uma revisão bibliográfica que articula a antropologia e a saúde. Partindo do modelo de "Morte Interdita" proposto por Philippe Ariès, considera-se que o hospital se tornou o palco central da morte institucionalizada na modernidade ocidental, caracterizada pelo ocultamento e pela terceirização do fim da vida. O estudo foca nos setores de urgência e emergência, ambientes de alta pressão em que a morte e o morrer, apesar de serem presenças cotidianas, permanecem como uma interdição entre as equipes. Assim, reflete-se sobre os elementos que modulam a intensidade do sofrimento dos profissionais e os fatores contextuais que contribuem para a manutenção dessa postura perante a morte de pacientes. Diante disso, apontam-se determinados pressupostos ontológicos da modernidade ocidental como fundamentais para esta dinâmica. Da observação de que a interdição é um meio pouco eficaz de lidar com o sofrimento do luto nestes contextos, surge um ponto central para a discussão: o contraste entre um discurso hegemônico sobre a saúde – fundamentado na idealização da figura de médicos como os que "lutam" contra a morte e pela vida – e uma lógica de cuidado – baseada no acolhimento do paciente e da família. Com esta apresentação, portanto, proponho que a transição do primeiro paradigma para o segundo pode gerar vivências coletivas do luto em prontos-socorros, traçando caminhos não só para o aprimoramento dos processos de atendimento em situações críticas, como para a atenuação do sofrimento das partes envolvidas.

Palavras-chave: Antropologia da morte e do morrer; Atitude frente a morte; Serviços médicos de emergência

No livro “História da Morte no Ocidente”, Philippe Ariès analisou artes visuais, produções literárias, documentos funerários e textos eclesiais de diferentes períodos da história do ocidente. A partir disso, identificou padrões significativos de mudança nos ideais sobre a morte e o morrer, elaborando, assim, um modelo sobre as formas ocidentais de lidar com a morte ao longo do tempo (Quadro 1):

¹ Trabalho apresentado na 35ª Reunião Brasileira de Antropologia (Ano: 2026)

QUADRO 1 – MODELO DE ATITUDES FRENTE À MORTE DE ARIÈS

MORTE DOMADA (Séc. XIII a XIV/XV)	MORTE ROMÂNTICA (Séc. XVIII a XIX)	MORTE INTERDITA (Séc. XX)
Morte familiar, em casa.	Período de transição. Início da transferência da morte para fora do lar. Início da interdição.	Morte terceirizada, no hospital. Negação, ocultamento e recalçamento.
Condução da morte pelo moribundo	Período de transição. Diminuição da agência do moribundo	Moribundo sem agência
Corpo entregue a igrejas e sepultamentos coletivos (morte ritualizada)	Período de transição. Criação de cemitérios laicos e mausoléus.	Morte secularizada. Funerárias, cemitérios e sepulturas individuais (mercado da morte).
Luto muito ritualizado e coletivo	Período de transição. Luto cada vez menos ritualizado	Luto desritualizado e individualizado

Fonte: Autoria própria.

Ainda que não fuja às limitações intrínsecas a generalizações deste tipo, o modelo de Morte Interdita de Ariès parece se aplicar bem ao contexto hospitalar. De fato, a partir do século XX, hospitais passaram a ser os lugares para onde iam os moribundos, distantes do restante da sociedade ocidentalizada.

“A morte fica institucionalizada nos hospitais pela procura dos adventos da medicina moderna, rechaçando qualquer possibilidade do fim da sua existência. O hospital ocupa o lugar onde o morrer fica escondido dos olhos de quem continua vivo, pois presenciar a morte torna-se um evento insuportável.”
(Dell’acqua; Tome; Popim, 2013, p. 1.149)

Atualmente, essa realidade mostra-se ainda mais evidente em contextos de pronto-socorro. Neste setor hospitalar, são atendidos casos de urgência e emergência, recebendo pacientes que, caso não recebam tratamento imediato, quase certamente morrerão. Os profissionais que atendem estes casos atuam sob pressão – geralmente lidando com superlotação, escassez de recursos materiais e técnicos (Monteiro; Mendes; Beck, 2020) – para cumprir um objetivo principal: evitar a morte dos pacientes.

Evidentemente, seja por carência de pessoal, equipamentos insuficientes, erros técnicos, falta de tempo ou simples impossibilidade de cura pela gravidade do caso, essa luta contra a morte e pela vida é, muitas vezes, perdida. Mesmo nos prontos-socorros com a melhor estrutura, com as equipes mais completas e compostas pelos profissionais mais tecnicamente capazes, a morte de pacientes é um cotidiano.

Este convívio diário com a morte e o morrer, no entanto, não faz com que os profissionais da saúde de pronto-socorro lidem bem com o fenômeno, concebendo-o

como algo ‘familiar’. Muito pelo contrário, parece haver, neste meio, uma interdição generalizada sobre o assunto. Isso fica claro pelo fato de que, além do próprio ato de falar sobre morte ser um tabu entre médicos (Consorte, 1983), segundo Monteiro, Mendes e Beck (2020), neste meio há uma repressão da expressão de sentimentos dos profissionais de saúde, regulada coletivamente por eles próprios:

“Parece que os sentimentos frente aos pacientes em iminência de morte precisam ser representados dentro do que é aceito pela equipe como um todo, e também do que é aceito socialmente. Se a equipe entende a morte enquanto parte da rotina, então todos os profissionais precisam ter esse mesmo significado. Se o profissional possui uma postura diferente, ele pode ser excluído pela equipe.” (Monteiro, Mendes; Beck, 2020, p. 7)

A reação esperada e/ou aceita pode variar de caso a caso. Mais de uma das fontes bibliográficas analisadas apontam que, para profissionais de pronto-socorro, a intensidade dos sentimentos sobre a sobrevivência (ou não) de pacientes costuma variar de acordo com determinados parâmetros. Um exemplo é o das expectativas desses profissionais sobre o desenvolvimento do quadro de seus pacientes.

“As circunstâncias com mortes abruptas ou casos infrequentes também podem impactar os profissionais. O ‘fator surpresa’ pode ser meio de sofrimento, pois não permite uma preparação prévia, tanto em relação ao luto antecipatório quanto nos casos em que há uma piora inesperada na evolução do paciente. É um momento tão chocante para os profissionais que as estratégias defensivas utilizadas rotineiramente não dão conta de abrandar a angústia desencadeada com o acontecimento [...]” (Monteiro, Mendes; Beck, 2020, p. 8).

Quando um profissional da saúde já espera que o paciente vá morrer – seja por análise técnica, intuição, etc. –, tem tempo para elaborar seu luto (Freud, 2011). Na ocasião de morte inesperada – e em outros casos, como veremos mais à frente – o impacto emocional costuma ser mais intenso.

Isto parece se relacionar com a observação de uma postura de distanciamento dos profissionais de pronto-socorro em relação aos pacientes. Certamente, é possível atribuir esta postura, em partes, à sobrecarga e falta de tempo características do trabalho em setores de urgência e emergência (Aredes, et al, 2017). No entanto, para além das limitações práticas do trabalho em pronto-socorro, essa postura pode ser um meio encontrado pelos profissionais para evitar o sofrimento proveniente do lidar cotidiano com a morte.

“Nesse contexto de negação da morte, os profissionais podem desenvolver diferentes estratégias defensivas que os auxiliam a fugir da ansiedade, culpa, dúvida e incerteza. As estratégias defensivas são meios de sobrevivência psíquica que não extinguem, mas tamponam o sofrimento [...]” (Monteiro, Mendes; Beck, 2020, p. 3).

Para gerar este distanciamento, os profissionais de pronto-socorro recorreriam à estratégia de focar nos aspectos técnicos e ‘objetivos’ do trabalho, se afastando dos pacientes (Monteiro, Mendes; Beck 2020). Essas estratégias, entretanto, têm suas limitações. A título de explicação, voltemos, então, aos fatores de variação de intensidade dos sentimentos sobre a vida e a morte de pacientes.

Um dos critérios observados por Aredes, Giacomini e Firmo, no artigo “O Médico Diante da Morte no Pronto Socorro” é o de “identificação ou não com o paciente”. Em suma, se trataria do fato de que é mais difícil para a equipe de pronto-socorro lidar com a morte de pacientes com quem se identificam. Quando não há nenhum tipo de conexão com o paciente, seria mais fácil recorrer às supracitadas estratégias de afastamento. Mas, ao presenciar o sofrimento e a morte de pessoas que lembrem a si mesmos ou a pessoas próximas, os profissionais seriam lembrados da própria mortalidade (Monteiro; Mendes; Beck, 2020), o que dificultaria o distanciamento.

No mesmo texto, um dos interlocutores das autoras reconhece os efeitos da subjetividade sobre o trabalho de profissionais da saúde, mas ainda assim afirma que “[...] você tem que exercitar e trabalhar de forma técnica, as situações que você vive não podem interferir nas decisões que você tem que tomar, no seu raciocínio clínico, isso não pode acontecer.” (Aredes, Giacomini; Firmo, 2018).

A meu ver, esta separação dual entre objetividade e subjetividade evidencia como, no contexto de atendimento de urgências e emergências, há um notável enraizamento de pressupostos ontológicos (Almeida, 2013) de mundos ocidentais-modernos. Contribuindo para essa perspectiva, pressupostos convergentes também podem ser observados nos fatores que Aredes, Giacomini e Firmo (2018) chamam de “critério etário” e “circunstâncias da morte”.

Neles, observa-se uma variação na valorização da vida – e, consequentemente, no sofrimento pela morte – de diferentes pessoas. Esta variação estaria de acordo com a percepção dos profissionais de saúde sobre o devir do paciente, a depender de sua idade e/ou potencial funcional.

“A expectativa dos médicos traduz, portanto, uma recuperação funcional (restabelecimento de todas as funções do corpo) e social (restabelecimento de vínculos – ‘interação familiar’, ‘apto a trabalhar, sustentar a família, estudar’) plena do indivíduo. Para o médico, o signo ‘leito nobre’ serve para justificar o seu grau de investimento (ou não) no cuidado, baseado em parâmetros de ordem cronológica, biológica, social e funcional. Dessa forma, a idade torna-se ainda um argumento tanto positivo (o mais jovem tem mais chances) quanto negativo (o mais idoso é preterido), em situações nas quais há recursos escassos nos serviços públicos.” (Aredes, Giacomini, Firmo, 2018, p. 5)

Em outras palavras a morte de pessoas mais velhas e/ou que já têm a saúde debilitada geraria menos sofrimento do que a de uma pessoa mais jovem e saudável, já que umas já estariam mais ‘próximas da morte’ do que as outras.

Portanto, seja pela idealização da produtividade individual ou pela relação dualista entre naturalidade e artificialidade da morte – remetendo à aporia natureza-cultura –, esses parâmetros de valorização da vida e da morte evidenciam, mais uma vez, a recorrente presença de características fundamentalmente ocidentais-modernas no pensamento hegemônico de contextos de pronto-socorro.

Mas, para além das influências ocidentais-modernas mais gerais, há de se considerar a influência de um discurso sobre o papel das ciências da saúde e seus profissionais – especialmente os da medicina, como veremos mais à frente. Proponho que a noção fundamental deste discurso é de que os profissionais da saúde têm poder – e, consequentemente, responsabilidade – sobre a vida dos pacientes (Consorte, 1983).

Isso nos leva a mais um dos fatores de variação de intensidade dos sentimentos sobre a sobrevivência (ou não) de pacientes observados por Aredes, Giacomini e Firmo (2018): “o questionamento médico quanto à sua responsabilidade no processo de morte”. Este consiste na ideia de que o profissional da saúde tende a sentir uma enorme culpa se percebe que há chances – mesmo que mínimas – de que, caso tivesse tomado decisões diferentes, um paciente que morreu sob seus cuidados poderia ter sobrevivido.

Nos contextos de pronto-socorro, em que os casos são mais graves e devem ser atendidos o mais rápido possível, esse tipo de situação é ainda mais comum.

“Eventualmente, a gente chega à conclusão de que alguma coisa poderia ter sido feita aqui dentro (...). Não que a gente tenha demorado por desleixo, por imperícia ou negligência. No trauma, você tem que pensar e agir rápido, e às

vezes a gente não consegue definir (a conduta) naquele momento (...). Às vezes uma conduta, tomada dois minutos depois, faz diferença.” (Aredes, Giacomini e Firmo, 2018, p. 7)

Para evitar este tipo de situação, médicos muitas vezes insistem na ‘luta’, como exposto por um dos interlocutores de Consorte:

“Os médicos lutam até depois do (indivíduo) morto. Para reanimar. E às vezes dá certo’. E conclui: ‘Há um princípio na Medicina que diz: enquanto existir vida, há esperança, por isso o médico procura manter a vida de qualquer modo... O médico nunca acha que não tem nada a fazer. Ele vai fazendo.” (Consorte, 1983, p. 42)

Aqui, “luta” é uma palavra-chave que nos revela mais um elemento importante para o supracitado discurso. Se a percepção hegemônica é de que os profissionais de saúde são aqueles que detêm o poder de controlar quem vive e quem morre², logicamente seu papel deve ser o de lutar contra a morte e pela vida dos pacientes.

“Eu entendo mais da vida do que de morte. Meu negócio é manter a vida, não fazer propaganda da morte... Nós somos preparados, desde criança, os que têm uma vocação médica, desde o começo das nossas vidas, a lutar pela preservação da vida, contra a morte, até como se a morte fosse uma entidade que tivesse vida própria. (Consorte, 1983, p. 41)

Quando essa luta é perdida – ocorrência que, como vimos, é frequente em prontossocorros – os sentimentos mais comuns são de fracasso, impotência e frustração (Monteiro, Mendes; Beck 2020). Já os sentimentos mais relatados quando ‘a luta’ é vencida são de satisfação e triunfo (Consorte, 1983).³

A própria formação médica parece cumprir um papel importante para a criação e manutenção deste discurso (Correia et al, 2020), mas estes profissionais não são os únicos a reproduzi-lo.

“Além de a formação médica ser voltada à cura das pessoas, há a representação social que reforça esse estigma. A morte não é aceita pelas pessoas, não é

² Este é um padrão observado, mas, evidentemente, a prática médica pode ser vista de diversas formas. Como apontado por Consorte (1983), a percepção de poder sobre a vida e a morte – a despeito das vontades dos pacientes e dos profissionais da saúde – é constantemente confrontada pela imprevisibilidade e inerente finitude dos processos biológicos atrelados à noção de vida de mundos ocidentalizados e modernizados.

³ Vale comentar que, em ambos os casos, são aplicáveis os supracitados fatores de variação de intensidade dos sentimentos sobre a sobrevivência (ou não) de pacientes.

entendida e é rejeitada pela sociedade. Não se recebe uma educação para a morte com a ideia de que um dia se morrerá, nem se prepara o profissional para conviver com ela (Azevedo et al., 2016). Ninguém vai ao médico para ser ajudado a morrer, mas para realizar um tratamento e se curar. O médico, então, toma esse lugar onipotente erroneamente, pois a medicina ainda não possui todas as respostas que conduzam à cura das doenças. A representação social vinculada à formação positivista cria esse engodo de salvação que apenas irá ser a fonte de frustração quando acontece a morte de pacientes [...]” (Monteiro, Mendes; Beck, 2020, p. 9)

Sendo assim, percebe-se que este discurso sobre o papel das ciências da saúde, ao atribuir poder aos profissionais da saúde – reforço, especialmente aos da medicina – também lhes atribui responsabilidade. Quando um paciente morre, isso muitas vezes se converte em sentimento de culpa.

Neste ponto, faz-se importante apontar que há uma diferença sensível em como essa dinâmica opera em profissionais da enfermagem. Embora muito do que desenvolvi neste trabalho se aplique a enfermeiros e enfermeiras, a lógica de luta contra a morte e pela vida é, para estes profissionais, parcialmente substituída por uma lógica de cuidado com o paciente e suas pessoas próximas (Dell’acqua; Tome; Popim, 2013).

“A gente dá atenção para o paciente, mas o médico não dá. O médico só cura aquela doença e não vê que tem um ser humano ali atrás. Ele não vê que tem um coração por trás, que tem uma família que precisa saber das notícias, saber da evolução. Saber dar um apoio, falar palavras boas para a pessoa. A Enfermagem dá o suporte emocional, porque a gente fica mais tempo com ele e enxerga todos os aspectos, ajudando nesse processo.” (Dell’acqua; Tome; Popim, 2013, p. 1.151)

Assim, o trabalho mais próximo aos pacientes é delegado a profissionais da enfermagem. Estes, impossibilitados de recorrer a algumas das estratégias de afastamento, parecem ter encontrado uma forma própria de encarar os atravessamentos da morte e do morrer em seu trabalho.

“O trabalho em equipe, em situação de sofrimento, é reconhecido como difícil, gera dor, mas que este sofrimento não paralisa e sim motiva a fazer o bem aos outros. [...] A partir do sofrimento também se aprende, e gera satisfação pessoal. [...] É um exercício de compaixão, fazer o bem a outrem e sentir-se completo, satisfeito, sentir-se útil a alguém. [...] Mobiliza nos profissionais recursos internos que os levam a produzir cuidados dentro de suas possibilidades, e em meio ao sofrimento podem sentir orgulho e prazer no

trabalho. [...] O desejo de cuidar, o motivo de fazer o bem a alguém impera.”
(Dell’acqua; Tome; Popim, 2013, p. 1.151)

Assim nos prontos-socorros, em que o trabalho colaborativo entre médicos e enfermeiros é mais frequente, seria possível vivenciar o luto de forma mais coletiva (Dell’acqua; Tome; Popim, 2013), indicando mais uma forma de evitar a interdição sobre a morte e o morrer nestes contextos.⁴

Evidentemente, a forma de lidar com a morte e o morrer pode variar muito de pessoa para pessoa, de contexto para contexto. A proposta do presente trabalho foi traçar uma discussão e análise sobre o cenário esboçado pela bibliografia encontrada sobre o tema. Reconhecendo a evidente limitação de uma análise deste tipo, concluo o ensaio com as seguintes observações:

Há, em contextos de pronto-socorro, uma intensa interdição (Ariès, 1977) sobre a morte e o morrer. Como vimos no início do texto, o modelo ideal de morte em mundos ocidentalizados delega o ‘fardo’ de lidar com a morte e o morrer a profissionais da saúde – especialmente àqueles que trabalham em atendimentos de urgência e emergência.

À primeira vista, parece haver, neste caso, algum nível de inevitabilidade no que diz respeito ao sofrimento mental dessas pessoas perante a morte. Considerando que a grande maioria destes profissionais foi formada em mundos em que a morte e o morrer são vivenciados como mazelas tão intensas que sequer falar sobre é um tabu, é improvável que essa situação se modifique significativamente sem mudanças de ordem ontológica. Neste cenário, as já citadas estratégias de dessensibilização e afastamento são, até certo ponto, necessárias.

No entanto, a bibliografia analisada para o presente trabalho nos indica que um dos possíveis caminhos para mitigar o atual cenário de sofrimento de profissionais da saúde de pronto socorro pode ser direcionar o foco de seu trabalho para o cuidado e a cooperação em equipe. Em oposição à lógica de luta contra a morte e pela vida, a lógica do cuidado parece ser mais recompensadora. Mesmo quando o resultado final é a morte do paciente, se tem a consciência de que, enquanto a pessoa estava sob seus cuidados, foi

⁴ No Brasil, algumas iniciativas – embora ainda incipientes – têm sido desenvolvidas neste sentido, desde o desenvolvimento de protocolos de atendimento como o Spikes (CORREIA et al, 2020) à introdução ao debate sobre a decisão compartilhada (DELL’ACQUA; TOME; POPIM, 2013).

feito o que estava ao alcance para que ela e suas pessoas próximas passassem por aquela situação da melhor maneira possível.

Referências

ALMEIDA, M. W. B. de. Caipora e outros conflitos ontológicos. **Revista de Antropologia da UFSCar**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 7–28, 2013.

AREDES, J. de S. et al. Reflexões sobre um fazer etnográfico no pronto-socorro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017.

AREDES, J. de S.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. O médico diante da morte no pronto socorro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Brasil, v. 52, p. 42, 2018.

ARIÈS, P. As atitudes perante a morte, in: ARIÈS, P., **História da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

CONSORTE, J. A morte na prática médica. In: MARTINS, J. de S. (org). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983.

CORREIA, D. S. et al. Percepção e Vivência da Morte de Estudante de Medicina durante a Graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, 2020.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; TOME, L. Y.; POPIM, R. C. O processo de trabalho em urgência e emergência em interface com a morte. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1149–1159, 2013.

FREUD, S. **Luto e Melancolia**. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

MONTEIRO, D. T.; MENDES, J. M. R.; BECK, C. L. C. Percepções dos Profissionais da Saúde sobre a Morte de Pacientes. **Revista Subjetividades**, [S. l.], v. 20, n. 1, 2020.