

FACULDADE JK DE TECNOLOGIA

UNIÃO NACIONAL DE ANALISTAS TRANSACIONAIS – UNAT  
– BRASIL

PÓS-GRADUAÇÃO EM ANÁLISE TRANSACIONAL

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À MORTE: O CONCEITO DE  
DESQUALIFICAÇÃO DE MELLOR E SHIFF NO CONTEXTO  
HOSPITALAR.**

CRISTIANE APARECIDA RODRIGUES

UBERLÂNDIA – MINAS GERAIS

2015

CRISTIANE APARECIDA RODRIGUES

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À MORTE: O CONCEITO DE  
DESQUALIFICAÇÃO DE MELLOR E SHIFF NO CONTEXTO  
HOSPITALAR.**

Artigo de conclusão do curso apresentado  
à Faculdade JK de Tecnologia e à União  
Nacional de Analistas Transacionais –  
UNAT – BRASIL como requisito parcial do  
curso de Pós-Graduação para obtenção do  
título de especialista em Análise  
Transacional

Orientadora: Ede Lanir Ferreira Paiva

UBERLÂNDIA – MINAS GERAIS

2015

## **PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À MORTE: O CONCEITO DE DESQUALIFICAÇÃO DE MELLOR E SCHIFF NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Cristiane Aparecida Rodrigues

Faculdade JK/Michelangelo

**Resumo:** O presente artigo tem como objetivo analisar como profissionais de saúde lidam com a morte dentro da instituição hospitalar. Para tanto, foram analisados com o olhar da Análise Transacional e do processo de Desqualificação de Mellor e Schiff (1980) os achados de Kubler Ross (2011) dentro de uma instituição hospitalar. As aproximações teóricas permitiram perceber que é possível que o trabalho de Kubler Ross (2011) se aproxime da proposta de Mellor e Schiff (1980) na medida em que favorece um processo de Descontaminação do Adulto destes profissionais. Isso pode ser observado na exposição de seu trabalho no formato de seminários e na forma de trabalhar com os profissionais de saúde, possibilitando que seus Diálogos Internos saíssem do circuito negativo passando para o positivo energizando o Estado do Ego Adulto. Concluiu-se que é de extrema importância a contribuição da Análise Transacional e do processo de Desqualificação de Mellor e Schiff (1980) na leitura que o psicólogo hospitalar faz do comportamento dos profissionais de saúde frente à morte, auxiliando na vivência diária de perda e morte local de trabalho, qualificando sentimentos como hostilidade, implicância, negação, impotência e isolamento.

**Palavras chave:** Análise Transacional. Desqualificação. Morte. Luto. Contaminação.

### **Introdução**

A morte sempre inspirou poetas, músicos, artistas e todos os homens comuns, assim como as religiões e as filosofias sempre procuraram questionar e explicar a origem e o destino do homem. Por tradição cultural, familiar, ou mesmo por investigação pessoal, cada um traz dentro de si um conceito de “morte”, que leva a uma representação da mesma. Kovacs (1992) afirma que é nas atitudes e crenças diante da morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental.

Sabe-se que a morte se faz presente no cotidiano de forma concreta, sendo encarada, muitas vezes, como a maior perda a ser combatida. Além disso, quanto mais à morte representar em uma cultura um risco de desorganização individual ou coletiva mais esforços egóicos serão tentados no sentido de afastar o impacto da morte sobre a estrutura fragilizada na qual ela incide. Assim, diferentes mecanismos de defesa do ego podem ser utilizados para neutralizar, ou ao menos minimizar ansiedades e angústias

que desestremem a homeostase interna do coletivo ou do indivíduo. (MENDES, LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

Pensando-se em outras realidades além do ambiente familiar, como em um hospital, local onde se presencia diariamente situações de perda, uma equipe médica e pessoal de apoio, na maioria dos casos, encontra-se despreparada para lidar com a família do paciente terminal, não conseguindo, muitas vezes, acolher o familiar que experiencia este momento. (MENDES, LUSTOSA, ANDRADE, 2009).

Quintana et al. (2006) relatam que a resistência do profissional da saúde para lidar com a morte está estreitamente ligada ao despreparo para trabalhar com a mesma dado que o esperado da equipe de saúde na sociedade, concentra-se em diagnosticar o mal e erradicá-lo. Isso fica mais evidente em relação ao profissional de medicina, pois, quanto mais perceptível sua impotência para manter a vida do seu paciente, mais propensa se torna sua resistência em relação à morte (MANNONI, 1995).

Percebendo-se essas dificuldades, Andrade (2007, apud Kubler Ross 1991), defende que o risco de estar constantemente exposto à morte é paralelo ao de estar sempre olhando diretamente para o sol e que, portanto, faz-se necessário encontrar meios de fazê-lo com alguma proteção psicológica, adquirida ou treinada através de formação adequada e acompanhamento psicológico.

Diante de toda uma formação centralizada na cura, o processo de morte e morrer potencialmente geram, por consequência, sentimentos contraditórios para uma equipe de saúde. Estes profissionais estão comprometidos com a vida e os pacientes à beira da morte são uma ameaça a essa função característica, e, além disso, as rotinas de trabalho devem ser cumpridas e nem sempre são direcionadas para trabalhar com pacientes prestes a morrer. (LIMA, 2007).

De acordo com Quintana (2006) de certa maneira a equipe de saúde encara a luta contra a morte contaminada pelo ônus da derrota, pois esquece que a morte é maior e mais evidente do que todo o tecnicismo do saber médico. Estar na condição de lutar é uma tarefa exaustiva, em que as derrotas acontecem. No entanto, admitir que não se tenha nada mais para fazer pelo paciente parece transparecer uma imagem negativa do profissional, mostrando que ele não se preocupa com o paciente, que o abandonou.

Diante desta literatura da Psicologia Hospitalar, este trabalho tem como objetivo analisar os achados de Kubler Ross (2011) sob o olhar da Análise Transacional e do conceito de Desqualificação proposto por Mellor & Schiff (1980), o qual pressupõe que quando a pessoa desqualifica, ela acredita ou age como se algum aspecto do Self, do



outro ou da realidade fosse menos significativo do que realmente é. Com base nisso, serão analisados como estes processos podem ocorrer no ambiente hospitalar por parte dos profissionais de saúde, já que convivem com perdas diariamente dos seus pacientes bem como acompanham processos de luto, visando acrescentar novas leituras para a atuação do psicólogo junto à equipe de saúde.

### **Análise Transacional e o Conceito de Desqualificação de Mellor e Schiff**

Os Estados do Ego foram definidos “fenomenologicamente como um sistema coerente de sentimentos relacionados a um dado sujeito, e operacionalmente como um conjunto relacionado de padrões de comportamentos”. Berne (1985, p.17)

O Estado de Ego Criança é um conjunto de sentimentos, atitudes e padrões de comportamentos que são relíquias da infância da própria pessoa (BERNE, 1985). Logo que nasce, a consciência da criança está concentrada em torno das próprias necessidades e confortos. Procura evitar experiências penosas e reage no plano da sensação com aquilo que tem e é assim emerge seu Estado do Ego Criança (MURIEL & JONGEWARD, 1995). O Estado de Ego Pai é um conjunto de sentimentos, atitudes e padrões de comportamentos que se assemelham com aqueles da figura parental (BERNE, 1985). Podendo ser observado o desenvolvimento do mesmo, quando a criança brinca de ser papai e mamãe (MURIEL & JONGEWARD, 1995). O Estado do Ego Adulto é caracterizado por um conjunto autônomo de sentimentos, atitudes e padrões de comportamentos que são adaptados à realidade (BERNE, 1985). Desenvolve-se enquanto a criança tenta entender o sentido do mundo. MURIEL & JONGEWARD (1995)

Trautmann & Erskine (1981, apud Berne 1961, p. 77-78) afirmaram que os Estados do Ego em seu Modelo Funcional foram descritos em seus aspectos comportamentais como:

“O Pai preconceituoso (Crítico, Controlador) é manifestado como um conjunto de atitudes ou parâmetros aparentemente arbitrários e não racionais geralmente proibitivos por natureza, que podem ser sintônicos ou distônicos com a cultura local... o Pai Protetor é geralmente manifestado como simpatia por outro indivíduo, o que novamente pode ser culturalmente sintônicos ou distônicos... a Criança Livre manifestada por formas autônomas de comportamentos como rebeldia ou comodismo. É diferenciada do Adulto autônomo pela ascendência de processos mentais arcaicos e do tipo diferente de realidade.”

Podendo ocorrer no Estado do Ego Adulto a Contaminação que acontece quando algumas crenças infundadas do Pai ou distorções da Criança são racionalizadas e essas atitudes justificadas Muriel & Jongeward (1995). Trautmann & Erskine (1981) afirmam que a contaminação do Adulto pela Criança existirá quando reminiscências de experiências da infância, na forma de pensamentos, sentimentos e comportamentos interferirem com o funcionamento do Adulto no aqui e agora e a contaminação do Adulto pelo Pai ocorreria quando um sistema pré-estabelecido de regras valores e atitude interferisse com a habilidade da pessoa resolver problemas num contexto de vida atual.

Essa Contaminação pode interferir nas Transações que são definidas por Berne (1985) como a manifestação das relações sociais. A Transação é a unidade de ação social, que envolve um estímulo e uma resposta. Muriel & Jongeward (1995), afirmam que tudo que acontece entre as pessoas envolverá uma Transação entre seus Estados do Ego. Quando alguém envia uma mensagem a alguém, espera uma resposta. Cada Estado do Ego constitui um subsistema do sistema da personalidade e cada um dos subsistemas tem a capacidade de interagir com os outros. Essa interação é conhecida como Dialogo Interno e o seu fluxo altera de acordo como um circuito positivo e negativo. No circuito negativo o dialogo é entre os Estados de Ego Pai e Criança e o Adulto está desenergizado e o circuito positivo é caracterizado pela energização do Estado do Ego Adulto. (KRAUZ, 1999)

Conforme citado a Contaminação dificulta as ações do Estado de Ego Adulto na sua forma de pensar podendo resultar na Desqualificação. A pessoa quando desqualifica age como se o problema fosse menos significativo do que realmente é possivelmente pode aparecer no Diálogo Interno crenças infundadas do Pai e distorções da Criança, resultando em respostas inadequadas para a resolução dos problemas, interferindo nas Transações dos sujeitos, retardando sua resolução. Schiff & Schiff (1974), apontam que a origem da Desqualificação é a manifestação funcional de uma Contaminação ou de uma exclusão dos Estados do Ego.

Mellor e Schiff, (1980) identificaram três áreas nas quais as pessoas desqualificam (o *self*, os outros e a situação) três tipos (estímulos, problemas ou opções) e quatro níveis de desqualificação, que serão apresentados a seguir.

**Estímulos:** qualquer estímulo interno, tal como sentimentos ou percepções e ou estímulos externos, como um sinal de angústia de outra pessoa pode ser desqualificado. Tais estímulos podem ser desqualificados de quatro modos; a pessoa desqualifica a



existência de próprio estímulo e não toma consciência dele; o significado dos estímulos ser desqualificado, de maneira que a pessoa está consciente deles, mas distorce o significado deles para si próprio, para outros ou para a situação, a mutabilidade dos estímulos ser desqualificada. A pessoa está consciente deles, compreende seu significado, mas os vê como estáticos e imutáveis; a habilidade de uma pessoa de reagir de modo diferente ao estímulo ser desqualificada, quando apesar de estar consciente dos estímulos, do seu significado e da sua mutabilidade, a pessoa desqualifica a sua capacidade ou a do outro de mudar o estímulo.

**Problema:** as pessoas definem os problemas usando informações (estímulos) sobre elas próprias, sobre os outros e sobre as situações. Portanto, se elas desqualificam qualquer estímulo relevante para a definição do problema, elas tendem a desqualificar o problema ou algum aspecto dele. Assim, há uma conexão entre desqualificar os estímulos e desqualificar os problemas. Os quatro modos de desqualificar os problemas são: a existência de o problema ser completamente desqualificado, quando a informação disponível não é usada ou é usada de maneira inapropriada para definir a existência do problema, o significado de um problema ser desqualificado, onde o problema é identificado, mas sua importância para a pessoa, para o outro ou para a situação é mal definida; a solubilidade de um problema ser desqualificada, quando tendo identificado um problema e sua significância, a pessoa pensa que nada pode ser feito por quem quer que seja, e por fim, a habilidade de uma pessoa de resolver um problema ser desqualificada, em que um problema significativo pode ser resolvido, mas não pela própria pessoa ou por outras.

**Opções:** as opções são relevantes para resolução de problemas; elas podem também ser significativas por si próprias. Quando está relacionada à solução de problemas, a identificação das opções será afetada tanto pelas informações (estímulos) usadas, como pelo modo como o problema é definido. Desqualificar os estímulos relevantes para a definição de um problema ou desqualificar o problema de alguma maneira, tende a levar a algum modo de desqualificar as opções. Portanto, dada uma situação ou evento particular, a desqualificação de estímulos, de problemas e de opções estão juntos. Os quatro modos de desqualificar opções são: a existência das opções ser desqualificada completamente, por imaginar que não há outras maneiras de pensar, sentir, perceber ou atuar, senão aqueles de que já se está consciente, o significado das opções para a resolução de problemas ou para atingir objetivos ser desqualificado, quando a pessoa está consciente das opções, mas desqualifica sua relevância para o seu problema ou

meta, a viabilidade das opções de atuar em suas opções é desqualificada, mesmo que as opções sejam significativas ou viáveis, mas não para a própria pessoa ou outrem. Desqualificações de opções afetam o pensar da pessoa sobre a solução de problemas e modos de atingir objetivos, e, pensamentos sobre a ação que a própria pessoa ou outros podem ter em relação a problemas e objetivos.

Foi proposto por Mellor e Schiff (1980), uma sequência de tratamento para a Desqualificação: conscientização interna e externa, significância (valor) da consciência, definição do problema, definição das opções, consciência da mudança pessoal, definição da resolução de problemas, definição de opções de ações relevantes, consciência das habilidades pessoais, seleção de ações viáveis, consciência da capacidade de agir, ação.

Para intervir na Desqualificação Mellor e Schiff (1980), indicam quatro passos básicos. Começa-se ao nível externo, passando para o interno e terminando com uma interação de ambos. O primeiro passo é ajudar a pessoa a identificar as Transações e comportamentos que resultam da Desqualificação. O segundo passo é ajudar a pessoa a identificar as áreas, tipos e níveis da Desqualificação, aqui o foco é identificar o que acontece dentro da cabeça da pessoa. O terceiro passo serve para a pessoa entrar em contato com o investimento que faz na Desqualificação, de modo que este investimento possa ser redirecionado e a pessoa se torne consciente das coisas como elas são o foco é interno e naquilo que motiva a pessoa a usar aquele mecanismo. Quarto passo é para o indivíduo desenvolver um investimento em comportamentos não desqualificantes e obter reforço positivo das consequências de seu comportamento.

Integrando os conceitos básicos da Análise Transacional e da Desqualificação percebe-se que os Estados de Ego respondem a estímulos, tanto ao nível externo quanto ao interno. Quando a Criança se encontra mais energizada ela pode contaminar o Adulto pela fantasia, imaginando o que não é real. Por outro lado, quando o Pai está mais energizado, a Contaminação pode ocorrer pelo uso distorcido de valores e crenças. Ambas as Contaminações acabam por favorecer um circuito negativo de Diálogos Internos.

### **Psicologia Hospitalar e os Cinco Estágios da Morte Segundo Kubler Ross**

Para Simonetti (2011) a Psicologia Hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra num “real”, de natureza



patológica, denominado “doença”, presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família, ou na equipe de profissionais de saúde e tem como objetivo uma elaboração simbólica do adoecimento.

Kübler-Ross (2011) conta que ao se deparar com a negação de uma equipe de saúde frente à morte após horas percorrendo os corredores de um hospital à procura de um paciente em fase terminal para entrevistar, ouvia sempre a mesma resposta dos médicos de que não havia pacientes terminais naquele setor. A partir dessa experiência, a autora propôs que há diferentes reações psíquicas frente à morte, podendo ocorrer em cinco estágios.

**Negação e Isolamento:** são mecanismos de defesa temporários do Ego, contra a dor psíquica diante da morte. É o momento que parece impossível a perda, em que não se é capaz de acreditar. A dor da perda seria tão grande, que não pode ser possível, não pode ser real.

**Raiva:** nessa fase, a pessoa expressa raiva por aquilo que ocorre; geralmente essa emoção é projetada no ambiente externo. Junto com a raiva, também surgem sentimentos de revolta, inveja e ressentimento.

**Barganha:** aqui se busca fazer algum tipo de acordo, de maneira que as coisas possam voltar a ser como antes. Começa-se uma tentativa desesperada de negociação com quem se acredita ser o culpado da perda. Promessas, pactos e outros similares são muito comuns e muitas vezes ocorrem em segredo.

**Depressão:** nessa fase ocorre um sofrimento profundo. É um momento em que acontece uma grande introspecção e necessidade de isolamento. Tristeza, desolamento, culpa, desesperança e medo são emoções bastante comuns. Já não se consegue negar as condições em que se encontra atualmente.

**Aceitação:** nesse estágio a pessoa já não experimenta o desespero e não nega sua realidade. As emoções não estão mais tão à flor da pele e a pessoa se prontifica a enfrentar a situação, com consciência das suas possibilidades e limitações.

Kübler-Ross (2011), originalmente aplicou o conceito desses estágios para qualquer forma de perda pessoal catastrófica, desde a morte de um ente querido até o divórcio; qualquer mudança pessoal significativa pode levar a esses estágios. A autora também alega que tais fases nem sempre ocorrem necessariamente nessa ordem; nem todas são experimentadas pelas pessoas, mas afirma que uma pessoa sempre apresentará pelo menos duas delas em algum momento da vida.

Independentemente da especialidade, o mais importante é a atitude assumida e a capacidade de encarar a doença fatal e a morte. Se isto constitui um grande problema em nossa vida particular, se a morte é encarada como um tabu horrendo, medonho, jamais chegaremos a afrontá-la com calma ao ajudar um paciente. (KÜBLER-ROSS, 2011)

Entretanto, vários trabalhos constataam que a forma adotada pelos hospitais para tratar a morte é colocá-la no lugar da exclusão, do silêncio QUINTANA et al. 2006 (apud Millan, 1999; Quintana & Arpini, 2002; Quintana, Cecim & Henn, 2002; Romano, 1994; Valente & Boemer, 2000). Nada deve ser falado a respeito dela, nem tampouco demonstrado os sentimentos que a mesma desperta na equipe, podendo analisar os processos de negação/isolamento que Kubler Ross (2011) propôs nestes momentos dentro do hospital, mostrando como os profissionais de saúde manifestam seu comportamento. Mesmo diante disso, observa-se que a morte, bem como o paciente que dela se aproxima, acaba por ser um assunto que não deixa de inquietar, detendo a preocupação do ser humano desde sempre. (QUINTANA et al, 2006)

Lima e Buys (2008) afirmam que apesar da equipe de saúde lidar direta e frequentemente com a morte, os profissionais desta área, em sua maioria, encontram-se pouco preparados para essa situação, em virtude de certa distorção curricular, que nitidamente privilegia os aspectos biológicos do homem. Além disso, a crescente institucionalização da morte, aliada a pouca relevância conferida ao estudo da mesma em cursos de graduação na área de saúde, faz emergir a seguinte questão: estariam nossos futuros médicos, enfermeiros e psicólogos preparados para conviver com os pacientes à beira da morte, compreendê-los e prestar-lhes a melhor assistência?

Para Lima e Buys, 2008 (apud Pessini, 2004), o endeusamento tecnológico é outra manifestação da negação da morte no contexto hospitalar, o que remete a questões de Bioética, como, por exemplo, a questão da obstinação terapêutica, também conhecida como distanásia. O conceito de distanásia caracteriza-se por uma morte lenta e sofrida, com excesso de medidas terapêuticas, impondo intenso sofrimento e dor ao paciente terminal, com ações médicas incapazes de modificar o quadro mórbido.

A outra forma de negação, a camuflagem retrospectiva, configura a anulação do acontecimento da morte, apesar de todos os esforços para impedi-la, ocorre, sendo assim uma estratégia de ocultamento da mesma. Essa negação se mostra presente nas regras implícitas da instituição. Não se espera, por exemplo, que o paciente morra em qualquer lugar a qualquer hora. Considera-se importante que ele não exponha os



sobreviventes ao fenômeno da morte. Caso as regras sejam contrariadas, a equipe de profissionais do hospital agirá prontamente para disfarçar o acontecido, “maquiar” a morte, fazendo com que o morto pareça adormecido, recorrendo a eufemismos. (LIMA E BUYS, 2008)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.

Soares e Mautoni (2013) afirmam que os cuidadores são todos os profissionais de saúde que acompanham pacientes enfrentando uma doença. A equipe multidisciplinar tem o direito e o dever de expressar seus sentimentos e de se permitir emocionar-se quando os pacientes morrem. Não se deve ter medo de mostrar o que sente e, fazendo isso não se deixará de serem bons profissionais. É humano compartilhar a dor da perda com os familiares do paciente, em especial no caso de pacientes crônicos, pois se constrói durante o tratamento uma relação afetiva com ele e com a família. Embora seja saudável expressar a dor, controlar as emoções é fundamental para que os familiares se sintam apoiados, e possivelmente, num estado de aceitação, como aponta. (KUBLER ROSS, 2011)

Os cuidadores, também necessitam de cuidados, pois vivenciam situações de estresse prolongado. Convive-se dia após dia com a perda, a dor e o sofrimento do paciente e da sua família, enfrenta-se a impotência, a frustração pelos sonhos não realizados (cura do paciente) e a falta de perspectiva de futuro. Tudo isso gera um luto que, se não for adequadamente elaborado, pode desencadear depressão, ansiedade, ideias suicidas, abuso de álcool e de outras drogas, assim como problemas de relacionamento. É imprescindível permitir-se chorar, lamentar e refletir sobre própria atuação na área de saúde e a finitude do ser humano para oferecer assistência adequada àqueles que estão encarando a perda, é preciso que o profissional de saúde antes entenda o significado da própria vida, cure seus relacionamentos interpessoais e intrapessoais, aprenda a transformar o sofrimento e a preparar-se emocionalmente para a morte e a perda. (SOARES E MAUTONI, 2013).



### **Intervenção com a Equipe de Saúde: o modelo de Kubler Ross sob a ótica da Desqualificação e seu tratamento**

Conforme evidenciado, no contexto da saúde a Contaminação pode adquirir um caráter mais grave quando interfere no processo do profissional expor sentimentos que possa estar sentindo, reforçando, dessa forma, a Desqualificação do problema. Diante disso, energizar o Adulto para um circuito positivo do Diálogo Interno pode vir a promover a Descontaminação do mesmo e fazer com que as Desqualificações por parte dos profissionais de saúde sejam trazidas para a consciência e deixem de ser mantidas pelo achismo do Pai ou pela fantasia da Criança, oferecendo-se outras opções de mudança.

Em seu livro “Sobre a morte e o morrer” Kubler Ross (2011) descreve a maneira como foi recebida pelos profissionais de saúde para realizar seminários acerca do processo de morte e luto no contexto hospitalar, visando avaliar o comportamento da equipe médica, de enfermagem e como cada um aprende a lidar com tais processos dentro da profissão. Ao analisar os achados da autora, foi possível perceber processos de Desqualificação apontados por Mellor e Schiff (1980) nas variáveis área, tipos e modos. Tais achados serão descritos a seguir, bem como possíveis aproximações teóricas entre o modelo de intervenção realizado por Kubler Ross e os passos para o tratamento da Desqualificação de Mellor e Schiff.

#### **Equipe Médica**

Num primeiro momento a equipe médica reagiu com hostilidade aos atendimentos de Kubler Ross (2011) dentro da instituição hospitalar. Residentes em medicina eram mais difíceis de abordar dos que os internos, quanto maior a experiência do médico, menor era a vontade de aceitar este tipo de trabalho. Em geral, os médicos convidados a participar do seminário reagiram da seguinte maneira: má vontade, hostilidade, implicância, com públicas ou veladas de hostilidade quando se pedia permissão para conversar com os pacientes. Os médicos muitas das vezes se zangavam quando os pacientes solicitavam a presença de Kubler Ross (2011) para conversar, refletindo a inabilidade de lidar com os doentes. Exemplo disso foi quando um médico ligou para a Kubler Ross (2011) a respeito da Sra. K e disse com voz vociferante “Como tem a ousadia de falar com a Sra. K sobre a morte quando ela nem sabe o grau de

sua doença e ainda tem a chance de voltar para casa” (pág. 252). E quem solicitou a conversa foi à própria paciente que depositava total confiança no médico, mas ficava sem jeito de lhe dizer que estava ciente da gravidade do seu estado. Kubler Ross (2011) sentia que a equipe hospitalar tinha necessidade desesperada de negar que houvesse pacientes em fase terminal sob sua responsabilidade. Os próprios pacientes chegaram a relatar que ela deveria ser como um daqueles médicos que só sabem lidar com quem está bem, mas quando se trata de morrer batem assustados em retirada. Os médicos se manifestaram contra a participação nos trabalhos realizados pela psiquiatra, mas, quando aceitavam a adesão ocorria por recomendação dos outros, e assim, quando se sentiam a vontade e constataavam o que realmente estava sendo feito, era quase certo que iriam em frente.

### **Equipe de Enfermagem**

A equipe de enfermagem também recebeu a autora com a mesma indiferença e quase sempre com observações mordazes, deixando bem claro que não havia necessidade da sua presença naquela ala. Em geral, os motivos que levavam a equipe de enfermagem a reagir assim eram: guardar mágoa dos médicos pela maneira como comunicavam aos pacientes a gravidade da doença; ficar zangados com os testes que tinham que realizar por causa do despropósito, por acreditarem que iriam perder tempo com aquele doente. Sentiam-se impotentes diante da morte, jogavam a culpa nos médicos por não quererem reconhecer que nada mais podia ser feito. Preocupavam-se com o desconforto e a falta de organização que atingiam os familiares destes pacientes. Aumentavam a empatia e o envolvimento com o paciente, mas também aumentavam suas frustrações e limitações. Muitos profissionais da enfermagem percebiam uma grande falta de treinamento nesta área e sabiam pouco sobre o seu papel diante dessas crises, apesar de todos os percalços, reconheciam seus conflitos com mais facilidade do que os médicos e se esforçavam para frequentar os seminários. Após serem evidenciados estes sentimentos, o comportamento da equipe de enfermagem mudou mais rápido do que o dos médicos, e nos debates a equipe abria-se sem reservas quando descobria que a franqueza e a honestidade valiam mais do que as palavras amáveis referentes à sua atitude perante os pacientes, os familiares ou os membros da equipe de tratamento. A equipe de enfermagem admitia que evitassem entrar em contato com alguns pacientes para não se depararem com o real quadro de saúde deles. Foi preciso coragem e humildade para participar do seminário. Em uma Ala do Hospital onde os



pacientes terminais ficavam sozinhos a maior parte do tempo, Kubler Ross foi chamada para conversar com a equipe de enfermagem e eles externaram suas dificuldades e sentimentos deixando evidente que após falarem o que sentiam perceberam estes pacientes como seres humanos que sofrem e necessitam de cuidados. Essas atitudes foram mudando aos poucos e com o passar do tempo já não tinham dificuldades de falar e discutir sobre suas dificuldades de relacionamento ou de falar sobre seus problemas com uma pessoa particularmente difícil.

### **Análise dos comportamentos dos profissionais da área de saúde no processo de Desqualificação**

Kubler Ross (2011) começou verificando como a equipe de saúde se sentia ao cuidar dos pacientes terminais, evidenciando quais as Transações (comportamentos) que a equipe de enfermagem manifestava diante dos pacientes terminais e também diante de atitudes dos médicos como, por exemplo, guardar mágoa pela maneira que a equipe médica comunicava com os pacientes sobre a doença terminal, zangar-se por procedimentos desnecessários e a falta de aceitação por parte dos médicos que a equipe de enfermagem conversasse com os pacientes sobre sua finitude. Aqui pode ser observado o primeiro passo, que é a identificação do problema, ou seja, compreender através da fala ou de atitudes como a equipe de saúde lidava com esses pacientes e como se sentiam diante desses cuidados.

Os médicos tinham uma necessidade grande de negar que houvessem pacientes em fase terminal sob sua responsabilidade, já a enfermagem se sentia impotente diante da morte e jogavam a culpa nos médicos porque nada mais podia ser feito. Pode-se dizer que Kubler Ross (2011), ao tornar isso consciente para a equipe de saúde, favoreceu o segundo passo de tratamento da Desqualificação, que é tornar consciente quais os pensamentos que se passam no interior das pessoas, e, neste caso, como lidavam com pacientes terminais e quais os sentimentos que surgiam quando estavam neste cuidado, negando o problema.

O terceiro passo parece estar presente no momento em que Kubler Ross (2011) mostrou quais comportamentos foram desqualificados nas áreas, tipos e modos da Desqualificação, com o uso de dados concretos de como eram as atitudes da equipe diante destes cuidados com pacientes terminais. Isso fica evidente quando os profissionais de saúde relatam como se sentem frente à morte e como veem a sua finitude. Os médicos aderiram aos seminários por indicação e a enfermagem admitia



não entrar em contato com alguns pacientes para não se depararem com o real quadro de saúde deles, começando, assim, a reconhecer seus conflitos com mais facilidade que os médicos.

O quarto passo pode ser observado quando os profissionais de saúde começaram a buscar novas alternativas para não desenvolver comportamentos Desqualificantes, quando os profissionais já conseguiam se expressar e também buscar ajuda para estarem melhores com o que possa estar incomodando naquele momento. Nessa fase da intervenção, a equipe de enfermagem passou a relatar como se sentiam frente à morte e como sua finitude e começou a solicitar cada vez mais a presença de Kubler Ross (2011), para falar sobre suas dificuldades perante a morte. Os médicos quando constatavam a importância do que estava sendo feito era quase certo que iriam em frente, mostrando assim que tinham novas opções para agirem de forma diferente da apresentada no início das intervenções.

Percebe-se através destes dados que o Estado de Ego Adulto de alguns profissionais da área de saúde foi descontaminado, devido a buscarem ajuda quando algo os incomodava, mas que nem todos os profissionais atingiram estes níveis, mas conseguiram perceber a importância de entrar em contato com o que estava acontecendo, aderindo aos seminários com participação ativa, apesar de alguns médicos permanecerem relutantes. Possivelmente, essa relutância acontece porque a negação é um mecanismo de defesa temporários do Ego, contra a dor psíquica diante da morte. É o momento que parece impossível à perda, em que não se é capaz de acreditar. A dor da perda seria tão grande, que não pode ser possível, não pode ser real (Kubler Ross, 2011). Também foi observado que os profissionais da saúde não passam por todos os estágios do luto frente à morte ficando apenas entre a negação /isolamento e a aceitação.

Pode-se perceber que a proposta de Kubler Ross (2011) foi identificar quais os comportamentos a equipe de saúde manifestava diante dos cuidados com pacientes terminais. Foi feito uma análise destes achados com o conceito de Desqualificação e os passos de mudança de Mellor e Schiff (1980). Foi possível observar os passos do tratamento da Desqualificação começando no nível externo, passando para o nível interno, culminando na integração desses dois níveis.

Para que fosse observado como cada passo foi se tornando evidente, foi de grande importância compreender os conceitos da Análise Transacional como Contaminação dos Estados do Ego e Diálogos Internos. Sendo assim o primeiro passo foi auxiliar no processo de identificação dos comportamentos que resultaram na

Desqualificação. O segundo passo foi auxiliar no processo de identificação das áreas, tipos e níveis, abordando o que cada profissional sentia no momento de cuidar dos pacientes em fase terminal.

O terceiro passo foi para a pessoa entrar em contato com aquilo que motiva tal comportamento diante do fato ocorrido, sendo esta intervenção ainda vinculada ao nível interno. O quarto passo permitiu que o profissional buscasse mecanismos de cuidado com ele mesmo, seja através da fala ou pedido de ajuda nos momentos em que tiver dificuldade de lidar com determinadas situações dentro do seu trabalho e alguma causa externa que esteja atrapalhando o desenvolvimento de suas atividades, ajudando-o a perceberem novas maneiras de substituir comportamentos que antes culminavam na Desqualificação dos sentimentos e atitudes de cuidado consigo mesmo e com o paciente terminal.

Mellor e Schiff (1980) apontam que esses passos acontecem mais ou menos numa certa ordem e esta parece ser importante. No entanto, o tratamento consiste na ênfase numa sequência em cada passo mais do que numa ordem restrita. Dessa maneira, é possível que o trabalho de Kubler Ross (2011) se aproxime da proposta de Mellor e Schiff (1980) na medida em que favorece um processo de Descontaminação do Adulto destes profissionais. Isso pode ser observado na exposição de seu trabalho no formato de seminários e na forma de trabalhar com os profissionais de saúde, possibilitando que seus Diálogos Internos saíssem do circuito negativo e passassem para o positivo, energizando o Estado do Ego Adulto.

### **Considerações finais**

Pode-se concluir que a leitura dos dados analisados a partir da Análise Transacional e da Desqualificação de Mellor e Schiff (1980) facilita intervenções da psicologia hospitalar que visem auxiliar profissionais de saúde a perceberem como são seus comportamentos frente aos pacientes terminais, e as consequências emocionais de se negar a morte e o luto. Percebe-se que um Adulto Integrado ajuda no equilíbrio do desenvolvimento das atividades de cada profissional, pois ele pode perceber que solicitar ajuda quando precisa irá auxiliá-lo em seu trabalho positivamente.

Proporcionando a estes profissionais de saúde um ambiente de proteção e acolhimento no ambiente hospitalar, pode-se promover melhora no atendimento a pacientes em cuidados paliativos. Um estudo mais aprofundado destes conceitos e sua

aplicabilidade no ambiente de saúde poderão servir como incentivo para que psicólogos hospitalares possam utilizá-los em sua leitura e intervenção.



## Referências

ANDRADE, Teresa. **Atitudes perante a morte e sentido de vida**. Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. 2007. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/975>. Acesso dia: 24/11/2012

BERNE, ERIC. **Análise Transacional em Psicoterapia**. Editorial Summus. São Paulo, 1985.

**Dicionário de Português Online Michaelis**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=luto>. Acesso: 22/09/2015

KOVÁCS, M. J. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KRAUZ, Rosa R. **Trabalhabilidade**. São Paulo, Nobel, 1999.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. Ed. Martins Fontes. São Paulo, 2011.

LIMA, Daniele Martins de. **Enfrentamento de situações de morte e morrer: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu preparo**. 2007. Disponível em: [http://bdtd.ufs.br/tde\\_arquivos/15/TDE-2009-03-18T052431Z-72/Publico/DANIELE\\_MARTINS\\_LIMA\\_.pdf](http://bdtd.ufs.br/tde_arquivos/15/TDE-2009-03-18T052431Z-72/Publico/DANIELE_MARTINS_LIMA_.pdf). Acesso 11/05/2015

LIMA, Vanessa Rodrigues, BUYS, Rogério. **Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde**. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229017563007>. Acesso: 20/04/2015

MELLOR, Ken, SCHIFF, Eric. **Desqualificação. Prêmios Eric Berne**. Porto Alegre: União Nacional dos Analistas Transacionais- UNAT-BRASIL, 2010.

MENDES, Juliana Alcaires, LUSTOSA, Maria Alice, ANDRADE, Maria Clara Mello. **Paciente terminal, família e equipe de saúde**. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011). Acesso: 20/04/2015

QUINTANA, Alberto Manuel, KEGLER, Paula, SANTOS, Máucha Sifuentes dos; TRAUTMANN, L. Rebecca, ERSKINE, G. Richard. **Análise do Estado de ego: uma visão comparativa**. TAJ, V. 11, Nº 02-Abril 1981.

SCHIFF, Aaron Wolfe, SCHIFF, Jacque Lee. **Passividade. Prêmios Eric Berne**. Porto Alegre: União Nacional dos Analistas Transacionais- UNAT-BRASIL, 2010.