

Artigo

**A MORTE E O MORRER: O PROFISSIONAL DE SAÚDE DIANTE DA
TERMINALIDADE**

**DEATH AND DYING: THE HEALTH PROFESSIONAL FACING THE
TERMINALITY**

Ediane Viana da Silva¹
Volffraniad Pinheiro Dias de Sá²

RESUMO - A experiência de lidar com a morte é algo que todas as pessoas querendo ou não irão vivenciar em algum momento da vida, e tendo por base as diversas reações que a ocorrência desta pode vir a causar, este estudo tem como tema a morte e morrer: o profissional de saúde diante da terminalidade, cujo objetivo trata-se da percepção destes profissionais acerca do paciente terminal, buscando aprofundar-se nas questões envolvidas de como a finitude afeta os profissionais no âmbito de uma instituição de saúde, levando em consideração que estes lidam com a possibilidade do acontecimento da morte a todo instante. Com isso, este trabalho consistiu na realização de uma coleta de dados cuja amostra escolhida, encontrava-se numa instituição de saúde do sertão da Paraíba, cuja análise foi do tipo qualitativa, afim de verificar a ideia de que quanto mais os profissionais de saúde presenciam a ocorrência da morte, mais são afetados positiva ou negativamente.

Palavras-chave: Morte; Profissionais de saúde; Terminalidade.

ABSTRACT - The experience of dealing with death is something that all people want or will not experience at some point in life, and based on the various reactions that the occurrence of this may cause, this study has the theme of death and dying: the health professional in front of the terminal, whose objective is the perception of these professionals about the terminal patient, seeking to deepen in the questions involved

¹ Discente. Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

² Docente. Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).



Artigo

how finitude affects the professionals within the scope of a health institution, taking into account that they deal with the possibility of the event of death at any moment. Thus, this work will consist of a data collection whose chosen sample is in a health institution in the sertão of Paraíba, whose analysis will be of the qualitative type, in order to verify the idea that the more health professionals witness the occurrence of death, more are affected positively or negatively.

Keywords: Death; Health professionals; Terminality.

INTRODUÇÃO

No que tange a respeito da morte, esta é conhecida como o momento da interrupção da vida, e pode vir a acontecer de diversas formas, cujo neste estudo trata a questão da morte devido à doença grave. O fato da morte é um tema que já vem sendo discutido há tempos, e muitos teóricos postularam sobre este. Ferreira e Mendes (2013), ao mencionar que a morte é para todos, tentaram amenizar a distância dela para conosco. Disseram ainda, que morrer é um acontecimento antigo e natural, ou seja, não há explicação sobre o porque dela ocorrer, e esta é considerada necessária no aspecto biológico. Para elas, a morte é vista como algo que rompe de propósito todas as regras criadas e impostas pela sociedade em geral, logo a morte rompe de forma definitiva as nossas defesas mais sólidas e embasadas, sejam elas de quaisquer âmbitos – cognitivo, religioso ou emocional.

Kubler-Ross (1926, citado em Ferreira & Mendes, 2013), aponta que são vários os motivos para se querer fugir da morte, um dos maiores são as próprias características de morrer, pois é um momento muito triste, como solitário, mecânico e desumano, morrer acaba por ser uma ocorrência impessoal, triste e solitária. Ela ainda salienta que o processo da morte é tão natural e previsto quanto nascer, porém, o nascimento é visto, percebido e sentido como algo feliz e comemorado, afinal é uma nova vida que veio para ser feliz e fazer outras pessoas felizes, do contrário a morte significa algo terrível, inexpressivo e inaceitável muitas vezes, com isso sendo evitada de diversas maneiras por nossa sociedade. Provavelmente isso se dá pelo fato de que ela remonte nossa vulnerabilidade enquanto seres humanos, afinal, a morte faz parte das muitas coisas que nós não podemos controlar, e como de costume o que foge ao nosso controle perturba



Artigo

nossa zona de conforto, causando dentre muitas coisas, sentimentos dolorosos e não efêmeros.

Levando-se em consideração o que foi colocado acima a respeito da morte e como a mesma geralmente é percebida, Souza e Boemer (2005), afirmaram que no que sabe-se acerca dos profissionais de saúde, estes são os que tem função de cuidar e zelar pela saúde do homem enquanto ser vivo, tendo em vista assim adiar ou mesmo retardar por quanto tempo for possível, o contato com a situação de morte, logo esta que envolve tanto medo. Diante desse contato um tanto frequente com a circunstância do fim da vida humana, esses profissionais se percebem com a expectativa de que o exercer da prática profissional significa restabelecer e por vezes curar a saúde de todos os enfermos a quem prestam cuidados e assistência, deixando assim passar despercebido o fato de que a vivência da morte é inerente a nossa condição enquanto seres humanos.

Assim, tomando como base essas questões e a necessidade de serem abordadas, esta pesquisa objetiva verificar a percepção dos profissionais de saúde diante da terminalidade. Contudo, buscando entender a relação da ocorrência da morte na percepção dos profissionais da área da saúde, partindo da ideia de que esses profissionais são afetados de algumas formas com relação a terminalidade, sejam essas formas positivas ou negativas, este estudo foi pensado.

Conceito de morte e de paciente terminal

A ocorrência da morte é algo que se discute há tempos, pois não se sabe muito a seu respeito ou qual o seu objetivo. Mendes, Lustosa e Andrade (2009), trazem que a morte tem dois lados e que podemos percebê-los como um que fascina e o outro que aterroriza a humanidade, logo, o mais inquietante é que a morte não é acessível para os vivos, e com isso há diversos tipos de reflexões feitas por doutrinas, tanto religiosas como filosóficas, tentando clarear, entender e explicá-la.

No que tange a respeito do temor diante da morte, Kübler-Ross (2008), diz que praticamente desde sempre o ser humano tem verdadeira abominação da morte, ela complementa seu ponto de vista destacando que segundo a visão psiquiátrica existe uma noção básica, cuja em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando falamos de nós mesmos, ou seja, significa dizer que quando a morte é o nosso próprio final ela não existe, logo, nós não podemos ter um término. Partindo dessa colocação, Kübler-Ross (2008), postula que é inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa



Artigo

vida na terra e, sendo assim, o fim para conosco sempre será visto de forma negativa e atribuído a uma intervenção maligna, a qual está fora de nosso alcance.

A respeito do paciente terminal, este é considerado segundo Domingues et al. (2013), como aquele sujeito cuja saúde já se encontra tão prejudicada que nenhuma forma de tratamento o fará recuperar seu bem-estar, e sendo assim passa a ser uma questão de tempo até que o mesmo venha a falecer, tendo em vista que seu quadro é irreversível e a morte é de fato iminente. Nesses casos, cabe a esses pacientes receberem as mais possíveis formas de cuidados, para que ao menos eles disponham de uma boa qualidade da vida que lhes resta, ou seja, lhes são oferecidos cuidados conhecidos como paliativos, cujos são proporcionados pela equipe multidisciplinar e não mais cuidados curativos, cujos tem intuito de recuperar o estado saudável. Segundo Inca (2013), os cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, tendo como objetivo uma melhoria da qualidade de vida do paciente, realizando assim formas de alívio do sofrimento como também psicológicos para estes.

Contudo, conforme Kübler-Ross (2008), há cinco estágios dos quais passam os enfermos frente a aproximação da morte: Primeiro a negação e o isolamento, onde a negação se mostra como uma defesa do paciente, que não quer aceitar que sua circunstância é verdadeira. Segundo a indignação, a raiva se manifesta contra tudo, inclusive revolta e indagações para Deus, “por que eu?” O paciente se mostra agressivo. Terceiro a barganha, a vontade de realizar boas ações e em troca ser recompensado. Quarto a depressão, no seguinte em que se estabelece o sentimento de perda, nesse estágio, há pouca conversação da parte do paciente, pois a demonstração de afeto se mostra mais relevante. E enfim, o quinto estágio é o da aceitação, que não significa felicidade, apenas que o paciente abraça a própria realidade e lida com ela de sua melhor forma. Salientando que estes estágios não ocorrem necessariamente nessa ordem, há variações de pacientes para pacientes, porém em todos eles, há o que Kübler-Ross conceitua como o fio de esperança, que em certos momentos, o paciente sente que seu quadro pode mudar, porém esse fio é relativo.

Percepção da equipe multidisciplinar e visão humanística

Moritz (2002), traz o conceito de hospitalis, palavra de origem latina que significa o que hospeda ou dá agasalho, e atualmente hospital é definido em termos médicos, como uma instituição destinada ao tratamento, cuidado e cura dos doentes e



Artigo

feridos, para o treinamento de médicos e enfermeiras e para o estudo de enfermidades. E sob esse pressuposto, podemos perceber que até no próprio significado, a unidade hospitalar e aqueles que dela fazem parte estão voltados a oferecer cuidados, suporte e sobretudo conforto para os doentes que deles necessitem.

Destacando ainda que dentre as muitas facetas da prática da equipe multidisciplinar, uma que não passa despercebido é a necessidade de humanização do profissional, para que o mesmo tenha sempre recorrente a concepção de que o paciente não é objeto de estudo nem fonte de renda, o paciente é um ser humano que precisa da assistência profissional da equipe, esta contendo todo o arcabouço teórico-prático, como também humanizado e empático. A primeira atitude a ser adotada quando falamos em humanização da realidade hospitalar é justamente a de estabelecer vínculos humanos em que um se percebe como humano e reconhece ao outro como igualmente humano. (Camon, 2012)

Complementando, Menezes (2010), traz a percepção do paradigma biocêntrico, cujo se origina de uma proposta de formação humana, que percebe a vida como valor supremo, e essa abordagem visa uma aprendizagem centrada na vida como o caminho para o desenvolvimento da formação, buscando assim desenvolver nos estudantes uma visão crítica em relação ao cuidado. Com isso, relacionando-se com o âmbito hospitalar, ainda que um paciente esteja terminal, este deve apreciar o seu resto de vida, pois ela é pra ser vivida, e não apenas encarar a própria situação focado na sua finitude. E particularmente, fazendo um paralelo desse paradigma com a logoterapia, é possível perceber que ainda que se saiba que não há muito a se fazer diante da morte iminente, há algo, e é nesse algo que pode-se haver sentido em querer aproveitar os cuidados e confortos que lhes são direcionados, tanto por meio dos familiares como da equipe multidisciplinar.

Levando o que foi posto em consideração, percebe-se ainda algo relevante na obra de Frankl (2003), que seria o fato de que a morte põe fim a nossa existência enquanto duração de tempo no mundo, mas nossa essência humana, aquilo responsável por caracterizar e configurar nossa identidade, que facilita nossas construções de laços afetivos e vínculos, que torna evidente o fato de amar e sermos amados, não pode ser rompido com a morte, é de caráter único e irrepetível, portanto, morremos em questão de corpo presente, mas para quem amamos e somos amados, a morte não significa o nosso fim.



Artigo

Para finalizar, em virtude do fato que um dos pontos mais relevantes do estudo em questão trata-se da percepção, cabe aqui abordar informações sobre a mesma diante de sua representação social. Contudo, segundo Silva (2015), ainda que diversas vezes os termos “sensação” e “percepção” sejam tidos como sinônimos, estes apresentam particularidades. De modo geral, a sensação está voltada aos cinco órgãos do sentido, respectivamente, visão, audição, olfato, paladar e tato, enquanto que a percepção aborda a síntese promovida pela atividade mental.

Tomando o que foi mencionado acima como base, podemos assim salientar que a percepção abarca questões voltadas a nossa interpretação de algo ou alguém, e para melhor explicar este raciocínio, vou utilizar como exemplo o aroma. Perceba, podemos ter contato com diversos perfumes por meio da nossa sensação (sentido do olfato), mas é a partir da forma como interpretamos esses perfumes que podemos classificá-los, seja como um cheiro agradável ou não, e mesmo saber identificar a que ou quem este perfume pertence, ressaltando que ocorre mediante todas as sensações. Assim, temos as considerações acerca de percepção.

MÉTODO

Tipo e Local de estudo

Este estudo realizou-se a partir de uma pesquisa de campo, do tipo descritiva qualitativa. Em vista da descritiva, esta tem como objetivo adquirir conhecimento e realizar interpretação na realidade sem que nela faça interferência, tendo em vista a busca pela descoberta e observação dos fenômenos, como também os descrever, classificar e interpretar. A respeito da qualitativa, nesta há o intuito de coletar informações voltadas a imersão, ou seja, não esteve voltada para quantidades, mas pretendia apurar dados imersos, cujos se caracterizam como sendo mais subjetivos. A coleta de dados deste estudo foi realizada de modo presencial, respectivamente, numa instituição de saúde, localizada no sertão da Paraíba.

Participantes

A amostra deste estudo foi realizada com vinte e um profissionais de saúde de nível superior, com idades entre 25 e 53 anos, que trabalham na UTI e área vermelha de



Artigo

uma instituição de saúde no sertão da Paraíba, cujos vivenciam frequentemente situações de morte.

Instrumentos para coleta dos dados

Para o desenvolvimento deste trabalho, utilizou-se uma entrevista semiestruturada, objetivando identificar no discurso dos participantes, resoluções para serem correlacionadas com os objetivos da pesquisa. Como trata-se de uma entrevista semiestruturada, a mesma conta com um questionário sócio demográfico contendo variáveis como: sexo, idade, religião, estado civil e profissão; como também contém algumas variáveis acerca dos objetivos do estudo, tais como: Como é percebido o fato da terminalidade/finitude? Como é sua relação com pacientes terminais? Dentre outras. Assim se configura os instrumentos deste estudo.

Procedimentos para coleta dos dados

Inicialmente, o pesquisador se responsabilizou pela obtenção e porte de todos os termos de autorização necessários, os quais são: o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido); Termo de Responsabilidade e Compromisso dos Pesquisadores e Carta de Anuência assinada e liberada pela Instituição de Saúde.

Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética das FIP, para avaliação e aceitação, em vista das mesmas segue seu CAAE: 80784717.9.0000.5181. Posteriormente a aprovação, a entrevista semiestruturada foi aplicada em profissionais de saúde de áreas diversas, utilizando do material impresso e caneta. Estimando que foram necessários cerca de vinte e cinco à trinta minutos para conclusão da pesquisa por parte de cada sujeito.

Procedimentos para análise dos dados

A análise de conteúdo dos dados adquiridos foi feita qualitativamente, baseando-se na análise do autor Laurence Bardin, a fim de verificar as categorias de resposta por trás do discurso dos sujeitos.

Aspectos éticos



Artigo

A pesquisa em questão só foi realizada após autorização da coordenação do curso de Psicologia. Durante o processo da pesquisa, foram realizados todos os procedimentos éticos com base na Resolução 510/16. O projeto só foi executado após a aprovação do Comitê de Ética. Respeitando os aspectos de não-maleficência, este estudo não apresenta nenhum dano aos indivíduos que participarem da pesquisa, levando ainda em consideração que os mesmos podem recusar a pesquisa a qualquer momento. Aqueles que aceitaram participar da mesma, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantidos a todos o direito de sigilo. Assim, temos em vista que os preceitos éticos exigidos em pesquisa com seres humanos foram cumpridos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram utilizados para a realização da pesquisa aqui presente um questionário sócio demográfico e uma entrevista semi-estruturada. No que se trata do questionário, o mesmo foi aplicado com intuito de identificar características acerca do perfil dos participantes (profissionais da área de saúde), por meio de itens como: nome, idade, sexo, estado civil, religião, nível de religiosidade, grau de escolaridade e profissão. Na tabela abaixo há dados que dizem respeito ao perfil que foi mencionado acima, cujos foram expostos pelos sujeitos no momento da coleta.

De acordo com o que foi coletado nas entrevistas participaram da pesquisa 21 sujeitos de ambos os sexos, sendo que 7 do sexo masculino (34%) e 14 do sexo feminino (66%). Entre esses, 11 tem entre 25 e 35 anos (52%) enquanto 10 tem entre 37 e 53 anos de idade (48%). Em relação ao estado civil dos mesmos, 10 são solteiros (48%), 6 são casados (29%), 3 são divorciados (15%), 1 viúvo(a) (4%) e 1 em união estável (4%). No que se refere da religião, 20 dos participantes são católicos (96%) e 1 é evangélico (4%).

Tratando-se do nível dessa religiosidade, numa escala que conta com índice que vai de nada religioso até muito religioso incluindo subníveis de 0 a 5, os indivíduos se apontaram da seguinte forma: 1 descreveu nível 1 de religiosidade (4%), 5 descreveram nível 2 de religiosidade (24%), 7 descreveram nível 3 de religiosidade (34%), a descreveram nível 4 de religiosidade (20%), 3 descreveram nível 5 de religiosidade (14%) e 1 descreveu nível de muito religioso (4%), observando que os campos “nada” e



Artigo

“0” desse item não foram preenchidos por nenhum dos sujeitos. No que tange a respeito do grau de escolaridade, 5 dos participantes relataram que haviam terminado o ensino médio e portanto fizeram cursos técnicos (24%), 13 relataram ter concluído o ensino superior (62%) e 3 que já haviam se pós graduado (14%). Enfim, no item que aborda a profissão dos entrevistados, 7 são Enfermeiros (34%), 4 são Fisioterapeutas (19%), 2 são Nutricionistas (9%), 2 são Médicos (9%) e 6 são Técnicos em Enfermagem (29%).

No que se refere aos dados coletados pela entrevista semi-estruturada, a análise da mesma foi feita através da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2011). Conforme Bardin (2011), a análise por meio da categorização trata-se de uma operação da classificação dos elementos constituintes de um conjunto, por diferenciação e em seguida por reagrupamento de acordo com o gênero, com os critérios que são definidos previamente. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos que são as unidades de registro. No que tange a classificação dos elementos em categorias, esta necessita a investigação dos dados semelhantes que há entre os mesmos, tendo em vista que o que houver em comum permite assim seu agrupamento. E assim, baseando-se no que foi visto, foi possível elencar quatro categorias de análise.

A primeira categoria de análise se intitula como: 1) “Percepção dos profissionais de saúde em relação a terminalidade”, na qual foram compostas as quatro subcategorias seguintes: A) Lei natural, B) Fim da vida, C) Difícil aceitação e D) Outros. Já se tratando da segunda categoria, a mesma foi nomeada como: 2) “Relação dos profissionais com os pacientes que se encontram em situação terminal”, cuja há cinco subcategorias, sendo elas: A) Apoio/assistência, B) Cuidados paliativos, C) Profissionalismo, D) Não gosto e E) Relativo.

A terceira categoria foi intitulada como: 3) “Reação dos profissionais frente a vivência frequente com a morte”, enquanto suas subcategorias foram sete, as mesmas são: A) Tristeza, B) Profissionalidade, C) Naturalidade, D) Impotencialidade, E) Relatividade, F) Não absorção do problema e G) Tranquilidade. E por fim, a quarta categoria foi nomeada como: 4) “Orientações para os profissionais como forma de preparo para lidar com circunstâncias de morte e morrer”, e nesta existe apenas três subcategorias, cujas: A) Sim, B) Outras situações e C) Não.

Após isso, foi feito um recorte das falas que se mostraram mais importantes no discurso dos indivíduos participantes, as mesmas foram interpretadas durante a exploração das informações adquiridas com intuito de conseguir dados fidedignos. No que tange acerca discussão dessas informações obtidas, fora atribuídos nomes fictícios



Artigo

aos sujeitos, para assim garantir preservação de suas identidades. A seguir, serão exibidas as tabelas e suas respectivas categorias e subcategorias, como também variáveis e percentuais das mesmas.

Tabela 1

Categoria percepção dos profissionais de saúde em relação a terminalidade			
Categoria	Subcategoria	Variáveis	Percentual
Percepção dos profissionais de saúde em relação a terminalidade	Lei natural	Evolução humana; normal; aceitável; inevitável; indiferente	38%
	Fim da vida	Tristeza; alívio do sofrimento; sofrimento; descanso; momento sensível; abalo psicológico; fechamento de ciclo	34%
	Difícil aceitação	Ruim; difícil de aceitar	9%
	Outros	Missão cumprida; fatalidades; respeito; oferta de cuidados; não existe fim da vida; cessar de interesses e desejos	24%

Inicialmente, observamos que essa categoria corresponde ao objetivo geral da pesquisa, cujo buscava verificar qual a percepção dos profissionais de saúde em relação a terminalidade. Na primeira categoria 1) “Percepção dos profissionais de saúde em



Artigo

relação a terminalidade”, na subcategoria 1.A) “Lei natural”, expressões como evolução humana, normal e inevitável se fizeram mais presentes nos discursos dos entrevistados, sendo que estes também mencionaram perceber a morte como algo que deve ser aceitável, como também houve um dos participantes que falou que percebia o fato da morte com indiferença. Tendo em vista que essa foi a subcategoria mais mencionada no discurso dos participantes, a qual abarcou percentual de 38% em relação as demais desta mesma categoria.

De acordo com o que foi trago pelos entrevistados, Souza et al. (2017), afirmam que a ocorrência da morte é algo inerente à vida, da mesma forma que nascer, ou seja, trata-se de um momento natural da existência humana, cujo dependendo de fatores como crenças, sejam religiosa, cultural ou étnica, auxiliam a moldar a atitude do indivíduo diante do processo da morte e do morrer. Assim, pode-se perceber como também definir as atitudes diante da morte, por intermédio de perspectivas diferentes, positiva ou negativamente. Sendo as positivas, portanto, caracterizadas como aceitação da morte.

Abordando agora a subcategoria 1.B) “Fim da vida”, foi destacado pelos participantes palavras e expressões como tristeza, alívio do sofrimento, sofrimento, descanso, fechamento de ciclo, como também foi expresso que o fim da vida é um momento sensível que resulta um abalo psicológico. Percebendo que se tratando desta subcategoria, a mesma esteve presente nos discursos percentualmente 34% diante das demais. Tratando-se da subcategoria 1.C) “Difícil aceitação”, de início esta foi a que menos se fez presente nos discursos com frequência de 9%, onde as variáveis expressas foram ruim e difícil de aceitar.

E por fim, há a subcategoria 1.D) “Outros”, cuja abarca as respostas mais difusas das demais, e que por sinal, abarcou 24% dos discursos dos entrevistados. A mesma tem em si expressões como missão cumprida, fatalidades, respeito, oferta de cuidados, como também foi apresentado percepções de que não existe fim da vida, ou que fim da vida é o cessar de interesses e desejos.

A seguinte tabela, está relacionada a um dos objetivos específicos da pesquisa, o qual pretendia perceber como se constitui a relação dos profissionais de saúde com pacientes que se encontram em terminalidade.



Artigo

Tabela 2. Categoria relação dos profissionais com os pacientes que se encontram em situação terminal

Categoria	Subcategoria	Variáveis	Percentual
Relação dos profissionais com os pacientes que se encontram em situação terminal	Apoio/assistência	Ajuda; calma; empatia; serenidade; respeito; humanizado; como um familiar	52%
	Cuidados paliativos	Oferecer bem estar; favorecer conforto; amenizar o sofrimento; não prolongar o sofrimento; cuidado importante	34%
	Profissionalismo	Não influenciar o emocional; desempenho correto da função; profissionalmente	20%
	Não gosto	Envolvimento	4%
	Relativo	Morte natural é aceitável; Morte trágica é antecipação da dádiva de Deus	4%

No que tange sobre a categoria 2) “Relações dos profissionais com os pacientes que se encontram em situação terminal, na subcategoria 2.A) ”Apoio/assistência”, as



Artigo

expressões mais recorrentes nos discursos dos participantes foram ajuda, calma, empatia, serenidade, respeito, assim com havia necessidade de ter um relacionamento humanizado, assim como um familiar. Nota-se que esta subcategoria apresenta percentual de 52 %, ou seja, foi a presente nos discursos.

Conforme Bastos et al. (2017), ter pensamentos de resistência ao sofrimento por parte do profissional, acaba facilitando um amadurecimento, tanto espiritual como pessoal, o que pode acarretar em um estímulo a atitudes zelosas. Desta forma, alcança como resultado o cuidado humanizado e sincero ao enfermo, como também diminui a angústia do profissional e eleva o crescimento pessoal.

Abordando a subcategoria 2.B) “Cuidados paliativos”, notou-se o uso das seguintes expressões oferecer bem estar, favorecer conforto, amenizar o sofrimento, não prolongar o sofrimento e cuidado importante. É interessante ressaltar que essas expressões configuram os pontos de vistas dos participantes sobre a forma como os mesmos se relacionam com os pacientes. Em virtude desta, notou-se percentual de 34% nos discursos, sendo a segunda mais mencionada.

Para configurar esta discussão temos, segundo Fernandes et al. (2013), tendo em vista a situação vivenciada pelo paciente, entende-se que é essencial abordar um tipo de prática centrada na assistência fundamentada no bem estar biopsicossocial e espiritual em seu momento final, buscando promover uma melhor qualidade de vida e minimizar o sofrimento e a dor, portanto é de grande relevância considerar os cuidados paliativos, o qual é uma modalidade de assistência, cuja exige um olhar cauteloso como também atento por parte da equipe.

Já na subcategoria 2.C) “Profissionalismo”, houve expressões como não influenciar o emocional, desempenho correto da função e profissionalmente. Onde percebe-se que o estabelecimento atitudes profissionais é comumente abordado por os entrevistados aqui em questão. No que foi percebido acerca desta subcategoria é que a mesma tem percentual de 20%, sendo a terceira mais frequente nos discursos.

Aqui, é observável o fato que muitas vezes é posto em discussão, a tão mencionada frieza profissional, cuja se manifesta por meio de pouco estabelecimento de vínculo da parte do profissional para com o paciente. E aqui, ainda pode-se fazer uma ressalva, sabe-se que o profissional de qualquer área – principalmente saúde por lidar com cuidados voltados ao ser humano – precisa desenvolver em meio a sua prática o uso de empatia para com os demais, para que este desempenhe sua função adequadamente, no entanto, ser empático diferencia de ser simpático, logo empatia é se



Artigo

colocar no lugar de alguém sem sair de si enquanto simpatia é isso mais o envolvimento emocional, com isso é perceptível que por vezes muitos profissionais são empáticos, porém não são simpáticos.

Tendo em vista a subcategoria 2.D) “Não gosto”, a mesma tem como variável o envolvimento, e por assim dizer refere-se ao fato de que este participante envolve-se emocionalmente com a causa do paciente, o que lhe ocasiona alguma forma de incômodo. É perceptível que diante desta subcategoria houve apenas 4% de frequência. Nesta subcategoria, como pode-se notar, o não gostar se estabelece pelo emocional, em vista de ir de encontro a impotência profissional, causa lhe assim desconforto., logo, o profissional frustra-se em decorrência do que aparentemente foi uma falha.

Enfim, na subcategoria 2.E) “Relativo”, as variáveis expressas foram morte natural é aceitável, morte trágica é antecipação da dádiva de Deus, nesse caso, o entrevistado utilizou estas palavras para descrever que em casos de morte natural é algo mais aceitável, porém nas circunstâncias trágicas, optou-se por dizer que era vontade de Deus. Observando aqui que o percentual desta foi de 4%.

Nesta subcategoria, foi possível perceber que, em circunstâncias onde ocorre a morte natural, a mesma é aceitável, porém quando se trata de uma morte a qual a interrupção se deu por métodos como acidentes, ou homicídio, ou mesmo suicídio, tem-se aqui um olhar voltado a Deus, embora que seja trágico, é imutável.

Esta tabela está voltada para o outro objetivo específico deste estudo, o qual caracteriza-se por buscar compreender como os profissionais reagem diante da vivência com a terminalidade.



Artigo

Tabela 3. Categoria reação dos profissionais frente a vivência frequente com a morte

Categoria	Subcategoria	Variáveis	Percentual
Reação dos profissionais frente a vivência frequente com a morte	Tristeza	Sentimento de perda; comoção; emoção; muita tristeza	38%
	Profissionalidade	Cuidados paliativos; lágrimas não resolvem; frieza; não faltar assistência; indiferença	28%
	Naturalidade	Normalmente; dentro da normalidade	24%
	Impotencialidade	Querer fazer algo além e não poder	14%
	Relatividade	Depende do caso; varia	14%
	Não absorção do problema	Empatia; não agir mecanicamente	4%
	Tranquilidade	Melhor seguir	4%

Tratando-se da categoria 3) “Reação dos profissionais frente a vivência frequente com a morte”, na subcategoria 3.A) “Tristeza”, dentre as variáveis abordadas pelos entrevistados, temos sentimento de perda, comoção, emoção e muita tristeza. Sendo assim, percebe-se que as reações mais vivenciadas foram estas destacadas acima, tendo em vista que esta subcategoria apareceu com maior frequência nos relatos, sendo



Artigo

esta de 38%. Acerca da subcategoria 3.B) “Profissionalidade”, as variáveis apontadas nas falas dos participantes foram cuidados paliativos, lágrimas não resolvem, frieza, não faltar assistência e indiferença. Assim nota-se que estas são para estes as reações mais comuns, porém sua frequência foi de 28% em relação as demais.

Sobre a subcategoria 3.C) “Naturalidade”, suas variáveis foram normalmente e dentro da normalidade, as quais se configuraram com percentual de 24% em vista das vezes mencionadas pelos entrevistados. A respeito da subcategoria 3.D) “Impotencialidade”, a variável expressa foi querer fazer algo além e não poder, e sua frequência foi de 14%. Já a subcategoria 3.E) “Relatividade”, em semelhança a anterior, também se configura com percentual de 14%, e suas variáveis são depende do caso e varia, ou seja, as reações aqui são de acordo com a ocorrência do caso em si. Na subcategoria 3.F) “Não absorção do problema”, sua variável é expressa da seguinte forma: empatia e não agir mecanicamente, onde nota-se uma frequência de 4% em vista das outras já citadas. Diante da última subcategoria desta 3.G) “Tranquilidade”, a variável que temos é expressa como melhor seguir, onde a frequência foi apenas 4%.

A última tabela elaborada na pesquisa não está centrada em nenhum dos objetivos, porém foi elencada baseando-se nos dados obtidos na entrevista, após verificar que tratava-se de um item relevante, o qual propiciou informações importantes para o estudo.



Artigo

Tabela 4. Categoria orientação para os profissionais como forma de preparo para lidar com circunstâncias de morte e morrer

Categoria	Subcategoria	Variáveis	Percentual
Orientação para os profissionais como forma de preparo para lidar com circunstâncias de morte e morrer	Sim	Grade curricular na graduação; curso profissionalizante; preparo teórico; prática dissonante da teoria	48%
	Outras situações	Debates sobre o tema	4%
	Não	Temos que estar preparados; não existe treinamento; nunca tive; nenhuma orientação; aprende-se na prática	48%

Abordando a categoria 4) “Orientações para os profissionais como forma de preparo para lidar com circunstâncias de morte e morrer”, na subcategoria 4.A) “Sim”, surgiram variáveis como grade curricular na graduação, curso profissionalizante, preparo teórico e prática dissonante da teoria. Tendo estas um percentual de 48% de frequência, nota-se que cerca de metade dos entrevistados afirmaram receber de fato orientações, salientando que foi trago em alguns discursos que mesmo em vista de preparo teórico, a prática é dissonante da teoria, pois ainda que se tenha havido preparo, o mesmo não orienta o suficiente para as situações que a vivência da prática os proporciona.

Se tratando da subcategoria 4.B) “Outras situações”, a mesma apresenta variáveis como debates sobre o tema, na qual surgiu num caso apenas e percentualmente tem somente 4% de frequência, esta ocorreu mediante o fato de que um dos



Artigo

entrevistados afirmou não ter tido acesso a orientações enquanto encontrava-se na graduação, porém o mesmo discorreu que após o término da mesma e o início da prática da profissão, começou a participar de debates com temáticas a respeito da morte, e assim adquiriu maior conhecimento frente a mesma.

No que tange acerca da subcategoria 4.C) “Não”, as variáveis decorrentes foram temos que estar preparados, não existe treinamento, nunca tive, nenhuma orientação e aprende-se na prática. Seu percentual também foi de 48%, onde nota-se que quase metade afirmou não haver orientação para lidar com estas circunstâncias.

Realizando aqui uma discussão geral mediante as três subcategorias, podemos notar que diante dos que afirmaram ter recebido orientação para lidar com o fato da morte durante a execução da profissão, muitos mencionaram que a prática difere da teoria, e com isso podemos entender que o aparato teórico nem sempre é o suficiente para quem lida com essas situações, como os que disseram que não tiveram acesso a orientação e aprenderam conforme a prática, alguns afirmaram que não há apoio para quem lida com estes momentos. Ressaltando a participação de um entrevistado, cujo não teve acesso a orientação por meio da graduação e buscou em outras ocasiões, no caso em debates.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho, entende-se que os profissionais de saúde percebem a morte como algo natural para todos nós enquanto seres humanos, afinal, enquanto vivemos sabemos apenas que iremos ter um fim em algum momento de nossas vidas, dentre o foi adquirido no estudo, sabe-se que a morte também demanda tristeza e angústia. Também pode-se ter informações sobre a forma como estes se relacionam com os pacientes, onde foi mais expresso pelos participantes, que são desempenhados os cuidados paliativos, como a assistência e o profissionalismo, dentre as demais categorias elencadas acima.

No que se trata a respeito das hipóteses desse estudo, de que a vivência frequente com a morte ocasiona consequências tanto negativas como positivas para os profissionais de saúde, notou-se que houve relevância, logo, como consequência negativa temos questões do desenvolvimento de mecanismos de defesa como frieza, dureza, o que torna os profissionais com prática mais fria frente a profissão, como



Artigo

também em algumas situações indiferentes. Já no que tange acerca da positiva, a mesma se configura como sendo a aceitação que os mesmos desenvolvem, o que os leva a ter uma elevação de maturidade, como também principalmente resiliência para lidar com as questões que não se pode mudar. Outra consequência positiva é que por diversas vezes tendo contato com a morte, estes se olham com o olhar mais humanizado, como também voltam esse olhar aos pacientes.

Enfim, este trabalho teve a priori o intuito de averiguar acerca das questões da morte no âmbito hospitalar pelo fato de considerar que há necessidade de ampliar a literatura quanto a estes estudos, como também para elucidar informações importantes para todos os públicos, tendo em vista a temática abordada.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI CAMON, Valdemar, Augusto. *Psicossomática e suas interfaces – O processo silencioso do adoecimento.* (2012) Cengage learnig

BARDIN, Lawrence; *Análise de conteúdo* (2011) São Paulo, Edições.

BASTOS, Rodrigo, Almeida; LAMB, Fabrício, Alberto; QUINTANA, Alberto, Manuel; BECK, Carmem, Lúcia, Colomé; CARNEVALE, Franco; *Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa* (2017).

BELANCIERI, Maria, Fátima; KOYAMA, R. E. (2002), *Sufrimento e morte sob a ótica dos estagiários de enfermagem da USC-Bauru.*

DOMINGUES, Gláucia, Regina; ALVES, Karina, Oliveira; CARMO, Paulo, Henrique, Silva; GALVÃO, Simone, Silva; TEIXEIRA, Solmar, Santos; BALDOINO, Eduardo, Ferreira. *A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares* (2013). *Psicol. hosp. Vol.11 no.1 São Paulo.*

FERNANDES, Maria, Andréa; EVANGELISTA, Carla, Braz; PLATEL, Indiara, Carvalho, Santos; AGRA, Glenda; LOPES, Marineide, Souza; RODRIGUES,



Artigo

Francileide, Araújo. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal (2013)

FERREIRA, Priscila, Dias; MENDES, Tatiane, Nicolau. Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. (2013) *Rev. SBPH vol.16 no.1 Rio de Janeiro* .

FRANKL, Viktor, Emil. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração.(1998) São Leopoldo, editora Sinodal.

FRANKL, Viktor, Emil. Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial. (2003) Editora Quadrante.

JARAMILLO, Jassir, Maurício. A experiência humana ser morrer. (2006) São Paulo: Planeta.

KÓVACS, Maria, Julia; Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer.(2008) *Paidéia, vol.18 no.41 São Paulo*

KUBLER-ROSS, Elizabeth; Sobre a morte e o morrer. (2008) São Paulo.

MENDES, Juliana, Alcaires; LUSTOSA, Maria, Alice; ANDRADE, Maria, Clara, Mello; Paciente terminal família e equipe de saúde. (2009) Ver. SBPH v. 12 n.1 Rio de Janeiro.

MENEZES, Rachel, Aisegart. Em busca da boa morte. Antropologia dos cuidados paliativos. (2004) Rio de Janeiro.

MENEZES, Ana, Luisa, Teixeira; Extensão: por uma percepção de um conhecimento biocêntrico. (2010)

MORITZ, Rachel, Duarte. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte. (2002) Florianópolis.



Artigo

SILVA, Fernando, Moreno. Uma proposta para o estudo da percepção: em torno da semiótica cognitiva. (2015)

SOUZA, Luciana, G. A., BOEMER, Magali, R. O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. (2005)

SOUZA, Mariana, Cristina, Santos; SOUSA, Janaina, Meirelles; LAGO, Diane, Maria, Scherer, Kuhn; BORGES, Moema, Silva; RIBEIRO, Laiane, Medeiros; GUILHEM, Dirce, Bellezi. Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde. (2017)

