

A vivência da morte pela equipe de saúde que atua no setor de oncologia

The experience of death by the health team that works in the oncology sector

Resumo

Jacina Santos Dias¹

 orcid.org/0000-0002-1076-3939

Woochiton Ramos Lopes Pereira¹

 orcid.org/0000-0002-6446-4408

Leonardo Augusto Couto Finelli¹

 orcid.org/0000-0001-6108-7611

Objetivo: identificar as dificuldades da equipe em lidar com o processo de morte de pacientes que estão sob seus cuidados. **Materiais e Métodos:** a pesquisa realizada é classificada como exploratória, qualitativa, transversal com delineamento de pesquisa de campo. Foram entrevistados profissionais da equipe de saúde do setor oncológico, em seguida, os dados foram analisados a partir de procedimentos de análise do discurso que buscaram conexões entre os objetos, estratégias, conceitos e tipos enunciativos. A esses dados foram conferidos sistemas de unidade e coerência, alcançados pela análise das descrições sumárias que foram coletadas. **Resultados:** verificou-se que não há nenhuma preparação oferecida pela instituição para que os profissionais aprendam a melhor lidar com a morte. Portanto, é urgente que se recupere a questão da capacitação profissional. **Conclusão:** percebe-se a necessidade de futuras investigações acerca da temática, que sejam propositivas no sentido de testarem propostas e modelos de intervenção, como do treinamento continuado dos profissionais, visando, entre outros propósitos, à capacitação dos profissionais da equipe de saúde ao lidarem com o processo de morte e morrer dos seus pacientes.

Palavras-chave: Morte. Equipe de saúde. Oncologia.

¹ Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Montes Claros, MG, Brasil.

Autor para correspondência: Leonardo Augusto Couto Finelli. Departamento de Psicologia das Faculdades Integradas do Norte de Minas – FUNORTE, Unidade JK. Av. Osmane Barbosa, n. 11.111, JK, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: leonardo.finelli@funorte.edu.br

Abstract

Objective: Identify the team's difficulties in dealing with the death process of patients under their care. **Materials and Methods:** the research carried out is classified as exploratory, qualitative, cross-sectional, with a field research design. We interviewed professionals from the health team of the oncology sector, then the data were analyzed from discourse analysis procedures that sought connections between objects, strategies, concepts and enunciative types. To these data were verified systems of unity and coherence, reached by the analysis of the summary descriptions that were collected. **Results:** it was verified that there is no preparation offered by the institution so that the professionals learn the best deal with death. Therefore, it is urgent that the question of professional qualification be restored. **Conclusion:** the need for future research on the subject, which is suggestive of testing proposals and intervention models, such as the continuous training of professionals, is aimed at, among other purposes, the training of health professionals in dealing with process of death and death of its patients.

Keywords: Death. Health team. Oncology.

Como citar este artigo

ABNT

DIAS J. S.; PEREIRA, W. R. L.; FINELLI, L. A. C. A vivência da morte pela equipe de saúde que atua no setor de oncologia. *Bionorte*, Montes Claros, v. 9, n. 1, p. 9-19, jan./jun. 2020.

Vancouver

Dias JS, Pereira WRL, Finelli LAC. A vivência da morte pela equipe de saúde que atua no setor de oncologia. *Bionorte*. 2020 jan-jun;9(1):9-19.

INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos, órgãos e podem se espalhar (metástase) para outras regiões do corpo¹. O câncer é considerado um problema de saúde pública enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro em vista de sua amplitude epidemiológica, social e econômica².

Apesar do diagnóstico e tratamento avançados da doença, a mortalidade em decorrência dessa enfermidade ainda é preocupante no setor oncológico. A doença é crônica e o tratamento complexo e prolongado, o que leva a uma vivência de atravessamento da vida provocada pela doença que pode ser traumática para o paciente. O paciente, após ter o seu diagnóstico revelado e tratamento iniciado, pode apresentar comportamentos de difícil aceitação da doença, como o “luto antecipado”, e se revelar sem expectativas para a cura³.

A morte é um constructo social que se apresenta de modo diferente nas variadas culturas e, portanto, configura-se como um tabu devido aos múltiplos significados e significantes que a caracterizam. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde sentem-se responsáveis pela manutenção da vida de seus pacientes. Estes acabam por atribuir à morte o significado de um resultado acidental diante do objetivo da profissão⁴.

Hodiernamente, ainda se vive num cotidiano onde falar a respeito de morte é falar sobre a morte do outro. Muitas vezes coloca-se a morte como algo intrincado e apenas como o estágio final de uma doença grave, ou de um acidente fatal, e não como parte do processo do desenvolvimento humano. A partir dessa perspectiva, evidencia-se a falta de preparo para enfrentá-la, já que, desde crianças, as pessoas são

afastadas pelas representações sociais da morte e de ritos fúnebres⁵. Sua ocorrência predomina nas instituições hospitalares, o que a torna mais distante do dia a dia de pessoas saudáveis⁶.

A morte é o fim da vida, e uma equipe multidisciplinar de atendimento em saúde está sujeita a lidar diariamente com ela. Nessa perspectiva, é importante que a equipe esteja capacitada psicologicamente para enfrentar o estresse advindo da situação de morte, de modo a entender e lidar com os sintomas e emoções diante dela. Não obstante tal preparo para as diversas especialidades de formação de profissionais da saúde, não parece ser comum, de acordo com a literatura⁷⁻⁹.

Como é popularmente sabido, os centros especializados em oncologia têm como temas principais a recuperação e a busca de qualidade de vida do paciente durante o tratamento. Ao reconhecer certas necessidades dos pacientes, a equipe multidisciplinar trabalha com vistas a unificar suas diferenças, de modo a tornar o trabalho com o paciente mais eficaz. Assim, a atuação de uma equipe interdisciplinar e multidisciplinar é de extrema importância em todas as fases do tratamento oncológico¹⁰.

O paciente necessita de ajuda ao longo do processo, desde o momento do diagnóstico, quando é submetido a procedimentos e tratamentos invasivos; passando pela manutenção do tratamento, ou, até mesmo, ao alcançar o final da vida. Por essa razão, a equipe de saúde deve estar atenta aos possíveis sinais do processo da morte e, a partir desses, ser capaz de identificar qual profissional contribuirá, de modo mais eficiente e eficaz, com o atendimento do paciente¹¹.

Os profissionais da saúde são preparados para lidar com a doença e tentar curá-la, não para lidar com o sofrimento decorrente do adoecer, assim como com a frustração associada à percepção de fracasso quando da

morte de um paciente¹². Visto isso, em um setor como o da oncologia, perfila que os profissionais lidam com situações-limite, a saber, o cuidado de pacientes em condição crítica, com práticas de tratamento invasivas e medicalizantes que também as expõem a eventos adversos. A morte costuma ser considerada como insucesso do tratamento, fracasso da equipe, o que pode causar angústia àqueles que a presenciam¹³.

Não obstante, abordar a morte em face da profissão pode ser uma dura realidade para os profissionais da saúde. Isso porque, apesar de seus esforços, alguns de seus pacientes falecem. Os sentimentos de angústia que os profissionais da equipe de saúde sentem “diante de” e de “medo por” merecem e devem receber atenção especial. Por exemplo, médicos e demais profissionais da saúde falam da dificuldade entre aceitar a morte ou prolongar o sofrimento de pacientes, além do intenso sofrimento promovido à equipe de saúde em caso de morte do paciente (em especial quando esse é ainda criança)¹⁴, assim como profissionais da enfermagem relatam sensações e sentimentos de tristeza e perda associados à morte de pacientes sob seus cuidados¹⁵. Nesse contexto, o profissional da psicologia pode contribuir para a capacitação desses profissionais, no sentido de ajudá-los a lidar com sentimentos diante da morte.

Nesse sentido, a presente pesquisa visou levantar a percepção e dificuldades da equipe de saúde para lidar com o processo de morte e de morrer. Considerou ainda a necessidade de capacitação para enfrentar o processo de morte dos pacientes oncológicos, pois é possível que a doença e a morte despertem receios e sensações adversas. Assim, teve como objetivo geral identificar as dificuldades da equipe de saúde em lidar com o processo de morte de pacientes sob seus cuidados.

MATÉRIAS E MÉTODOS

A pesquisa realizada é classificada como exploratória qualitativa e transversal e promove análises sobre a percepção e dificuldades encontradas por uma equipe de saúde e verificou como essa equipe lida com o processo de morte de pacientes sob seus cuidados. Nesse sentido, assumiu como delineamento de pesquisa de campo, que adotou como instrumento a aplicação de entrevista à equipe de saúde da instituição parceira. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SOEBRAS - Associação Educativa do Brasil/Faculdades Unidas do Norte de Minas sob o parecer nº 3.267.560 de 16 de abril de 2019.

A pesquisa foi realizada em uma instituição que atende a pacientes oncológicos do norte de Minas Gerais. O grupo amostral foi definido por conveniência, considerado o recrutamento censitário, interesse e disponibilidade dos possíveis participantes, de modo a atender à proposta de pesquisa. Esse grupo foi composto por uma Assistente Social; uma Enfermeira; uma Médica; uma Nutricionista; uma Psicóloga; e uma Secretária (receptionista) que foram convidadas (critério de inclusão) por apresentarem mais de 18 anos e atuarem diretamente no atendimento aos pacientes oncológicos da instituição. O critério de exclusão considerou o não desejo de participar da pesquisa e/ou não concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de sua participação.

Para a coleta dos dados, o instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada, com quinze questões, sendo nove de identificação de perfil sociodemográfico e seis questões relacionadas à experiência da morte no ambiente de trabalho pelos profissionais atuantes na instituição, conforme disponível no Anexo I, adaptada de Novelino e Finelli¹⁶.

Como equipamento, utilizou-se uma sala reservada na instituição parceira para realizar a

entrevista com tempo médio de 30 minutos. As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos indivíduos que concordaram em participar da pesquisa, no horário de suas atividades laborais. Estas foram gravadas e transcritas para as análises que se seguem.

Os dados foram analisados a partir de procedimentos de análise do discurso que buscaram conexões entre os objetos, estratégias, conceitos e tipos enunciativos. A esses foram conferidos sistemas de unidade e coerência, alcançados pela análise das descrições sumárias que foram coletadas¹⁷. Cada sujeito foi identificado com uma letra “E” (de entrevistado) e um número, seguindo a ordem das entrevistas realizadas, de modo a resguardar o sigilo sobre a identidade das participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa seis profissionais de saúde que trabalham com atendimento clínico multiprofissional na instituição parceira há pelo menos 4 meses a até 15 anos. Todas são mulheres com idades que variaram de 22 a 47 anos (M=35,0 anos; DP=8,39 anos) com as mais diversas formações: Assistente Social; Enfermeira; Médica; Nutricionista; Psicóloga; e Secretária (receptionista), que atuam diretamente com os pacientes. Entre as entrevistadas uma era viúva, uma solteira e quatro casadas. Em relação à renda, 4 respondentes apresentam renda de até 5 salários mínimos e duas com rendas entre 10 e 15 salários mínimos.

Quanto à religião, todas apresentam alguma participação ativa, em que cinco são católicas e uma evangélica. É digno de nota que a instituição parceira é filantrópica, de cunho religioso e realiza internamente cultos ecumênicos semanais como parte do funcionamento ativo.

O processo de análise considerou a replicação do estudo de Novelino e Finelli¹⁶ com enfermeiros do setor oncológico de um hospital. Nesse sentido, permitiu a divisão dos dados das entrevistas em dois eixos temáticos: a) a religiosidade/espiritualidade como recurso de preparo diante da morte; e, b) o sofrimento relatado diante da morte e do morrer. Ambas foram verificadas também na presente pesquisa e discutidas. Entretanto, quando da análise dos dados, emergiu nos relatos das participantes uma terceira categoria, qual seja: c) formas de preparo para lidar com a morte de pacientes que foi acrescida às discussões.

a) A religiosidade/espiritualidade como recurso de preparo diante da morte

Faz-se mister considerar que a morte é um evento biológico que encerra uma vida. Não obstante, deve ser também reconhecida como um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo e das relações sociais. No meio profissional da área de saúde, nenhum outro evento é capaz de suscitar mais pensamentos dirigidos pela emoção e reações emocionais que ela, seja no indivíduo que estará morrendo, seja naqueles a sua volta¹⁸.

O medo da morte é algo que ultrapassa barreiras. Trata-se de uma reação que está presente de forma instintiva no ser humano, que o acompanha ao longo de sua evolução histórica, antropológica, cultural e religiosa. Essa sensação varia de acordo com a época e com as características culturais, às quais se incluem costumes, práticas e tradições religiosas de diferentes tribos, povos, raças e nações^{19,20}.

As reações e as percepções que a equipe de saúde apresenta diante da vida e da morte estão relacionadas com o tipo de educação e preparo que receberam, as experiências vivenciadas e com o contexto sociocultural onde se desenvolveram. À

medida que os profissionais se reconhecem como seres finitos, habilitam-se a compreender melhor a finitude do paciente^{21,22}.

As produções das respondentes indicaram repetições sobre a utilização da religiosidade para lidar com as situações de morte dos pacientes. Tal informação pode ser verificada nas seguintes falas:

“é oração mesmo, que Deus conforte meu coração e Deus conforte a família dos pacientes” (E3).

“o que a gente pede para o universo, para o plano espiritual é que prepare não só para mim para morrer todo dia, mas que eu possa ser a ponte para que o outro encontre a paz” (E4).

“nas minhas orações, a oração é o que me prepara para a morte dos pacientes” (E5).

A vivência de práticas que auxiliam o indivíduo a entrar em contato com o transcendente e manter-se ligado a ele caracteriza a religiosidade. Para que esta exista, é necessário que haja uma relação com alguém, ou algo que o ser humano reconheça como sendo maior do que si mesmo e ao qual ele preste reverência. De modo diferente do que acontece no desenvolvimento da espiritualidade, é preciso que exista um ser superior a quem se conectar, que ultrapasse a integração pessoal e a integração com outras pessoas¹⁹.

O embate entre religião e ciência remonta a séculos. Relatos da literatura retornam ao século XVI, com a supervalorização das causas física-biológicas se estendendo à área da saúde. Contudo, ao longo do século XX, a constatação da influência de determinantes psicológicos sobre a saúde suscitou diversas transformações. Admite-se hodiernamente, inclusive, a dimensão espiritual na demarcação do conceito de saúde dado pela Organização Mundial de Saúde²³.

Considerado tal dado, reconhece-se que o mesmo se apresenta de forma consistente na literatura. A presente categoria de análise, a

religiosidade/espiritualidade como recurso de preparo diante da morte, com variações na nomenclatura, está presente em diversos estudos que lidam com a experiência de morte de pacientes e preparo de profissionais da área da saúde, tanto nacionais^{16,22,23} (em especial os estudos de Inoue e Vecina²⁴ e Santos e Hormanez²⁵ que são estudos de revisão), como internacionais²⁶⁻²⁸ (em especial os trabalhos de Nia *et al.*²⁹ e Shorey, André e Lopez³⁰ que são estudos de revisão e indicam diversos outros que discutem a dimensão religiosa como elemento de resiliência e *coping* para lidar com a morte de pacientes hospitalares).

b) O sofrimento diante da morte e do morrer

Existem fatores individuais que esses profissionais adotam para entender e enfrentar (*coping*) o processo da morte e do morrer dos pacientes assistidos²⁵. Tais fatores podem estar ligados a experiências que eles tiveram como indivíduos; com a morte de pessoas próximas de seu convívio pessoal/social, associada a suas experiências religiosas (como sua religiosidade é vivida); com os sentimentos que venham a experimentar ante a expectativa da sua própria morte^{16,21}.

Não obstante, por serem humanos e, como tal, seres sociais, não é incomum que os profissionais de saúde também vivenciem medos e angústias perante a morte de pessoas próximas (tanto de parentes e amigos, quanto de pacientes que assistem). Esses sentimentos podem estar relacionados ao fracasso na capacidade de promover a cura, assim como podem dificultar a maneira de continuar a exercer sua atividade laboral para com outros pacientes¹³. Há ainda de se considerar que esses profissionais podem vivenciar grandes sofrimentos associados a sentimentos de luto¹².

As produções das respondentes indicaram que

embora todas as profissionais relatem já dispor de certa experiência de atuação na área, o sofrimento diante da morte de pacientes se faz presente.

“(…) não consigo acreditar, não tem como imaginar a imagem do paciente morrendo” (E1).

“(…) não vou dizer que não fico triste, porque mexe muito. A perda é muito grande (…). Já teve situações que não soube lidar bem, o paciente que está mais tempo aqui, há um apego, criamos vínculo, amizade.” (E2).

“(…) tem mais sofrimento, angústia, tem pacientes que marcam demais e a gente acaba se envolvendo” (E6).

Nessa segunda categoria de análise, reconhecidas as falas das participantes, verificou-se que estas, assim como indicado na literatura^{5,9,18,29}, também encontram dificuldades em lidar com a morte, e também demonstraram sofrimento ao encarar a realidade da finitude da vida. Além dos discursos, tal dificuldade também foi verificada a partir de aspectos não verbais das entrevistas, por exemplo, uma das entrevistadas que começou o diálogo com a fala organizada, quando questionada sobre os sentimentos gerados a partir da morte dos seus pacientes, demonstrou a emotividade, com a manifestação do choro.

O câncer, por se tratar de uma doença que remete à ideia de morte, é capaz de suscitar reflexões (tanto no paciente acometido por ele, quanto nos profissionais de saúde que o assiste) a respeito do sentido da vida²³. A literatura^{6,19,21} indica que há uma tentativa incansável de afastar o momento final, de evitá-lo de qualquer forma. Trata-se, porém, de uma luta vã, visto que a morte coloca fim à vida de todos. Cabe, então, ao profissional de saúde, buscar capacitação quanto a estratégias de enfrentamento (*coping*) para lidar com essa situação que fará parte (em maior ou menor incidência, de acordo com o campo de

atuação, mas, com frequência elevada, em especial, na oncologia) de sua carreira.

c) Formas de preparo para lidar com a morte de pacientes

A literatura indica que há formação formal inconsistente, ou informal/assistemática nos cursos de graduação que preparam profissionais de saúde. Essa acontece de forma esporádica ou em tópicos isolados de disciplinas como “Psicologia Aplicada à Enfermagem”; “Psicologia da Saúde”; “Doença e morte – a relação profissional/paciente”. Mas, mesmo essas, algumas vezes se voltam para a discussão de procedimentos técnicos sobre a comunicação e trato com a morte de pacientes. Há pouco preparo para lidar com a morte e suas consequências emocionais para o profissional, ou sobre como controlar os sentimentos em relação à morte do paciente e/ou comunicação à sua família⁸.

Durante a formação, eventualmente, o acadêmico se depara com a(s) primeira(s) morte(s) de paciente(s). Como não foi preparado para lidar com isso, pode ativar um mecanismo de defesa que promove a fuga e evitação quanto ao fenômeno, assim como produzir uma postura de frieza. Há uma falsa percepção de que o profissional aprenderá sozinho ou por conta própria a lidar com a morte a partir de seu contato com ela em sua experiência profissional e, assim, desenvolverá suas estratégias de defesa para lidar com o fenômeno³¹.

Reconhece-se, então, a necessidade de se organizar, na formação do profissional de saúde, conteúdos que discutam como lidar com a morte, assim como o tema da morte e do morrer, visto que tais temas são condições que se farão presentes na atuação posterior. Isso é importante, inclusive, no quesito de evasão dos cursos, que acontece com alguns acadêmicos ao enfrentar a primeira morte de pacientes^{8,14}.

Não obstante, apesar dessas limitações, verifica-se (como indicado) que já existem diversas estratégias difusas, na formação do profissional de saúde. Além dos conteúdos e tópicos dispersos, há uma tendência de crescimento da preparação para lidar com a morte, em especial ao se considerar a Política Nacional de Humanização, proposta para o Sistema Único de Saúde – SUS, que, desde 2003, delibera sobre a qualificação da atenção oferecida no sistema. Apesar de ainda longe do ideal, acredita-se que tal proposta tenha iniciado as mudanças verificadas quanto à formação, com a promoção do aumento do número de disciplinas que se voltam para as discussões sobre tal preparo, como “Seminário de integração: identidade profissional da enfermagem”; “Enfermagem no cuidado ao adulto”; assim como as anteriormente citadas, nas diversas formações de atuação em saúde^{8,31}, e, em especial, o trabalho de Gonçalves e Nunes⁹, que indica uma percepção mais otimista quanto a essa formação pelo grupo de participantes/respondentes – 45 graduandos do quinto ano de Enfermagem de uma universidade de São Paulo.

Nos resultados da presente investigação, as participantes indicaram a ausência de preparo para lidarem com a morte durante suas respectivas formações. Elas acabam por acolher estratégias tácitas, desenvolvidas a partir de suas experiências pessoais. Isso pode ser verificado nas produções das entrevistadas.

“(…) nas minhas orações, a oração é o que me prepara para a morte dos pacientes” (E5).

“(…) eu sei que deveria fazer terapia, mas não faço” (E6).

Essas estratégias estão de acordo com as tipicamente desenvolvidas por profissionais da saúde que lidam com a morte e que não receberam preparação

formal para isso. A literatura indica o amparo a partir da Crença Religiosa e também a busca do Acompanhamento Psicoterápico (nem sempre efetivado, como aqui evidenciado) como estratégias para auxiliar os profissionais de saúde a lidarem com a morte. Além dessas, indica também: o Distanciamento Afetivo; a Cisão Entre Vida Profissional e Pessoal; o Tempo de Experiência Profissional (que endossa o distanciamento afetivo); a Negação da Morte; e a Intellectualização (Racionalização) da Morte, a exemplo de outras estratégias (nem sempre eficientes) adotadas^{8,14}.

O despreparo da equipe de saúde para lidar com situações de terminalidade tem como consequência para os profissionais a sensação de fracasso diante da missão de curar o doente. De modo inexorável, a morte estabelece os limites do saber e da ação dos profissionais de saúde, e desencadeia muitas vivências emocionais negativas associadas à frustração narcísica que ameaça a realização profissional²⁵.

A finitude é apreendida não como uma parte do ciclo natural da vida, e sim como fracasso, derrota, vergonha, ruptura biográfica, entre outros significados negativos. Desse modo, o momento em que os profissionais se deparam com a iminência da cessação da vida é considerado terrível. A dificuldade de manejar esse processo, por não saberem enfrentar a situação, demanda a utilização de estratégias defensivas mais amadurecidas e profissionais²⁵.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa visou levantar a percepção e dificuldades da equipe de saúde para lidar com o processo de morte e de morrer. A percepção e o trato com a morte e o processo de morrer se modificam, durante séculos, de acordo com as experiências de cada cultura, o momento histórico/cronológico, e,

necessidades dos seres humanos em relação aos papéis sociais a que se incorporam para lidar com o fenômeno. Nesse contexto, o trato com a morte na formação de profissionais da saúde deve ser considerado em termos do reconhecimento de um evento que pode ser frequente em algumas práticas de atuação. Dessa forma, parte da formação dos profissionais que lidam diretamente com a morte e o morrer deve considerar capacitação que compreenda o evento, assim como propor estratégias de enfrentamento desse fenômeno.

Os resultados indicaram que a falta desse tipo de preparo/capacitação promove sofrimento nos profissionais da saúde que lidam com a morte em seu ambiente de trabalho. Ao se lidar com o setor de tratamento oncológico, é lícito reconhecer que a morte é fenômeno que se apresenta de modo mais frequente do que em outras áreas da saúde e, assim, as dificuldades em lidar com a morte se mostram mais incidentes nessa equipe de profissionais.

Para o enfrentamento cotidiano da morte do outro, os profissionais da equipe de saúde, que participaram da pesquisa, buscam apoio nas crenças religiosas e espirituais para encontrar uma explicação para além das causas objetivas que levaram o paciente ao fim da vida. Individualmente, encontram na espiritualidade recursos que contribuem para o desenvolvimento da sensibilidade e maturidade emocional, para o enfrentamento da perda de seus pacientes. Os resultados indicaram também o reconhecimento de outras estratégias de enfrentamento, como a busca de apoio psicológico privado, que, porém, não foi efetivado. A estratégia ficou apenas no campo do desejo, o que a torna pouco eficaz.

Ambas as estratégias são reconhecidas na literatura dentre uma ampla gama de possibilidades de lidar com a morte. Considera-se, aqui, que o preparo desses profissionais, seja na formação inicial, seja na

atualidade de seu exercício profissional, pode ser mais bem desenvolvido com a apresentação de diversas outras estratégias de enfrentamento, por exemplo, a partir de treinamentos e capacitações. Tais preparos podem promover melhoria na qualidade de vida desses profissionais que contariam com maior repertório de estratégias para o enfrentamento de cada situação singular.

Por efeito dos resultados sistematizados, percebe-se a necessidade de futuras investigações acerca da temática, que sejam propositivas no sentido de testarem modelos de capacitação/intervenção (como o treinamento continuado dos profissionais). Essas devem visar, entre outros propósitos, a habilitação dos profissionais da equipe de saúde para lidar com o processo de morte e de morrer dos seus pacientes. É urgente que se recupere a questão da capacitação profissional, focada no desenvolvimento de habilidades e atitudes para lidar com a morte e o morrer, inclusive para a tomada de decisão no fim da vida, além de programas de treinamento prévio ao início da prática profissional como parte da educação de profissionais da saúde.

A implantação de programas centrados na educação para a morte e de estratégias de resolução de problemas e sofrimentos ligados à vida com a morte podem contribuir para a constituição de redes sociais e ampliar os espaços de discussão, nos quais os profissionais da área possam refletir sobre as questões ligadas à morte de forma saudável, vivencial, acolhedora e integrada. Tal capacitação pode advir de parceria com a psicologia, pois esse campo do conhecimento trabalhará questões emocionais da equipe, de modo a contribuir de forma preventiva para a saúde mental dos profissionais da saúde. Essa área de saber também dispõe de repertório de técnicas de intervenção que podem restaurar a tranquilidade e a

saúde mental daqueles que já sofrem com experiências pregressas de morte de pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer – INCA [homepage na internet]. Câncer o que é [acesso em 22 set. 2018]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>
2. Batista DRR, Mattos M, Silva SF. Convivendo com câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm UFSM*. 2015;5(3):499-510.
3. Cavalcanti AN. Estratégias de enfrentamento e apoio social em pacientes adultos em unidade de terapia intensiva. Dissertação [Mestrado em Psicologia] – Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018.
4. Rodrigues RP. Morte e luto: vivências de profissionais da saúde de uma unidade de transplante de células-tronco hematopoiéticas de um hospital oncológico. Dissertação [Mestrado em Ciências] – Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo – USP; 2011.
5. Kovács MJ. Educação para a morte: Desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
6. Teixeira AL. Gestões de vida e morte: um olhar sobre o morrer no contemporâneo. *Ayvu: Revista de Psicologia*. 2016; 2(2):150-71.
7. Almeida CCS, Gallian DMC. A singularidade dos afetos: relatos de médicos frente a uma experiência no laboratório de Humanidades com Nelson Rodrigues na EPM/UNIFESP. *Revista Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad*. 2015; 2(2):72-83.
8. Barros AS, Martins CRM. A percepção do técnico de enfermagem sobre sua formação em Tanatologia. *Rev Psicol UNESP*. 2018;8(1):12.
9. Gonçalves JTRBO, Nunes NAH. Cuidados paliativos: falta de qualificação de profissionais generalistas. *Rev UNINGÁ*. 2018;50(1):27-30.
10. Silva AF, Issi HB, Motta MGC, Botene DZA. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(2):56-62.
11. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(9):2577-88.
12. Moraes CJA, Granato TMM. Narrativas de uma equipe de enfermagem diante da eminência da morte. *Psico (Porto Alegre)*. 2014;45(4):475-84.
13. Peixoto TC, Brito MJ. Protocolos clínicos como dispositivo analítico das relações de poder em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *Saúde Debate*. 2015;39(107):1053-64.
14. Pereira CP, Lopes SRA. O processo do morrer inserido no cotidiano de profissionais da saúde em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev SBPH*. 2014;17(2):49-61.
15. Praxedes AM, Araújo JL, Nascimento EGC. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. *Psicol Saúde Doenças*. 2018;19(2):369-76.
16. Novelino SEV, Finelli LAC. A vivência da morte pelo enfermeiro que atua no setor de oncologia. *Bionorte*. 2014;3(1):19-30.
17. Courtine JJ. Definição de orientações teóricas e construção de procedimentos em Análise do Discurso. *Policromias*. 2016;1(1):14-35.
18. Azevedo FA, Araújo ND, Novais NC, Silva JV, Passos RA. Significados de Morte: o Discurso do Sujeito Coletivo da Enfermagem. *Rev. Ciênc. Saúde*. 2016;6(1):52-8.
19. Angerami-Camon VA (Org.). *E a Psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning; 2003.
20. Kubler-Ross E. *Sobre a Morte e Morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 2017.
21. Arantes DG. O cuidado da vida diante da morte: dimensão psicoafetiva do profissional de enfermagem. Dissertação [Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde] – Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2018.
22. Souza DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto & Contexto Enferm*. 2009;18(1):41-7.
23. Gobatto CA, Araújo TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicol USP*. 2013;24(1):11-34.
24. Inoue TM, Vecina MVA. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. *J. Health Sci. Inst*. 2017;35(2):127-30.
25. Santos MA, Hormanez N. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(9):2757-68.
26. Baldacchino D. Spiritual Care Education of Health Care Professionals. *Religions*. 2015;6(2):594-613.
27. Cronjé FJ, Sommers LS, Faulkner JK, Meintjes WAJ, Van Wijk CH, Turner RP. Effect of a Faith-Based Education Program on Self-Assessed Physical, Mental and Spiritual (Religious) Health Parameters. *J Relig Health*. 2017;56(1):89-108.
28. Fernandes INM, Almeida KR, Rocha FC, Andrade Neto GR, Guedes MS, Gonçalves FF, Rocha MFO, Barbosa HA. Analysis of the lifestyle of oncology health professionals. *J Nurs UFPE Online*. 2018;12(10):2583-9.
29. Nia HS, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016;4(1):2-10.

30. Shorey S, André B, Lopez V. The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2017;68:25-39.
31. Sartori AV, Battistel ALHT. Approaching death in the training of nursing, medicine and occupational therapy professionals. *Cad Bras Ter Ocup.* 2017;25(3):497-508.



ANEXO I – Roteiro de Entrevista

1. Nome: _____

2. Idade: _____ 3. Sexo: _____ 4. Estado civil: _____

5. Profissão: _____

6. Tempo de atuação: _____

6. Filhos: _____

7. Número de horas trabalhadas semanalmente: _____

8. Renda familiar:

até 5 (cinco) salários mínimos

de 5 (cinco) a 10 (dez) salários mínimos

de 10 (dez) a 15 (quinze) salários mínimos

15 (quinze) ou mais

9. Religião (se praticante, qual a frequência): _____.

10. Você se prepara de alguma forma para a morte dos pacientes? De que forma? Você prepara os seus pacientes para a possibilidade de eles próprios virem a morrer em breve?

11. Quais emoções são vividas por você quando toma conhecimento de que um paciente não tem chances, do ponto de vista médico, de sobreviver à doença?

12. Diante da morte de um paciente, como você se sente? Quais emoções são despertadas?

13. Se há sofrimento, o que você faz para diminuí-lo?

14. Já houve, ao longo da sua experiência profissional, alguma morte de paciente com a qual você teve mais dificuldades de lidar?

15. Como você se prepara emocionalmente para lidar com a possibilidade de morte ou com a morte real de seus pacientes?