



**UNISUL**

**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

**DANYELE CRISTINA SANTOS LIMA**

**A CONCEPÇÃO DE MORTE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO  
CONTEXTO HOSPITALAR**

Palhoça

2012

**DANYELE CRISTINA SANTOS LIMA**

**A CONCEPÇÃO DE MORTE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO  
CONTEXTO HOSPITALAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Psicologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Orientador: Prof. Maurício Eugênio Maliska, Dr.

Palhoça

2012

Dedico esse trabalho aos meus pais, aos meus irmãos, ao meu marido e a tia Cris. Com eles aprendo a ser uma pessoa melhor a cada dia.

*O nascimento de um homem é o nascimento de sua dor. Quanto mais ele vive, mais estúpido se torna, porque sua ansiedade para evitar a morte inevitável torna-se mais e mais aguda. Que amargura! Ele vive por aquilo que está sempre fora do seu alcance! Sua sede de sobreviver no futuro faz com que seja incapaz de viver no presente.*

*(Chuang-Tsu)*

## RESUMO

A discussão acerca da temática morte vem ganhando força nas últimas décadas. As dificuldades encontradas por profissionais de saúde no contexto hospitalar têm sido amplamente pesquisadas. O objetivo dessas pesquisas, geralmente, tem sido o de problematizar e refletir meios, que consigam preencher as lacunas promovidas pela falta de estudos sobre tal assunto nesse meio profissional. Este trabalho teve como objetivo identificar a concepção de morte para os profissionais de saúde no contexto hospitalar. A pesquisa foi desenvolvida no núcleo de psicologia e saúde em um hospital geral da Grande Florianópolis, no qual a pesquisadora realizou estágio curricular obrigatório. Para tanto, foi empregada a abordagem qualitativa, utilizando como instrumento a entrevista semi estruturada com perguntas abertas. Foram coletados dados de cinco profissionais de saúde, sendo eles uma médica, dois enfermeiros e duas técnicas de enfermagem. O delineamento foi estudo de campo e os dados coletados foram discutidos a partir da análise de conteúdo. Em consonância com os objetivos específicos, foram elaboradas categorias, à posteriori, a partir das falas mais significativas e de maior frequência nos discursos, foram elaboradas subcategorias. Os resultados sugerem um reconhecimento da necessidade de estratégias, no sentido de oferecer preparo psicológico aos profissionais de saúde que são expostos constantemente a episódios de óbitos, sofrimentos e pacientes em conflito com tais situações. Notou-se que, a falta de informação acerca da temática morte, pode ser um indicativo de que os profissionais de saúde deveriam ter um contato maior no momento da sua formação com disciplinas que trabalhem mais profundamente esse assunto, melhorando assim, as suas bases profissional e psicológica.

**Palavras-chave:** Profissionais de saúde. Concepção de Morte. Prognóstico Reservado. Contexto hospitalar.

## LISTA DE QUADROS

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Quadro 1: | Concepção de morte para os profissionais de saúde.....   | 30 |
| Quadro 2: | Reações e sentimentos nos profissionais de saúde frente à morte na rotina hospitalar .....     | 35 |
| Quadro 3: | O vínculo no cuidado do profissional de saúde com paciente com prognóstico reservado .....     | 42 |
| Quadro 4: | Desgaste psíquico dos profissionais de saúde ao lidar com a morte no contexto hospitalar ..... | 46 |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | 09 |
| 1.1 PROBLEMÁTICA .....   | 10 |
| 1.2 OBJETIVOS .....  | 11 |
| <b>1.2.1 Objetivo Geral</b> .....  | 11 |
| <b>1.2.2 Objetivos Específicos</b> .....   | 11 |
| 1.3 JUSTIFICATIVA .....  | 12 |
| <b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....   | 14 |
| 2.1 A MORTE EM ALGUMAS CULTURAS .....  | 14 |
| 2.2 A MORTE NO OCIDENTE .....  | 17 |
| 2.3 A MORTE NA CONTEMPORANEIDADE .....   | 20 |
| 2.4 A MORTE E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE .....  | 21 |
| <b>3 MÉTODO</b> .....  | 24 |
| 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....   | 24 |
| 3.2 PARTICIPANTES .....  | 24 |
| 3.3 MATERIAIS .....  | 25 |
| 3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE .....  | 25 |
| 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....   | 26 |
| 3.6 PROCEDIMENTOS .....  | 26 |
| <b>3.6.1 Procedimento de seleção dos participantes</b> .....                                   | 26 |
| <b>3.6.2 Procedimento de contato com os participantes</b> .....                                | 26 |
| <b>3.6.3 Procedimento de coleta de dados</b> .....   | 27 |
| <b>3.6.4 Procedimento para análise de dados</b> .....  | 27 |
| <b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS</b> .....   | 28 |
| 4.1 CONCEPÇÃO DE MORTE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....                                    | 28 |
| <b>4.1.1 Situação difícil</b> .....  | 31 |
| <b>4.1.2 Estar (ou não) preparado</b> .....  | 32 |
| <b>4.1.3 Distanciamento</b> .....  | 33 |
| 4.2 REAÇÕES E SENTIMENTOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE A MORTE NA ROTINA HOSPITALAR ..... | 34 |
| <b>4.2.1 A morte jovem</b> .....   | 37 |
| <b>4.2.2 O automatismo frente à morte</b> .....  | 38 |
| <b>4.2.3 Tristeza</b> .....  | 39 |

|   |    |
|---|----|
| <b>4.2.4 Medo da morte</b> .....  | 40 |
| <b>4.3 O VÍNCULO NO CUIDADO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COM<br/>PACIENTE COM PROGNÓSTICO RESERVADO</b> .....     | 41 |
| <b>4.3.1 Vínculo com o paciente</b> .....   | 43 |
| <b>4.3.2 Afeição</b> .....  | 44 |
| <b>4.4 DESGASTE PSÍQUICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AO LIDAR COM<br/>A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR</b> ..... | 45 |
| <b>4.4.1 Estresse</b> .....   | 47 |
| <b>4.4.2 Um inquietante incômodo</b> .....  | 48 |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 49 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 52 |
| <b>APENDICE A</b> .....   | 55 |



## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é decorrente de uma proposta do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. As disciplinas Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) I e II, têm o objetivo de fazer uma conexão entre pesquisa científica e prática profissional, e são realizadas no último ano da graduação, através de estágios orientados.

O tema central desta pesquisa é a morte, buscando especificamente identificar a concepção de morte para os profissionais de saúde no contexto hospitalar. A necessidade de abordar esse assunto é significativa, visto que no contexto do profissional de saúde, muitos autores (PITTA, 1999; KÜBLER-ROSS, 1998; KÓVACS, 2008; ANGERAMI-CAMON, 1984; entre outros), têm discutido sobre o desafio na formação dos profissionais de saúde para lidar com a morte, mais precisamente, com o paciente com prognóstico reservado<sup>1</sup>. É consenso entre eles que faltam disciplinas nas universidades e nos cursos técnicos que assumam essa lacuna no preparo desses profissionais.

O interesse neste tema surgiu a partir de um módulo sobre tanatologia na disciplina Psicologia e Saúde II. O módulo consistiu em estudos de artigos que pesquisaram sobre a morte e os profissionais de saúde, bem como obras sobre a temática morte. Em meio a debates em sala de aula foi identificada a necessidade de pesquisas em hospitais gerais com profissionais de saúde, a fim de reconhecer demandas decorrentes da temática morte no cotidiano desses; nessa perspectiva, o tema foi adotado para este trabalho pela pesquisadora.

Para este estudo, foram explorados na teoria alguns aspectos sobre a temática morte, que são abordados nos capítulos: A morte em algumas culturas; A história da morte no ocidente; A morte na contemporaneidade; e, A morte e os profissionais de saúde. Na sequência, o método de pesquisa, seguido da apresentação e análise de dados, e por fim, as considerações finais.

---

<sup>1</sup> Prognóstico reservado: quando não há mais alternativas de tratamento para atender ao diagnóstico do paciente.

## 1.1 PROBLEMÁTICA

Desde criança o ser humano é educado para a vida, é questionado sobre o que deseja ser quando crescer, e durante todo o seu desenvolvimento cognitivo é levado a refletir sobre a vida, a família, a saúde, a profissão, o sucesso etc. Dificilmente, por exemplo, será falado a um aniversariante: “Parabéns, um ano a menos de sua vida!” Provavelmente isso será considerado uma falha grave de comportamento social, pois de uma forma geral o ser humano não pensa ou fala da morte com naturalidade, sendo assim falamos: “Parabéns, muitos anos de vida!”, e nesse contexto, não há lugar para a morte.

A concepção de morte é um fenômeno cultural, social e histórico. Cada cultura tem a sua forma de encarar a morte, nesse sentido, cada indivíduo demonstra seus sentimentos em relação à morte de acordo com suas crenças e tradição. Para Rodrigues (2006 apud OIGMAN, 2007, p. 2248) “A morte é um produto da história”, isto é, ela se reconstrói em diversos períodos da humanidade.

De acordo com Kovács (2002), o ser humano é mortal, e o principal aspecto que o diferencia dos animais é a consciência de sua mortalidade, pois os animais não a têm. No entanto, o homem, nega essa morte de diferentes formas, uma delas é a busca pela *fonte da juventude*. Pode-se afirmar que nunca houve tanta procura por procedimentos que posterguem o envelhecimento, ou melhor, que prolonguem a juventude. Na sociedade atual, a morte ainda é considerada um tabu, e as pessoas que insistem em discutir sobre o assunto, muitas vezes são rotuladas como mórbidas. Para a grande maioria, a morte só é concebível com o outro, ou seja, mais uma tentativa de negar a própria mortalidade, desta vez, a ignorando.

Em nosso inconsciente, não podemos conceber nossa própria morte, mas acreditamos em nossa imortalidade. Contudo, podemos aceitar a morte do próximo, e as notícias do número dos que morrem nas guerras, nas batalhas e nas auto-estradas só confirmam a crença inconsciente em nossa imortalidade, fazendo com que – no mais recôndito de nosso inconsciente – nos alegremos com um “ainda bem que não fui eu” (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 18).

A morte desperta o medo no ser humano, Kovács (2002, p. 15) afirma que “O medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos, independente da idade, sexo, nível

socioeconômico e credo religioso.” E o mais comum é esse medo vir acompanhado pela ansiedade, que é uma resposta a uma preocupação. Quanto maior a ansiedade, maior o medo da morte.

A formação das ciências humanas está habituada a privilegiar a promoção da saúde objetivando a cura, contudo, em alguns casos em que não há mais o que fazer para conter a enfermidade, resta apenas, ajudar o paciente a esperar a chegada da temida morte. E quando a morte está no cotidiano? Quando o profissional de saúde é submetido repetidas vezes, a vivenciar a morte de pacientes? Como esse sujeito concebe a morte e como essa concepção age na sua profissão? Com o objetivo de sanar estas questões cabe então perguntar: **Qual a concepção de morte para os profissionais de saúde no contexto hospitalar?**

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Verificar a concepção de morte para os profissionais de saúde no contexto hospitalar.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a concepção de morte para os profissionais de saúde;
- Identificar as reações e os sentimentos nos profissionais de saúde frente à morte na rotina hospitalar;
- Verificar o vínculo no cuidado dos profissionais de saúde com paciente com prognóstico reservado;
- Verificar se há desgaste psíquico dos profissionais de saúde ao lidar com a morte no contexto hospitalar.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela importância do entendimento de como o profissional de saúde concebe a morte, e como essa concepção age em seu meio de trabalho. Verificando as dificuldades e carências desses profissionais, é possível sugerir meios que visem capacitar e preencher as lacunas desse ambiente de trabalho, dentre eles: a inclusão de disciplinas pertinentes ao tema na graduação e/ou cursos técnicos que possam preparar o estudante para o melhor desempenho de seu trabalho quando formado.

Combinato (2005, p. 43) afirma que “Entre a vida e a morte, o paciente é impedido de sentir e expressar suas emoções, destinado a um sofrimento solitário e discreto. Isso porque os profissionais – que lidam diariamente com a morte – não estão preparados para lidar com tal situação”. Ou seja, o profissional de saúde tem formação para curar a doença e, na melhor das hipóteses, para promover a saúde, porém, não há formação para lidar com a morte.

A relevância social consiste em constatar qual é o tratamento dispensado pelo profissional de saúde ao paciente com prognóstico reservado. Essa constatação pode apontar as carências no âmbito da capacitação desses profissionais nas situações em que não há mais uma medida terapêutica para a recuperação do paciente. Uma vez que os profissionais estiverem preparados para circunstâncias adversas acerca da morte, ele próprio se beneficiará com melhores condições de entendimento sobre a realização do seu trabalho.

O estresse e o desgaste psicológico do profissional de saúde podem acarretar o agravamento, por exemplo, para uma Síndrome de Burnout<sup>2</sup>. Angerami-Camon (1984, p. 105) afirma que a equipe hospitalar:

[...] vê-se então na responsabilidade de cuidar do paciente e de sua doença de maneira infalível. O cuidar do paciente irá provocar tensão nesse profissional na medida em que não tenha lidado ou elaborado seus sentimentos de onipotência, que na maioria das vezes não é manifesto, embora seja determinante da maioria dos procedimentos assumidos por esses profissionais.

---

<sup>2</sup> Síndrome de Burnout: é conhecida também como síndrome do esgotamento profissional, é um distúrbio psíquico. Sua principal característica é o estado de tensão emocional e estresse crônicos provocado por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes.

A saúde biopsicossocial do profissional deve ser tratada como um ponto essencial, pois, irá irradiar diretamente na abordagem dispensada aos pacientes. Supondo que um profissional de saúde faça uso de uma abordagem mecânica e despersonalizada, quando muitas vezes esse paciente pode estar carente de um apoio emocional, essa abordagem não vai contribuir para suprir essa necessidade, isto é, um tratamento humanizado pode facilitar a compreensão do paciente sobre a sua doença, tal conscientização pode ajudá-lo a encarar a enfermidade, e talvez, aceitar a aproximação de sua morte.

Santos (2003) realizou um estudo sobre os profissionais de saúde e a morte. Nesse trabalho ele aborda fatores pessoais e sociais que podem influenciar o atendimento da equipe de enfermagem de uma unidade de cuidado intensivo em um hospital de grande porte. Para tanto foi criado um grupo de apoio psicológico. Santos (2003, p. 1) defende a importância desse tipo de suporte para os profissionais, de modo que “os achados realçam a efetividade do grupo como recurso para apoio psicológico para questões relacionadas ao estresse ocupacional [...]”. Gutierrez e Ciampone (2007) em estudo sobre as concepções culturais da morte e o morrer no contexto dos profissionais de enfermagem em UTIs, afirmam que:

Estudar as concepções culturais do processo saúde-doença-morte nas diferentes sociedades podem possibilitar aos profissionais de enfermagem compreenderem seus próprios valores e crenças diante do processo de morrer e da morte bem como suas atitudes e ações relacionadas com as questões do cotidiano que influenciam a sua vida pessoal e profissional (GUTIERREZ & CIAMPONE, 2007, p. 2)

A dissertação de mestrado de Combinato (2005) trata de investigar a concepção de morte e atuação de profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva e implicações educacionais. Na conclusão de seu trabalho, Combinato (2005, p.15) ressalta “[...] a priorização da educação sobre a morte e o morrer no processo de formação profissional [...]” concluindo que essa falta, muitas vezes, prejudica o desempenho da atuação do profissional de saúde no contexto hospitalar.

Com base nos estudos citados, pode ser verificada a importância do desenvolvimento de disciplinas na formação técnica e/ou acadêmica que tendem a suprir as demandas acerca da morte. Esse trabalho pode ser estendido para médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, enfim, todos os profissionais que abrangem a equipe da saúde no contexto hospitalar.

A preocupação em atender as necessidades dessa área está diretamente ligada ao bem estar do profissional e do paciente, isto é, a especialização de um em benefício de ambos. Para tanto, são necessárias pesquisas que busquem identificar os aspectos da demanda dos profissionais de saúde, que possam fornecer subsídio ao desenvolvimento de recursos que a atendam. Contudo, este trabalho pode contribuir para futuros estudos sobre o assunto, uma vez que será apontada a realidade de profissionais de saúde em um hospital geral de grande porte, acerca da temática da morte.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Neste capítulo serão abordados alguns pontos teóricos importantes para o entendimento desta pesquisa. O primeiro subcapítulo trata da morte em algumas culturas. O segundo subcapítulo abrange a história da morte no ocidente. O terceiro subcapítulo aborda um panorama sobre a morte na contemporaneidade. E finalmente, o último subcapítulo compreende a morte e os profissionais da saúde.

### **2.1 A MORTE EM ALGUMAS CULTURAS**

O Oriente é composto por culturas que para a maioria dos ocidentais são misteriosas e místicas. Estudar esses povos remonta a uma civilização que viveu há milhares de anos, onde há tradições milenares intactas. Os países orientais, principalmente Índia e Tibete, são invadidos durante todo o ano por ocidentais em busca de elevação espiritual, autoconhecimento, mas principalmente, um sentido para a vida. Sendo assim, as práticas religiosas atraem pessoas do mundo todo.

O entendimento sobre a morte no Oriente é o de que ela faz parte da vida, e que o ser humano deve compreendê-la como tal. Para o homem oriental, a vida está conectada diretamente com a natureza, que por sua vez, proporciona tudo o que ele precisa para viver e que, portanto, deve ser respeitada e reverenciada. De acordo com Massa (2008, p. 158) “no pensamento oriental, filosofia, religião e

poesia se misturam”. Pode-se entender que no Oriente a história relativa ao homem e suas práticas, tanto religiosas como políticas, sempre estão fundamentadas em tradições sagradas, esse conhecimento é transmitido em sua essência de geração a geração, fundamentado em uma revelação divina (MASSA, 2008).

No Oriente há diversas culturas e religiões que compreendem a morte de forma bem diferente do Ocidente, tais como o budismo, hinduísmo, taoísmo e xintoísmo. O budismo é composto pelos ensinamentos deixados por Sidhartha Gautama, ou Sakyamuni, o Buda histórico, que viveu aproximadamente entre 563 e 483 a.C. na Índia. Desde então o budismo se espalhou para a Ásia Central, Tibete, Sri Lanka, Sudeste Asiático, China, Coréia, Vietnã e Japão.

Estudando a morte, constata-se que para os budistas há a crença da reencarnação. Curiosamente, logo após a morte de grandes mestres, começa um trabalho na busca por sua reencarnação. Rinpoche (1999, p. 13) explica que “eles são escolhidos ainda jovens e uma educação especial lhes é dada para que se tornem os mestres do futuro”, isto é, para eles a morte é a passagem para uma nova vida.

O budismo revela que a vida e a morte são um todo, no qual a morte é um começo de um novo capítulo da vida, um espelho que reflete todo o significado de uma vida. Nessa compreensão, toda a existência do ser humano é dividida em quatro fases continuamente interligadas: a vida; o morrer e a morte; o após a morte; e o renascimento. A vida é o período do ser humano desde quando nasce até a sua morte. O morrer e a morte é entendido quando a pessoa se prepara para receber a morte. O pós-morte é onde a pessoa tem contato com a realidade absoluta. E o renascimento é o momento em que acontece a reencarnação. Essas fases são conhecidas como os quatro bardos<sup>3</sup> natural desta vida; o doloroso bardo da morte; o luminoso bardo do *dharmata*<sup>4</sup>; e o bardo cármico do vir a ser (Rinpoche, 1999).

A descoberta ainda revolucionária do budismo é que a vida e a morte estão na mente, e em nenhum outro lugar. A mente é revelada como a base universal da experiência – criadora da felicidade e criadora do sofrimento, criadora do que chamamos vida e do que chamamos morte (RINPOCHE, 1999, p. 73).

---

<sup>3</sup> Bardo: Estado intermediário entre a morte e o renascimento. Está continuamente ocorrendo tanto na vida quando na morte (RINPOCHE, 1999).

<sup>4</sup> *dharmata*: “A realidade absoluta; a essência pura de toda a realidade” (RINPOCHE, 1999, p. 30).

O budismo acredita que a ajuda aos que estão morrendo deve incluir a possibilidade de ajuda espiritual, porque só com o conhecimento espiritual pode-se de fato encarar e compreender a morte. Tanto os budistas quanto os hindus crêem que o pensamento que aflora no sujeito quando ele morre é o que determina o caráter de sua próxima reencarnação. Nesse sentido, vigora nessa religião a compreensão da natureza da mente durante a vida do indivíduo, desse modo, ele se prepara para quando a morte se revelar.

A religião mais antiga do mundo, segundo Massa (2008), é o hinduísmo que data de 2000 a 1500 anos aC. Abrange diversas crenças e práticas espirituais, é politeísta, e é caracterizada pela prática de meditação e ioga e segue os conceitos de carma e reencarnação. Resumidamente, os cultos são realizados aos descendentes da divindade suprema, Brahma, que Massa (2008, p. 159) descreve como “o princípio divino não personalizado que é a origem e raiz de toda a consciência que evolui neste mundo. O *Trimurti* é a trindade constituída por Brahma, Shiva e Vishnu”.

Os seres possuem um espírito (atman), que é uma força perene e indestrutível. A trajetória desse espírito depende de suas ações, pois a toda ação corresponde a uma reação – ‘*Lei do Carma*’ ou ‘*Lei de Causa e Efeito*’. Enquanto os seres não atingem a libertação final – chamada de ‘*moksha*’ – passam continuamente por mortes e renascimentos. Este ciclo é denominado ‘*Roda de Amsara*’ da qual só se escapa após atingir a Iluminação. As práticas espirituais objetivam renascimentos cada vez mais puros até a libertação final (MASSA, 2008, p. 159-160).

Quanto à morte, o hinduísmo é uma religião que crê na purificação da alma através da reencarnação regida pela lei do carma, para tanto, o indivíduo deve seguir sua vida com a obediência, o conhecimento através da meditação e ioga e a devoção a Deus, sendo que essas práticas devem estar aliadas a alimentação vegetariana, pois, a comida deve ser pura, livre de morte e sangue, ou seja, as práticas espirituais objetivam um nascimento cada vez mais puro.

A religião mais antiga e marcante do Japão é o xintoísmo, originária desse país, caracteriza-se pelo culto a natureza e aos espíritos dos antepassados, ambos denominados *kamis*. É politeísta e possui ênfase na purificação espiritual e, inclusive, admite o conceito de reencarnação. Já o taoísmo é uma religião autóctone da China, derivada de crenças panteístas e práticas xamânicas, sendo que “foi formulado por Lao Tse, que escreveu seu texto fundamental, o *Tao Te King* e, ao



longo da história, assimilou fundamentos do *I Ching*, certos conceitos e práticas budistas e alquímicas, além do culto aos antepassados” (MASSA, 2008, p. 160).

As perspectivas das religiões e culturas orientais cultivam a purificação espiritual através de práticas semelhantes, como a meditação, alimentação e a crença na reencarnação, cujo princípio de ordem universal é a reverência a divindades, natureza e antepassados. O carma é a doutrina de base religiosa para essas culturas, preconiza que o indivíduo deve renascer como humano ou animal, vivendo de acordo com suas ações da vida anterior. Atualmente, no Ocidente, encontra-se muitos aspectos semelhantes a essas filosofias na crença espírita, que acredita na reencarnação como forma de aprimoramento espiritual, em que o indivíduo pode resgatar os erros de vidas passadas, onde a morte é apenas uma passagem para uma nova vida.

## **2.2 A MORTE NO OCIDENTE**

Ao examinar a história da morte no Ocidente, foram identificadas divergências entre autores (ELIAS, 2001; ARIÈS, 2003), que abordaram essa temática em suas obras. Essas dissensões acerca da temática da morte remetem ao processo de compreensão individual de cada um. Contudo, é relevante levar em consideração o ponto de vista do autor, a perspectiva da época, o ponto de vista do país, o ponto de vista das filiações ideológicas e principalmente a metodologia científica.

Para este capítulo, foi preciso adotar uma perspectiva imparcial para refletir sobre as obras utilizadas para a fundamentação teórica, levando em consideração a investigação de elementos que contribuíssem no desenvolvimento do trabalho e não de uma verdade absoluta do que realmente ocorreu no curso da história da morte no ocidente.

Elias (2001) faz uma crítica à obra de Ariès, alegando que é bem documentada, porém, é uma tentativa de apresentar o comportamento dos ocidentais diante da morte. Pontua que a obra entende a história como uma simples descrição a partir da seleção de fatos e que Ariès se baseia em uma opinião preconcebida.

Ele tenta transmitir sua suposição de que antigamente as pessoas morriam serenas e calmas. É só no presente, postula que as coisas são diferentes. Num espírito romântico, Ariès olha com desconfiança para o presente inglório em nome de um passado melhor. Embora seu livro seja rico em evidências históricas, sua seleção e interpretação dessas evidências devem ser examinadas com muito cuidado (ELIAS, 2001, p.19).

Elias (2001) assevera que o ser humano sempre teve medo da morte, contudo, no passado esse medo era menor porque a morte era um assunto mais aberto e frequente, principalmente no núcleo familiar. Salienta que a literatura popular demonstra isso, tanto que os mortos e a morte estavam constantemente estampados em poemas.

A Idade Média era composta por clero, nobreza e povo. A partir do século X, fica mais evidente a violência, as epidemias estavam espalhadas por toda a Europa e a falta de comida era constante aos pobres. A diferença social entre o povo e a nobreza era gritante, “[...] a vida na sociedade medieval era mais curta; os perigos, menos controláveis; a morte, muitas vezes mais dolorosa; o sentido da culpa e o medo da punição depois da morte, a doutrina oficial” (ELIAS, 2001, p. 23).

Em contraste com a opinião do sociólogo alemão Norbert Elias, o historiador francês Ariès (2003) relata que em meados do século X, os rituais de morte eram executados de forma prática e simples, alega que a pessoa pressentia sua morte e conduzia seus últimos momentos. A família, inclusive as crianças, e amigos eram reunidos e, todos tinham passagem livre ao quarto do moribundo que esperava a morte no leito, e que os ritos da morte eram aceitos e cumpridos com simplicidade sem dramatizações ou manifestações emocionais excessivas.

Para Ariès, (2003) durante séculos ou milênios as pessoas morriam calmamente e aceitavam a morte com naturalidade e sem medo. Havia o medo dos mortos, isso é verificado a partir da localização dos cemitérios na época, normalmente nas imediações das cidades, evitando a aproximação dos lares. “O mundo dos vivos deveria ser separado do mundo dos mortos” (ARIÉS, 2003, p. 36). O homem aceitava a morte como fazendo parte de sua natureza, não havia menções nem hesitações a morte, simplesmente era aceita como parte natural da vida de cada um, havia um distanciamento menor.

Ariès (2003, p. 31) aponta que, “no cristianismo primitivo, o morto era representado de braços estendidos em atitude de oração. Espera-se a morte deitado, jacente. Esta atitude ritual é prescrita pelos liturgistas do século XIII”. No entanto, o nível social do medo da morte não foi contínuo durante a Idade Média,

sendo veemente aumentado durante o século XIV, com o crescimento das cidades e o grande número de morte decorrente das epidemias.

No século XIV, surge mais evidente o medo da morte. A violência era comum, bem como os conflitos, as guerras, os mendigos etc. Os religiosos reforçavam o medo da morte, asseverando a punição no fim da vida e cultivando a culpa. O medo do castigo após a morte e a ansiedade pela salvação da alma emergiam tanto em ricos como em pobres, com a diferença de que os ricos sustentavam a igreja, já os pobres rezavam e se arrependiam.

A morte para os ocidentais começa a mudar mais nitidamente no século XVIII, o foco deixa de ser a morte de si mesmo e passa a ser a morte do outro, isto é, o sujeito passa a não dar tanta importância para o seu cerimonial fúnebre e passa a dramatizar a morte do outro, que na sua falta desperta a saudade. “[...] o outro cuja saudade e lembrança inspiram, nos séculos XIX e XX, o novo culto dos túmulos e dos cemitérios” (ARIÈS, 2003, p.64).

Em meados do século XIX nota-se um ocultamento da morte, mais precisamente, torna-se um assunto obscuro, implicitamente proibido, como algo latente a vida do ser humano, no entanto, que não puderam ver diretamente nos lares, nos meios de comunicação etc. Para Ziegler (1975), esse desaparecimento da morte surge como um modo de priorizar o bem estar do consumo das sociedades industriais.

A ruptura no modelo de entendimento e aceitação da morte ganha força na segunda metade do século XX, onde a verdade começa a ser problematizada. No intuito de poupar o moribundo, a família tende a não falar a verdade sobre a sua enfermidade. Deste modo, entre a década de 1930 a 1950, há um deslocamento da morte de casa para o hospital, onde há cuidados que não se pode oferecer em outro lugar que não seja esse (ARIÈS, 2003).

A tanatologia surgiu em meados dos anos 70, segundo Ziegler (1975), o profissional dessa prática tinha a função de atuar nos hospitais ajudando o enfermo a morrer sem alarde, nesse cenário, a morte acaba por ser mais um produto lucrativo do sistema econômico. Com isso, a morte é afastada definitivamente do ambiente doméstico.

Ziegler (1975) faz uma crítica ao capitalismo, alegando que a sociedade ocidental deixa nítido que não sabe o que fazer dos mortos. Salaria que essa sociedade se aterroriza com os indivíduos que deixam de produzir, consumir,

responder a apelos publicitários, enfim, deixa de participar do capitalismo mercantil que já era evidente desde essa época. Fala ainda, da rapidez do processo fúnebre, para que se retire o quanto antes a presença da morte.

Os ruídos da cidade mascaram o terror. Misturado ao tráfego, um cortejo atravessa a cidade. Um recinto reservado o recebe. Por detrás de uma sebe, a fossa aberta algumas palavras à borda do túmulo, sempre as mesmas, aliás, de significado e banalidade que parecem uma derradeira agressão. Uma alteração no registro civil, uma distribuição de bens, simples ou complicada, e só (ZIEGLER, 1975, p. 142).

No curso da história ocidental, os problemas enfrentados pelos indivíduos e sociedade mudam, porém, de forma organizada. Observando atentamente é visível uma ordem na sucessão de problemas sociais humanos que acompanham cada estágio da história. Elias (2001, p.25) afirma que “No curso do nítido surto civilizador que teve início há quatrocentos ou quinhentos anos, as atitudes das pessoas em relação à morte e a própria maneira de morrer sofreram mudanças, junto com muitas outras coisas”.

### **2.3 A MORTE NA CONTEMPORANEIDADE**

Há uma tendência no homem em acreditar na imortalidade e se afastar da ideia de morte. O avanço da medicina proporciona maior expectativa de vida, isto é, a vida tornou-se previsível. O moribundo morre sozinho em hospitais cercados de aparelhos, longe dos familiares. Diferente do passado, onde a morte era mais presente no núcleo familiar. Hoje se faz de tudo para escondê-la, um exemplo é a oposição dos adultos diante da familiarização das crianças com a morte.

A contemporaneidade vive uma etapa de negação, em que a morte é ocultada e falar dela não é de bom tom. É clássica a afirmação de que a morte substituiu o sexo, este agora mais vivido e exposto, enquanto que a morte tornou-se pornográfica. “[...] a ideia da morte, o medo que ela inspira, persegue o homem como nenhuma outra coisa; é uma das molas mestras da atividade humana [...]” (BECKER, 1995, p. 9).

A sociedade atual preserva uma ciência médica que busca intensamente postergar a morte, frequentemente, não é possível ao enfermo morrer em casa, ou

mesmo num estado de tranquilidade mental, pois o mesmo encontra-se em um hospital sob o efeito de algum medicamento, que geralmente, é solicitado pela família para prolongar a vida desse sujeito em vista de um desejo desesperado de lutar contra a morte.

Há de se considerar as mudanças conquistadas nos últimos anos, isto é, na década de 70, Ziegler (1975, p. 149), faz uma análise da linguagem hospitalar americana, ele afirma que:

Apesar de uma estratégia quase perfeita de ocultação da morte, veremos que em certo momento da agonia quase todos os moribundos tentam, num último instante de muda violência, arrancar os instrumentos que os ligam aos aparelhos de sobrevivência, a fim de recuperar o direito singular que a sociedade lhes recusa – o de viver a própria morte.

No Brasil, em novembro de 2006, foi aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, a *Resolução nº 1.805/06*, que permite ao médico “*limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade do doente ou de seu representante legal*”. Nesse contexto, o paciente passa a ter autonomia de escolher o que quer para si.

É comum nas reuniões, seja de lazer ou a trabalho, evitar falar sobre a morte. Geralmente quando o tema é mencionado alguns comportamentos para mudar de assunto são manifestados, como bater com o punho fechado na madeira e dizer que atrai, por exemplo. Entretanto, as perspectivas a esse respeito estão mudando, visto que diversos autores na área da saúde, sociologia e antropologia (PITTA, 1999; ELIAS, 2001; LEIS, 2003, entre outros) estão produzindo trabalhos sobre o tema no sentido de retificar a forma como a morte é encarada na contemporaneidade.

## 2.4 A MORTE E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O termo *Hospice* é derivada de *hospitium*<sup>5</sup>, que de acordo com a história, eram fornecidos cuidados a viajantes, enfermos e pobres da Idade Média (OLIVEIRA, 2008). A primeira referência a atendimentos que se assemelham aos

---

<sup>5</sup> *Hospitium*: vocábulo latino cujo significado é hospedagem.

cuidados paliativos datam de Hipócrates 460 aC. A notícia mais antiga sobre esse tipo de instituição é a do Hospício do Porto de Roma, século V, onde Fabíola, discípula de Jerônimo, atendia viajantes que vinham da Ásia, África e do Leste (CORTES, 1988 apud OLIVEIRA 2008).

Em 1967, Cicely Saunders, enfermeira e assistente social inglesa, fundou em Londres o *St Christopher Hospice* e criou um método de atendimento para dar conforto, assistir e sedar pacientes com prognóstico reservado. Esse movimento foi denominado de Movimento Hospice Moderno. Mais tarde, Cicely Saunders estudou medicina e formou-se aos 40 anos de idade. Esse trabalho era conduzido e dirigido por enfermeiros e consistia em atender não só as necessidades físicas do moribundo, mas também, emocionais e espirituais. Esse método concebe que a morte e o morrer fazem parte da existência do indivíduo sendo uma importante experiência, tal como a vida o é.

Nessa instituição, o fator predominante era a qualidade de vida para os pacientes que estavam para morrer e esse trabalho deveria ser feito da forma mais positiva possível. “A estrutura do *St Christopher* permitiu não apenas a assistência aos doentes, mas esforços de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países” (PESSINI, 2005 apud OLIVEIRA, 2008 p. 18). No início dos anos 70, Cicely Saunders encontra-se com a psiquiatra Kübler-Ross, estendendo o seu trabalho aos Estados Unidos, fazendo com que lá também houvesse o crescimento desse método de atendimento. Cicely Saunder faleceu em 14 de julho de 2005 aos 87 anos.

Em 1982 o comitê de Câncer da OMS (Organização Mundial de Saúde), criou uma equipe responsável por priorizar políticas que tivessem o objetivo de criar medidas terapêuticas para doentes com câncer e que pudessem ser estendidas a todos os países. O termo “cuidados paliativos” passou a ser adotado pela OMS por não haver possibilidade de uma tradução fidedigna do termo *Hospice* em alguns idiomas (OLIVEIRA, 2008). Em 1986 a OMS tem sua primeira definição de Cuidados Paliativos:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do Cuidado paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares. (OLIVEIRA, 2008, p.18)

Em 2002 essa definição foi revisada e ampliada para atender a todas as enfermidades, portanto, foi substituída pela atual:

Cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (OLIVEIRA, 2008, p.18)

Atualmente, no hospital, o paciente com uma doença progressiva ativa e/ou com risco de morte iminente, independente de sua situação, sempre será orientado sobre as alternativas de vida e nunca sobre as de morte. Lembrando que são os acontecimentos no hospital que podem subsidiar estudos do fenômeno morte, já que é o local onde ela mais incide. Para Kovács (2002, p. 235) “o profissional de saúde pode reexperimentar medos infantis de separação, de abandono e o medo da sua própria mortalidade” no contato cotidiano com a morte.

O distanciamento dos profissionais de saúde perante pacientes com prognóstico reservado já foi pesquisado por alguns autores. Brim (1960 apud Kovács 2002) argumenta que alguns médicos negam seus sentimentos em relação à morte, tais como: a impotência, a raiva e a culpa. Explica que a impotência refere-se à perda de pacientes, a raiva por dar esperanças sobre a vida quando esta já não é mais possível, e a culpa decorrente aos dois sentimentos anteriores.

Com dita ciência, aqueles que morrem são preparados a esperar sempre um pouco mais de vida, assim até o derradeiro minuto. Isto é, mal poderíamos chamar de “ciência da morte” a uma ciência médica que não tem nada a dizer sobre o fenômeno da morte, já que seu principal objetivo é encontrar a cura para todas as causas da morte (LEIS, 1999, p. 4).

Como ajudar o paciente a morrer bem? Essa é uma questão que pode fazer parte da formação profissional nas ciências da saúde, porém, a atuação dos profissionais da saúde remete a cura e/ou estabilização das funções vitais. Mesmo com toda a cultura dos cuidados paliativos, a realidade das enfermarias que tratam de pacientes com prognóstico reservado é outra. Pesquisas mostram a dificuldade do profissional de saúde em lidar com a temática “morte”, com o moribundo e com sua saúde psíquica (SANTOS, 2003; COMBINATO, 2005; GUTIERREZ e CIAMPONE, 2007).

### 3 MÉTODO

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta é uma pesquisa exploratória que visou atender o seguinte questionamento: “Qual a concepção de morte para os profissionais de saúde no contexto hospitalar?”. A abordagem utilizada é a qualitativa, sendo a mais adequada, uma vez que a coleta de dados ocorreu a partir do instrumento entrevista semi estruturada, a qual estimula o entrevistado a pensar livremente sobre o que será questionado, dessa forma, fazendo emergir aspectos subjetivos, motivações não explícitas ou conscientes de maneira espontânea. O delineamento da pesquisa é a partir do estudo de campo, ou seja, os participantes serão entrevistados no local de trabalho, onde o fenômeno morte se manifesta.

#### 3.2 PARTICIPANTES

A população alvo desta pesquisa é composta por profissionais de saúde que atuam em unidades de pacientes com prognóstico reservado ou com risco iminente de morte de um hospital geral da Grande Florianópolis. O grupo de entrevistados é composto dos seguintes profissionais: uma médica, dois enfermeiros, duas técnicas de enfermagem, totalizando cinco profissionais. Tendo em vista que nesse hospital a equipe de saúde é composta basicamente por médicos e enfermeiros, entendeu-se que esses profissionais apresentaram dados factíveis para o desenvolvimento da pesquisa.

A fim de preservar a identidade dos sujeitos de pesquisas, foi utilizado a letra S seguida de um número para demonstrar os dados de cada um, são eles: S1, S2, S3, S4 e S5 respectivamente. Abaixo o quadro de participantes:



| SUJEITO          | IDADE | SEXO      | ESCOLARIDADE  | PROFISSÃO          | EXPERIÊNCIA |
|------------------|-------|-----------|---------------|--------------------|-------------|
| <b>Sujeito 1</b> | 36    | Masculino | Superior      | Enfermeiro         | 13 anos     |
| <b>Sujeito 2</b> | 38    | Masculino | Superior      | Enfermeiro         | 12 anos     |
| <b>Sujeito 3</b> | 33    | Feminino  | Técnico       | Téc. de enfermagem | 06 anos     |
| <b>Sujeito 4</b> | 22    | Feminino  | Técnico       | Téc. de enfermagem | 01 ano      |
| <b>Sujeito 5</b> | 50    | Feminino  | Pós-graduação | Médica             | 27 anos     |

Quadro 1 - Perfil dos sujeitos pesquisados.  
Fonte: Elaboração da autora, 2012.

### 3.3 MATERIAIS

Os seguintes materiais foram utilizados: um gravador de voz, caneta, prancheta, folha A4 contendo o roteiro da entrevista semi estruturada e os termos de consentimento livre e esclarecido.

### 3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

A entrevista foi realizada em uma das salas de estudo da unidade da Universidade do Sul de Santa Catarina - Unisul, situada em um hospital geral da Grande Florianópolis. Nessa unidade, são realizadas supervisões de estágios curriculares obrigatórios dos cursos de psicologia, nutrição e naturologia da Unisul. A pesquisadora, cumpre seis horas de estágio curricular obrigatório do curso de psicologia, do núcleo da psicologia da saúde, nessa unidade de ensino da Unisul no hospital.

### 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi elaborado a partir de entrevista semi estruturada que possui um roteiro predefinido, composto de questões abertas que tratam de atender os objetivos da pesquisa. Questões como idade, sexo, religião, entre outras, foram feitas a fim de definir o perfil do sujeito de pesquisa.

### 3.6 PROCEDIMENTOS

#### **3.6.1 Procedimento de seleção dos participantes**

A seleção dos participantes foi de acordo com o perfil proposto na pesquisa. Contudo, a pesquisadora abordou profissionais com os quais teve contato durante o seu estágio obrigatório na instituição, acatando o perfil adequado para a pesquisa e, respeitando a disponibilidade de cada um, inclusive da entrevistadora, a conceder a entrevista.

#### **3.6.2 Procedimento de contato com os participantes**

O contato entre hospital geral e pesquisadora foi intermediado pela coordenadora dos estágios da Unisul nesse local. Já o contato com os profissionais foi feito pessoalmente pela pesquisadora durante o expediente de trabalho dos mesmos, após breve apresentação do tema da pesquisa. Por se tratar de um assunto que pode emergir fortes emoções, foi esclarecido e reafirmado o direito do participante de desistir da entrevista a qualquer momento. Para os sujeitos que concordaram em participar, as condições ambientais para a coleta de dados foram explicitadas e os horários agendados, a pesquisadora se colocou a disposição para entrevistar os médicos em seus consultórios caso fosse necessário.

Durante o contato inicial, descrito anteriormente, foi agendado a entrevista com cada participante, sendo que dos oito médicos convidados a participar, somente um deu retorno e demonstrou interesse e realmente participou. Os demais não retornaram o convite e não responderam aos contatos feitos por e-mail e telefone. Quanto aos demais profissionais, o convite foi atendido de imediato, não havendo maiores obstáculos para a coleta de dados.

### **3.6.3 Procedimento de coleta de dados**

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul conforme registro no CEP nº 11.684.7.07 III e parecer emitido no dia 5 de março de 2012. As entrevistas ocorreram em sala fechada e sem interrupções de acordo com a disponibilidade do sujeito de pesquisa e pesquisadora. O tempo de cada entrevista oscilou entre vinte e cinco a quarenta minutos e foram em dias alternados.

Durante os encontros foi novamente informado o objetivo da pesquisa e o tempo médio de duração da entrevista. Todos entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e concluíram sua participação de acordo com as normas do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul.

### **3.6.4 Procedimento para análise de dados**

O conteúdo obtido na coleta de dados se deu a partir de entrevista semi estruturada, que foi gravada com a devida autorização do participante, e posteriormente transcrita em sua íntegra para análise. A partir das transcrições, foram organizados os dados em categorias em função das respostas de maior frequência dos participantes e nomeadas com base no seu conteúdo e nos objetivos específicos, em seguida, verificados a partir da análise de conteúdo (BARDIN, 1997), que constitui o método adotado para a interpretação dos dados.

As categorias elaboradas foram: concepção de morte para os profissionais da saúde, com as subcategorias: situação difícil, estar ou não preparado, certeza, distanciamento e passagem; reação e sentimentos nos profissionais da saúde frente à morte na rotina hospitalar, com as subcategorias: a morte jovem, o automatismo frente à morte, tristeza e medo da morte; o vínculo no cuidado dos profissionais de saúde com o paciente com prognóstico reservado, com as subcategorias: vínculo com o paciente e amizade; e por fim a categoria desgaste psíquico dos profissionais de saúde, ao lidar com a morte no contexto hospitalar, com as subcategorias estresse e um inquietante incomodo.

## **4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS**

Este capítulo de apresentação e análise de dados está dividido em quatro subcapítulos, com categorias e subcategorias respectivamente. O primeiro subcapítulo irá tratar da categoria referente à concepção de morte para os profissionais de saúde. O segundo subcapítulo fará referência sobre reações e sentimentos nos profissionais de saúde frente à morte na rotina hospitalar. O terceiro subcapítulo será identificado o vínculo no cuidado dos profissionais de saúde com paciente com prognóstico reservado. E no quarto e último subcapítulo em que serão verificados se há desgaste psíquico dos profissionais de saúde ao lidar com a morte no contexto hospitalar.

### **4.1 CONCEPÇÃO DE MORTE PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

No cotidiano das pessoas que não lidam com a morte, de modo geral, parece mais fácil não pensar nela e acreditar que ela não vai acontecer. Isso porque, o indivíduo tem um distanciamento, tornando a morte inimaginável. No entanto, não significa que as pessoas não pensem em sua própria morte, e sim que há uma negação decorrente desse distanciamento.

Para Elias (2001), atualmente, há um recalçamento da morte no plano individual e social. No plano individual, o autor usa esse termo no mesmo sentido de Freud, que se refere a um conjunto de mecanismos psicológicos de defesa socialmente inserido a partir da história do sujeito, principalmente sobre os conflitos na primeira infância e a culpa e angústia a eles associadas, que não permitem o acesso à memória, que estão indiretamente ligados aos sentimentos e comportamentos do sujeito, contudo, está inacessível na memória.

No plano social, Elias (2001) relata que o recalçamento tem um sentido diferente. O autor revela que só é possível verificar as particularidades do comportamento humano em relação à morte na atualidade comparando com o que aconteceu no passado, ou a outras sociedades, nesse sentido, a morte pode ser vista como um aspecto civilizador e destacado o seu recalçamento social no estudo da história do comportamento do homem em relação a ela.

Será que não cabe a nós confessar que em nossa atitude civilizada em relação à morte estamos, uma vez mais, vivendo psicologicamente além de nossos recursos, e devemos nos reformar e dar à verdade o valor que ela merece? Não seria melhor dar à morte o lugar na realidade em nossos pensamentos que lhe pertence, e dar um pouco mais de destaque àquela inconsciente atitude para com a morte que até aqui temos suprimido com tanto cuidado? Isso nem parece, realmente, uma realização de maior vulto, mais sim um passo atrás... mas tem o mérito de levar um tanto mais em consideração a verdadeira situação. (Freud, 1996, vol. XIV, p. 309).

Em consonância, Becker (1995) faz uso da citação acima em sua obra *A negação da morte* ao problematizar a morte como evolucionária, afirmando que de todas as coisas que movem o homem, a morte é a principal, a apontando como um problema psicológico. Voltando o olhar para o homem contemporâneo, é possível verificar na sua história a evolução do seu comportamento frente à morte, que se configura como um distanciamento, entre um e outro, aumentado gradualmente ao longo dos anos.

Para o profissional de saúde que está inserido no contexto hospitalar, onde há óbitos constantes, acompanhados de sofrimento dos pacientes e familiares, há de se considerar que suas experiências profissionais influenciam seu modo de conceber a morte e seu comportamento diante dela. Essa experiência o faz refletir sua vida pessoal e profissional, contudo, é verificado certo distanciamento da morte, mesmo ela estando presente no seu dia a dia.

Na sequência, será apresentada a tabela da categoria: concepção de morte para os profissionais de saúde, que atende ao primeiro objetivo específico desta pesquisa:

| <b>CATEGORIA: CONCEPÇÃO DE MORTE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b> |   |                   |
|---|---|-------------------|
| <b>SUBCATEGORIA</b>   | <b>UNIDADE DE CONTEXTO ELEMENTAR</b>  | <b>FREQUÊNCIA</b> |
| <b>Situação difícil</b>   | “Mas é bem complicado a gente pensar [sobre a morte]” S1                                | 10                |
|   | “No começo foi mais difícil” S2   |                   |
|   | “Tem hora que é difícil, tem paciente que não aceita [a morte]” S3                      |                   |
|   | “Para mim é muito difícil” S3   |                   |
|   | “No começo foi difícil” S4  |                   |
|   | “Acho que ainda é uma situação difícil” S5  |                   |
|   | “Pra mim é difícil te dar essa resposta” S5   |                   |
|   | “Eu acho que é difícil pra todo mundo” S5   |                   |
|   | “Mas é uma coisa muito complicada” S5   |                   |
| “Acho que sempre é um desafio” S5                                   |   |                   |
| <b>Estar (ou não) preparado</b>                                     | “A gente não está preparado” S1   | 6                 |
|   | “Normalmente aqui no hospital as pessoas [profissionais da saúde] já são preparadas” S2 |                   |
|   | “A gente não está preparado para isso [morte dramática de um paciente]” S2              |                   |
|   | “Acho que ninguém se considera plenamente preparado para isso” S5                       |                   |

|                       |  |   |
|-----------------------|--|---|
|                       | <p>“Olha, eu diria que ainda quero me preparar mais” S5</p> <p>“As pessoas na verdade não estão preparadas para lidar com a morte” S5</p>  |   |
| <b>Distanciamento</b> | <p>“A gente pensa sempre que não acontece com a gente” S1</p> <p>“Não gosto de falar sobre isso” S4</p> <p>“É horrível [pensar na morte]” S4</p> <p>“Eu não penso muito nisso.” S5</p> | 4 |

Quadro 1: Concepção de morte para os profissionais de saúde.  
Fonte: Elaboração da autora, 2012.

#### 4.1.1 Situação difícil

Uma situação difícil pode ter vários aspectos dependendo da individualidade e história de cada um. Neste caso, pode-se verificar como cada sujeito interpelado identificou o cotidiano com a morte e como esta se apresenta, como uma situação difícil. Todos os entrevistados afirmaram ser a morte uma situação difícil, contudo, o S3 e S5 apresentaram uma frequência maior que os demais, visto que, todos colocam a dificuldade como um aspecto predominante em vivenciar amiúde os episódios de morte dos pacientes assistidos em seus plantões.

Os desafios se apresentam de diversas maneiras. “No começo foi mais difícil” (S2) e “No começo foi difícil” (S4), denotam as primeiras experiências do profissional de saúde com o prognóstico reservado seguido de óbito no seu cotidiano profissional. Isto é, nos primeiros meses de trabalho é mais difícil vivenciar o contexto de uma enfermaria com óbitos frequentes. Kovács (2002, p. 237) afirma que “Tratar de pacientes terminais, mantê-los limpos, confortáveis e sem dor é uma das tarefas mais difíceis [...]”. Não é só presenciar a morte do paciente, mas também, vivenciar o sofrimento desse paciente durante o período de internação.

A morte está intimamente presente no cotidiano das enfermarias, independente disso, configura um contexto em que os profissionais de saúde se deparam com situações que deve haver um cuidado, exige um esforço maior, tanto psicológico quanto profissional para vivenciar isso no decorrer dos dias. S3 afirma isso: “Tem hora que é difícil, tem paciente que não aceita [a morte]”. Normalmente, o profissional que está mais próximo do paciente e de sua família/acompanhante, é o profissional da enfermagem, Kovács (1992, p. 37) defende que:

A enfermeira é quem está próxima nos momentos mais difíceis, é quem o paciente busca para conversar sobre os seus temores, ou quando está morrendo. É a enfermeira também que está mais próxima à família, tendo de lidar com os sentimentos dos parentes, as dúvidas, angústias, temores e quando o paciente falece é quem toma as primeiras providências.

Quando o paciente recebe a notícia de prognóstico reservado, o profissional de saúde tem que lidar com as demandas decorrentes desse processo, tanto da família quanto do paciente. Essa situação, muitas vezes dramática, provoca no profissional uma reação, e esta geralmente vem acompanhada de uma contenção, pois o profissional deve se conter, ele não pode expressar seus sentimentos, ou seja, chorar ou entrar em desespero junto com a família por exemplo. S5 alega: “Eu acho que é difícil para todo mundo”, no sentido de que tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes/familiares existe a dificuldade de encarar a situação.

#### **4.1.2 Estar (ou não) preparado**

Estar (ou não) preparado para trabalhar com a “morte”, uma questão que é abordada por diversos autores (SANTOS, 2003; PITTA, 1999; COMBINATO, 2005; KÓVACS, 2002; GUTIERREZ e CIAMPONE, 2007), assim, ficando em evidência nas pesquisas e estudos, por se tratar de um assunto fundamental no desempenho das funções dos profissionais de saúde.

Nesta subcategoria, quatro dos cinco sujeitos de pesquisas afirmam que não estão preparados para lidar com a morte, enquanto que um assegura: “Normalmente aqui no hospital as pessoas [profissionais da saúde] já são preparadas” (S2). Contudo, em outro momento da entrevista, S2 se contradiz ao



relatar: “A gente não está preparado para isso [morte dramática de um paciente]”, portanto, há uma evidência de que o despreparo está em comum acordo com todos os entrevistados. S5 relata: “Acho que ninguém se considera plenamente preparado para isso”, ou seja, é possível identificar que mesmo o profissional “perdendo” pacientes com frequência, há um despreparo para lidar com essa situação, há uma dificuldade em aceitar a perda, pois remete a sua própria morte, que geralmente, é evitada.

Para o paciente, segundo Kübler-Ross (1998), existe cinco estágios decorrentes da notícia de prognóstico reservado:

1. Negação e isolamento: ocorre assim que o paciente recebe a notícia, e pode ser influenciado de acordo com a forma com que essa notícia é dada;
2. Raiva: quando a negação não é mais possível o paciente pode substituí-la por revolta, raiva, ressentimento etc.;
3. Barganha: processos em que o paciente faz promessas religiosas em troca de mais um tempo de vida;
4. Depressão: é um estado em que o paciente começa a perceber a perda de todos os objetos amados;
5. Aceitação: com apoio o paciente pode vir a aceitar a doença.

Para a autora todos os pacientes passam por esses estágios, não necessariamente nessa ordem apresentada, inclusive, afirma que nem todos os pacientes chegam à aceitação, e que a família também passa pelos mesmos estágios. Isso também pode ser um processo análogo, como algo que se passa também com o profissional de saúde.

#### **4.1.3 Distanciamento**

O distanciamento é a resposta mais frequente no comportamento do ser humano em relação as coisas que não se tem interesse ou que não se quer saber. Na pesquisa, emergiu esse distanciamento: “A gente pensa sempre que não acontece com a gente” (S1), ou “Eu não penso muito nisso” (S5), ou “É horrível [pensar na morte]” (S4). Freud (1996) conceitua que o inconsciente não conhece a

morte ou o tempo, isto é, nos seus recessos orgânicos fisiológicos mais íntimos, o homem se sente imortal.

Para que o profissional de saúde consiga trabalhar no contexto hospitalar diante dos óbitos, sofrimentos e conflitos, esse distanciamento vem como uma proteção. É uma forma de o sujeito incorporar o profissional em sua rotina, do contrário, não conseguiria suportar os diversos conflitos que possam surgir com o enfrentamento da morte.

A morte é um dos grandes perigos biossociais na vida humana. Como outros aspectos animais, a morte, tanto como processo quanto como imagem mnemônica, é empurrada mais e mais para os bastidores da vida social durante o impulso civilizador (ELIAS, 2001, p.19).

Durante as entrevistas, pode ser aferido que os sujeitos de pesquisa não ficaram totalmente confortáveis em falar sobre a temática morte, por exemplo: “Não gosto de falar sobre isso” (S4). Aparentemente notou-se um receio de demonstrar que ao sentir medo da morte, indiretamente esse fato acarretaria em algum prejuízo profissional. “[...] a morte do outro é uma lembrança de nossa própria morte. A visão de uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a ideia de sua própria morte” (ELIAS, 2001, p. 17).

Freud, em 1915 escreve *Nossa atitude para com a morte* no capítulo *Reflexões para os tempos de guerra*. Nesse trabalho, ele assevera sobre o afastamento e a atitude em relação à morte, e que nessa época, meados de 1915, as pessoas estavam habituadas a por a morte de lado, revelando uma tendência inegável de uma tentativa de eliminá-la da vida. Portanto, nota-se que vem de longa data esse distanciamento constatado nos sujeitos da pesquisa, corroborando com os estudos e pesquisas de autores (KÜBLER-ROSS, 1998; KOVÁCS, 1992; PITTA, 1999; entre outros), que trabalham com a questão do distanciamento na atualidade.

#### 4.2 REAÇÕES E SENTIMENTOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À MORTE NA ROTINA HOSPITALAR

Os acontecimentos na rotina de um profissional de saúde em ambiente hospitalar são um emaranhado de situações e aspectos próprios desse local. A dor e o sofrimento humano são contínuos e, presenciar isso remete a vários processos

biopsicossociais no profissional de saúde. Diante disso, é possível observar algumas reações, tais como o automatismo frente à morte, a tristeza frente ao sofrimento do paciente/família; o medo da morte; o choque frente à morte de pacientes jovens; e a reflexão frente às situações citadas respectivamente.

Camon (2003) alerta para a necessidade de preparar o profissional de saúde que irá trabalhar com situações de morte ainda em seu curso de formação profissional e que a ausência total de uma discussão sistematizada sobre a temática morte e suas implicações é no mínimo prejudicial à formação desses profissionais, que muitas vezes podem não possuir condições emocionais para tal.

Abaixo segue a tabela que representa a categoria: reações e sentimentos nos profissionais de saúde frente à morte na rotina hospitalar, que corresponde ao segundo objetivo específico desta pesquisa:

| CATEGORIA: REAÇÕES E SENTIMENTOS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À MORTE NA ROTINA HOSPITALAR |   |            |
|---|---|------------|
| SUBCATEGORIA  | UNIDADE DE CONTEXTO ELEMENTAR   | FREQUÊNCIA |
| <b>A morte jovem</b>  | “A gente fica mais triste quando o paciente é mais novo.” S1                    | 8          |
|   | “Quando é assim [paciente jovem] todos aqui ficam mais mexidos” S1              |            |
|   | “É difícil quando o paciente é mais novo” S1                                    |            |
|   | “Particularmente tenho uma barreira com criança” S2                             |            |
|   | “É mais tranquilo quando o paciente é mais velho” S2                            |            |
|   | “Para mim os jovens são os mais difíceis de aceitar” S3.                        |            |
|   | “É difícil quando o paciente é muito novo” S3                                   |            |
|   | “Às vezes é uma pessoa tão nova que tu sabe que não tem mais o que fazer né, eu |            |

|                                     |   |   |
|-------------------------------------|---|---|
|                                     | fico surpresa” S4   |   |
| <b>O automatismo frente à morte</b> | <p>“Com o tempo a gente acaba se tornando um pouco frio em relação a isso aí” S2</p> <p>“Se torna uma coisa meio que automática” S3</p> <p>“Acontece, e tu vai ali como se fosse normal, e na verdade não é” S3</p> <p>“Agora eu já sei lidar melhor com a situação” S4</p> <p>“Já deu para se acostumar” S4</p> <p>“Acho que com o tempo isso fica mais fácil de aceitar” S4</p> <p>“Você começa a ver mais a morte como parte do cotidiano eu acho” S5</p> <p>“Acho que hoje tenho mais tranquilidade de falar sobre isso” S5</p> | 8 |
| <b>Tristeza</b>                     | <p>“Foi bem triste, ficamos muito tristes” S1</p> <p>“É inevitável tu não sentir [a morte do paciente], eu fico triste.” S2</p> <p>“As vezes dá uma tristeza quando perdemos um paciente que está há bastante tempo com a gente” S3</p> <p>“É triste quando isso acontece” S3</p> <p>“É bastante doloroso, porque é muito triste” S4</p>  | 7 |

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
|                      | <p>“É muito triste porque você sabe que não tem mais nada para fazer e a tendência é só piorar” S4</p> <p>“Por dentro eu fico triste, mas eu tento não demonstrar isso pra ninguém” S4</p>  |   |
| <b>Medo da morte</b> | <p>“Tenho medo de morrer e não poder ver minha filha crescer” S1</p> <p>“Eu tenho medo [da morte]” S2</p> <p>“Por mais que você tente aceitar [a morte], existe o medo” S3</p> <p>“Tenho muito medo da morte” S4</p> <p>“Tenho bastante medo [da morte]” S4</p> | 5 |

Quadro 2: Reações e sentimentos no profissional de saúde frente à morte na rotina hospitalar. Fonte: Elaboração da autora, 2012.

#### 4.2.1 A morte jovem

A expectativa de vida em uma sociedade influencia na atitude dos sujeitos frente à morte. Uma sociedade com uma expectativa de vida de 75 anos, por exemplo, faz com que a possibilidade de um jovem entre 20 a 30 anos pensar em sua morte seja remota. Já em uma sociedade com a expectativa de 40 anos, a morte já é mais presente, mais próxima. Elias (2001, p. 55) afirma que:

[...] em sociedades menos desenvolvidas com uma expectativa de vida mais curta, a incerteza é maior. A vida é mais curta, a ameaça da morte é trazida mais insistentemente à consciência, a ideia da morte é mais presente, e práticas mágicas para lidar com essa angústia maior, embora oculta, pela integridade da vida e do corpo, práticas que andam de mãos dadas com a maior insegurança, são amplamente difundidas.

A morte de pacientes jovens foi identificada como uma das situações especiais, que abalam a estrutura emocional do profissional de saúde de forma mais intensa. Dois dos sujeitos afirmaram que quando acontece de um paciente jovem vir

a óbito, remete aos seus filhos, e de como seria difícil perdê-los: “Particularmente tenho uma barreira quando é criança” (S2), “É difícil quando o paciente é mais novo” (S1), e “Quando é assim [paciente jovem], todos aqui ficam mais mexidos” (S1).

Há situações em que o profissional de saúde se coloca no lugar do paciente, afirmando que é mais fácil aceitar quando o paciente é mais velho, e até mesmo desejar a morte quando o paciente está sofrendo muito, nesse caso, o desejo vem para aliviar o sofrimento do paciente conforme S2 revela: “É mais fácil quando o paciente é mais velho”.

Elias (2001, p. 77) afirma: “É terrível quando pessoas morrem jovens, antes que tenham sido capazes de dar um sentido às suas vidas e de experimentar suas alegrias”, isto é, quando se trata de um ser humano que ainda não viveu o suficiente para concretizar as fases da vida, entende-se que ainda não era o momento certo para sua morte, visto que quando acontece a um idoso, que supostamente, já viveu o suficiente, parece ser mais fácil aceitar e conviver com essa perda.

#### **4.2.2 O automatismo frente à morte**

Com o passar do tempo, o ser humano tende a se habituar ao seu ambiente e às atividades desenvolvidas. Atuando profissionalmente não poderia ser diferente, frente à nova rotina de trabalho, a experiência vivida faz com que alguns procedimentos fiquem automatizados, logo, existe o automatismo frente à morte, conforme o discurso de S2: “Com o tempo a gente acaba se tornando um pouco frio em relação a isso aí”; ou de acordo com S3: “Se torna uma coisa meio que automática”, ou até como S3 alega em seguida: “Acontece e tu vai ali como se fosse normal, e na verdade não é”.

Embora seja um ambiente que exija atenção redobrada, pois se trata de atividades relativas à preservação da vida de um ser humano, o hospital é um ambiente em que o trabalho é perfeitamente passível de um comportamento automático, levando em consideração que um ato ao se repetir tantas vezes começa a fazer parte da rotina. Pitta (1999, p. 17) assevera que:

[...] o hospital tem sido um lugar nevrálgico de aglutinação de trabalhadores diversificados que inclui desde médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, telefonistas, nutricionistas, operadores de máquinas e auxiliares outros, numa extensa lista de profissões e ocupações. Do outro lado estão os usuários, frequentemente em dramáticas situações de resolução dos seus processos de saúde/doença, dada a habitual complexidade dos serviços ali ofertados.

O automatismo frente à morte sugere um comportamento automático, ou seja, não sobrecarrega os processos mentais superiores, levando o profissional de saúde a realizar o seu trabalho pensando em qualquer outra coisa, sem utilizar o aparato cognitivo consciente, respondendo quase diretamente ao estímulo.

#### 4.2.3 Tristeza

A tristeza é uma reação habitual e saudável a qualquer adversidade. De modo geral, a tristeza é uma resposta a uma perda. Dependendo da gravidade da situação essa tristeza poderá ser mais aguda ou não. Bowlby (2004, p. 279) afirma: “A maioria, se não todos, dos episódios mais intensos de tristeza é provocada pela perda, ou previsão de perda, seja de uma pessoa amada, de lugares familiares e queridos, ou de papéis sociais”.

A partir das entrevistas, foi possível identificar a tristeza na perda de pacientes, no sofrimento dos pacientes e família. Geralmente essa tristeza está associada ao período de internação do paciente, quanto maior o tempo de internação, maior a tristeza, “Às vezes dá uma tristeza quando perdemos um paciente que está há bastante tempo com a gente” (S3).

Essa tristeza aparente nos profissionais de saúde pode ser confrontada ao luto que Freud (1996, p. 249), teoriza em *Luto e melancolia*: “O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido [...]”. É um sentimento presente nos sujeitos da pesquisa: “É inevitável tu não sentir [a morte do paciente], eu fico triste” (S2). Contudo, o luto não é uma condição patológica e espera-se que seja superado após um período de tempo.

No entanto, em alguns casos, as mesmas situações podem desencadear a melancolia ao invés do luto, sendo mais comum em pessoas que possuam uma

disposição patológica, visto que a característica central que diferencia um do outro é que, na melancolia há uma perturbação da autoestima (FREUD, 1996). Destarte, a tristeza que aparece no discurso dos profissionais de saúde, aparentemente está relacionada com a perda e de como algumas enfermidades maltratam o paciente com a dor: “É muito triste porque você sabe que não tem mais nada para fazer e a tendência é só piorar” (S4).

#### 4.2.4 Medo da morte

O medo da morte é a resposta mais comum do ser humano, é natural que seja assim, pois o homem é educado para a vida, para o consumismo, para o imediatismo. As propostas hedonistas levam a pensar na vida atual, levando ao ser humano ao esquecimento de que é um ser mortal, portanto, quando a morte fica em evidência gera angústia, desconforto, conflito.

Nenhum ser humano está livre do medo da morte e, todos os medos que possam emergir, estão de alguma forma relacionados a ele. Três sujeitos da pesquisa afirmaram abertamente seu medo da morte: “Tenho muito medo da morte” (S4), e “Eu tenho medo [da morte]” (S2), e “Tenho bastante medo [da morte]” (S4).

[...] o contato muito próximo com moribundos ameaça o sonho acalentado. Por trás da necessidade opressiva de acreditar em nossa própria imortalidade, negando assim o conhecimento prévio de nossa própria morte, estão fortes sentimentos de culpa recalcados [...] (ELIAS, 2001, p. 17)

Algumas pessoas ficam extremamente preocupadas em relação à morte, outras ficam inquietas e não falam de maneira alguma sobre o assunto. A teoria de Elias (2001) é a analogia ente o medo da morte e sentimentos de culpa. Esses sentimentos são apontados em mitos antigos. “No paraíso, Adão e Eva eram imortais”. Deus os condenou a morrer porque Adão, o homem, violou o mandamento do pai divino.

Freud (1996, p. 307) assevera que “O medo da morte, que nos domina com mais frequência do que pensamos, é, por outro lado, algo secundário e, via de regra, o resultado de um sentimento de culpa”. Diferenciar entre o medo e a ansiedade é uma tarefa difícil. Geralmente, a ansiedade está relacionada a um



sentimento conhecido, sem uma causa definida, enquanto que o medo está ligado a uma causa específica (KOVÁCS, 1992).

O medo da morte pode remeter a separação dos entes queridos, a perdas materiais, a interrupção de objetivos de vida, entre outros, contudo, tem uma função: ele “precisa estar presente em certa medida. Ele é a expressão do instinto de autoconservação, uma forma de proteção à vida e uma possibilidade de superar os instintos destrutivos” (KOVÁCS, 1992, p. 24).

#### 4.3 VÍNCULOS NO CUIDADO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM PACIENTE COM PROGNÓSTICO RESERVADO

Em todo ambiente de trabalho, há um processo de se habituar às regras, normas e políticas do trabalho, porém, quando se trata da área da saúde, o trabalho é o ser humano, é o outro, diferente de um trabalho administrativo, onde a maioria do contato é com papéis, computador, telefone, sistemas operacionais, isto é, em um hospital geral, o trabalho é o ser humano.

Ao atender um senhor ou uma senhora, é perfeitamente normal o profissional de saúde ser acometido por um processo transferencial e pensar que poderia ser sua mãe ou seu pai, nesse sentido, desenvolver um atendimento acolhedor com esse paciente, estabelecendo uma relação, a qual, por identificação, pode estimular afetos no profissional de saúde.

Destarte, entende-se que há uma relação entre o profissional de saúde e o paciente, e que esse vínculo é alimentado pela identificação e transferência entre ambos. Pichon-Rivière (1986, p. 37) conceitua o vínculo como:

[...] um tipo particular de relação com o objeto; a relação de objeto é constituída por uma estrutura que funciona de uma determinada maneira. É uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, que funciona acionada ou movida por fatores instintivos, por motivações psicológicas.

Por conseguinte, a tabela da categoria: o vínculo no cuidado dos profissionais de saúde com paciente com prognóstico reservado, que corresponde ao terceiro objetivo específico desta pesquisa:

| CATEGORIA: O VÍNCULO NO CUIDADO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COM PACIENTE COM PROGNÓSTICO RESERVADO |   |            |
|---|---|------------|
| SUBCATEGORIA  | UNIDADE DE CONTEXTO ELEMENTAR   | FREQUÊNCIA |
| <b>Vínculo com o paciente</b>   | “Aqui cria um vínculo [com o paciente]” S1  |            |
|   | “E acaba que forma um vínculo mesmo [com o paciente]” S1                            |            |
|   | “Tem o relacionamento com o paciente, com a família” S1                             | 7          |
|   | “Tenho um vínculo bem próximo com os pacientes” S2                                  |            |
|   | “O meu vínculo é direto com os pacientes” S2  |            |
|   | “E tu acaba tendo um vínculo grande com o paciente” S2                              |            |
|   | “O vínculo com o paciente vou te dizer que ele vai se fazendo aos poucos” S5        |            |
| <b>Afeição</b>  | “Parece que tu te apegas mais a alguns pacientes pelo tempo que eles ficam aqui” S2 | 5          |
|   | “Eu me apegos muito com o paciente” S4  |            |
|   | “Você se apegas ao paciente” S5   |            |
|   | “A gente acaba ficando como amigos” S1  |            |
|   | “Cria uma amizade no relacionamento” S1   |            |

Quadro 3: O vínculo no cuidado do profissional de saúde com paciente com prognóstico reservado. Fonte: Elaboração da autora, 2012.

### 4.3.1 Vínculo com o paciente

O vínculo é posterior ao contato, que é a proximidade entre as pessoas e atende a uma função. Neste contexto, se trata do vínculo entre paciente e profissional de saúde, que atende a função de um a serviço das necessidades do outro. Portanto, vincular-se envolve uma condição que passa por ciclos de proximidade e distância, sendo que nem toda proximidade é invasiva, tampouco a distância é agressiva, é um processo que passa pela convivência contínua de ambos.

Relação de objeto é a estrutura interna do vínculo. Um vínculo é, então, um tipo particular de relação de objeto; a relação de objeto é constituída por uma estrutura que funciona de uma determinada maneira. É uma estrutura dinâmica em contínuo movimento que funciona acionada ou movida por fatores instintivos, por motivações psicológicas (PICHON-RIVIÉRE, 1986, p.39).

As relações são construídas a partir da convivência. Em uma enfermaria de hospital o vínculo entre profissional da saúde, paciente/família depende basicamente de duas variáveis, o diagnóstico do paciente e o tempo de internação. O diagnóstico do paciente é que vai definir quanto tempo ele vai permanecer na enfermaria, e é esse tempo que contribui para a formação do vínculo com os profissionais da saúde. Geralmente, quanto maior for o período de internação, maior o vínculo com os profissionais da saúde, salvo algumas exceções, as quais o paciente ou a família seja de difícil convivência.

O vínculo é um conceito instrumental em psicologia social que assume uma determinada estrutura e que é manejável operacionalmente. O vínculo é sempre um vínculo social, mesmo sendo com uma só pessoa; através dessa relação com esta pessoa repete-se uma história de vínculos determinados em um tempo e em espaços determinados. Por essa razão, o vínculo se relaciona posteriormente com a noção de papel, de *status* e de comunicação (PICHON-RIVIÉRE, 1986, p. 49).

Foi verificado no relato dos entrevistados o vínculo com o paciente: “Aqui cria um vínculo [com o paciente]” (S1); ou “Tenho um vínculo bem próximo com os pacientes” (S2); e ainda: “O vínculo com o paciente, vou te dizer que ele vai se fazendo aos poucos” (S5). Nas entrevistas, os sujeitos de pesquisa citaram alguns exemplos de pacientes em que foi difícil à morte, em alguns casos a equipe toda foi ao funeral do paciente. Em outros casos houve despedidas emocionantes na alta do paciente.

### 4.3.2 Afeição

A afeição pode ser entendida no senso comum como uma emoção positiva que se refere às pessoas e que não tem uma característica dominante como a paixão por exemplo. Tende a acompanhar algumas relações interpessoais que possuam atitudes, tais como a bondade, proteção, apego, amizade etc.

[...] os sentimentos são, aos olhos de Freud, fenômenos pontuais da consciência. Além disso, o afeto aparece como “manifestação de ideia”. “A ideia tem seu afeto” indica que o segundo é efeito pontual da primeira. Não há, portanto, sentimentos inconscientes, mas transformações do afeto (deslocamento, inibição...) como efeito de substituições significantes (VIEIRA, 2001, p. 57).

Há pacientes que conquistam algo mais que um bom vínculo com o profissional da saúde, neste caso, o profissional se apega ao paciente de tal forma, que se torna especial, conforme alega S4 “*Eu me apego muito com o paciente*”. Em especial um sujeito de pesquisa citou que pode ficar amigo de um paciente: “a gente acaba ficando como amigos” (S1) ou “Cria uma amizade no relacionamento” (S1).

Vieira (2001) relata que no ponto de vista laciano, o afeto como fenômeno psicanalítico, origina-se, no contexto das relações do sujeito com o Outro. Nesse aspecto, o sujeito se relaciona, estruturalmente, com aquilo que o determina como tal, o objeto. O convívio prolongado entre paciente e profissional de saúde pode vir a contribuir para uma relação de amizade entre ambos.

As identificações e afinidades são fatores que aproximam as pessoas, o que pode ocorrer com esses indivíduos. No entanto, Freud (1996) relata sobre o afeto interligado a outros conceitos, principalmente a angústia e pulsão. Assimilado como um estado emocional compreende diversos sentimentos humanos, desde o mais agradável ou mais insuportável, que acompanha o sujeito durante toda a sua vida. Entretanto, Andrade (2003, p. 73) por sua vez revela: “Penso que entender o enigmático conceito de *estrutura afetiva* constitui a chave para a compreensão da gênese da estrutura ideativa, que é a base do pensamento e da cognição, fatores distintos do psiquismo humano”.

#### 4.4 DESGASTE PSÍQUICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AO LIDAR COM A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR

Uma preocupação atual é a saúde do profissional de saúde. Isso porque há evidências de que o nível de estresse e exigência a esse profissional é elevado, principalmente nos grandes hospitais gerais, em que no cotidiano estão frequentemente expostos a óbitos dos pacientes e dramas familiares. O profissional de saúde presencia constantemente as mazelas dos pacientes, o que remete a influências em seu comportamento em sua vida pessoal, ou seja, quando chega a sua casa, possivelmente levará consigo as reminiscências do seu dia de trabalho, portanto, está suscetível a conflitos pessoais e psicológicos.

O profissional de saúde pode vir a enfrentar no contexto hospitalar sentimentos e ansiedades intensos. Há de se ponderar o desgaste psíquico desses profissionais que tendem a desenvolver problemas psicológicos decorrentes do estresse profissional. Pitta (1999, p. 62) considera que:

Esse contato constante com pessoas fisicamente doentes ou lesadas, adoecidas gravemente, com frequência, impõe um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas e aterrorizadoras muitas vezes, que requerem para o seu exercício, ou uma adequação prévia à escolha de ocupação [...] ou a um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas.

Os mecanismos de defesa dos profissionais de saúde são socialmente estruturados, com inclinação em fazer parte da realidade do sujeito, são elas: Fragmentação da relação técnico-paciente, onde quanto maior a intimidade nessa relação maior a angústia do profissional, portanto, o distanciamento ajuda a limitar essa angústia; despersonalização e negação da importância do indivíduo, que significa que todos os pacientes são iguais não atendendo a tratamentos especiais para com um ou outro paciente; distanciamento e negação de sentimentos, onde o profissional contém seus sentimentos; tentativa de eliminar decisões ao que se refere ao paciente e redução do peso da responsabilidade que admite todas as fugas possíveis da angústia (PITTA, 1999).

A seguir a tabela da categoria: desgaste psíquico dos profissionais de saúde ao lidar com a morte no contexto hospitalar, que corresponde ao quarto objetivo específico desta pesquisa:

| CATEGORIA: DESGASTE PSÍQUICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AO LIDAR COM A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR |   |            |
|---|---|------------|
| SUBCATEGORIA  | UNIDADE DE CONTEXTO ELEMENTAR   | FREQUÊNCIA |
| <b>Estresse</b>   | “A gente se estressa bastante” S1   |            |
|   | “Tem pacientes que deixam a gente bem estressado, não o paciente, mas os familiares” S1   | 6          |
|   | “É estressante” S2  |            |
|   | “Tem uma pressão psicológica muito grande” S4   |            |
|   | “É muita pressão, mexe muito com o psicológico da gente e a gente acaba estressado” S4  |            |
|   | “As pessoas que trabalham com pacientes terminais estão mais sujeitas ao estresse” S5   |            |
| <b>Um inquietante incômodo</b>  | “Tem horas que a gente fica incomodado” S1  |            |
|   | “A gente fica chocado com algumas situações” S1   | 3          |
|   | “Mesmo que você na medida que vai trabalhando cada vez mais com isso vai aprendendo a lidar melhor com a situação, isso não evita que você fique angustiado, não evita.” S5 |            |

Quadro 4: Desgaste psíquico dos profissionais de saúde ao lidar com a morte no contexto hospitalar. Fonte: Elaboração da autora, 2012.

#### 4.4.1 Estresse

O estresse faz parte do exercício das profissões, da rotina, dos conflitos do dia a dia, dos relacionamentos de uma forma geral. Via de regra, está associado a outros sentimentos, tais como ansiedade, preocupação, nervosismo, entre outros. Dentro de um hospital o profissional de saúde está exposto a todo o momento ao sofrimento alheio.

Alguns casos são chocantes a ponto de fazer o profissional chorar ou ficar dias pensando sobre o ocorrido. “As pessoas que trabalham com pacientes terminais estão mais sujeitas ao estresse” (S5), a partir desta frase, S5 afirma o desgaste profissional validando o que Kovács (In OLIVEIRA, 2008, p.92) assevera: “A dificuldade da equipe de saúde em lidar com os problemas levantados durante sua convivência diária com os pacientes, familiares e outros profissionais de saúde tem contribuído para gerar situações de estresse de difícil resolução”.

Ao reconhecer que a forma de encarar a morte e a doença mudou nas últimas décadas, principalmente devido à revolução tecnológica na área da biomedicina, houve uma migração do moribundo para os hospitais. É nesse aspecto que emerge o conflito entre salvar o paciente ou evitar a morte a qualquer custo, “É muita pressão, mexe muito com o psicológico da gente e a gente acaba estressado” (S4). Nesse ínterim surge a obstinação terapêutica, isto é, entre os diversos conflitos existentes no ambiente hospitalar coexiste o curar e o cuidar (Pitta, 1999).

A equipe de enfermagem é quem mantém um contato mais estreito com o paciente e familiar, sendo assim, são eles que estão mais próximos dos conflitos e sofrimento, portanto, a eles são feitas as maiores exigências. S1 relata “Tem pacientes que deixam a gente bem estressado, não o paciente, mas os familiares”, no sentido de que os familiares, por vezes, são os que mais exigem informações, cuidados, explicações, quando o paciente está mais tranquilo com a situação.

#### 4.4.2 Um inquietante incômodo

Em seu íntimo os profissionais de saúde sentem o desconforto, o incômodo em trabalhar frente a frente com a morte, porque este fato o coloca diariamente frente a sua própria finitude. Há a teoria da associação do medo da morte a sentimentos de culpa, de acordo com os preceitos da Igreja e da Bíblia. A problemática da morte, as pessoas preferem nem cogitar o assunto, transferindo a morte para um tempo longínquo, outros se apavoram ante a morte.

Mas o verdadeiro foco do pavor [...] é o resultado do julgamento a que o homem é submetido: o de que, se Adão comer o fruto da árvore da sabedoria, Deus lhe dirá: “Terás morte certa.” [...] o terror final da autoconsciência é o conhecimento da própria morte, que é a sentença específica apenas com relação ao homem no reino animal (BECKER, 1995, p.79).

O mito do Jardim do Paraíso é citado em outros trabalhos (ELIAS, 2001; TORRES, 2003), e está atrelado a angústia do ser humano frente à sua finitude. Esse incômodo latente no ser humano, para BECKER (1995) é uma das molas mestras da atividade humana, portanto, para este autor, é o que governa o comportamento, ações e reações no ser humano.

“Mesmo que você, na medida em que, vai trabalhando cada vez mais com isso vai aprendendo a lidar melhor com a situação, isso não evita que você fique angustiado, não evita.” (S5). Essa afirmação denota a angústia, o incômodo causado pelo trabalho contínuo com pacientes com prognóstico reservado. Há uma identificação e comparação, no sentido de que o sujeito se coloca no lugar o paciente e imagina como será a sua morte, dependendo da situação do paciente, o profissional tende a fantasiar uma morte rápida e sem dor.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um trabalho que visa pesquisar sobre a morte é ousado. Isso porque exige um esforço para refletir sobre a própria finitude e assumir os temores que se possa ter dessa certeza que espera a todos enquanto vivos. A reação das pessoas as quais convive frente à temática morte, também é um fator importante que influencia na maneira de enfrentar o desafio da pesquisa, porque a reação do outro é o que pode, muitas vezes, inspirar a dar sequência ao caminho desejado.

Tendo em vista o campo de estágio curricular obrigatório em psicologia e saúde, que foi realizado em um hospital geral da Grande Florianópolis, pareceu propício pesquisar sobre a concepção de morte no contexto hospitalar. Vale ressaltar que, nas alas em que se desenvolveu o estágio, há um número expressivo de pacientes com prognóstico reservado. Do discurso dos profissionais de saúde com os quais houve contato no processo de estágio, emergiram profundas considerações sobre a temática morte e suas vicissitudes.

O roteiro da entrevista proporcionou um alcance razoável de dados que respondessem aos objetivos específicos propostos na pesquisa, fornecendo material suficiente para analisar a concepção de morte dos profissionais de saúde no contexto hospitalar. Os resultados apontam para as demandas desses profissionais em trabalhar com altos níveis de conflitos, estresse, sofrimento, etc. por parte dos pacientes e seus familiares. Identificou-se que os profissionais de saúde encaram o seu cotidiano como uma situação difícil, embora haja um automatismo natural frente a isso, uma vez que essas situações se tornam rotineiras. Porém, podem desencadear condições adversas no nível pessoal, profissional e psicológico, tais como estresse, depressão, desequilíbrio emocional, desgaste físico, entre outros.

Identificou-se a necessidade de um preparo sobre a temática morte para os profissionais de saúde, a fim de orientá-los sobre as medidas terapêuticas adequadas para os pacientes com prognóstico reservado, tais como os cuidados paliativos e os direitos do paciente. São assuntos brevemente abordados ao longo da formação do profissional de saúde, e que a instituição hospitalar, via de regra, não estimula a reciclagem deste conhecimento.

Observou-se um distanciamento dos profissionais de saúde analisados em relação à morte, como se o fato de ignorá-la seja suficiente para que não

aconteça consigo. Nas situações em que o paciente com prognóstico reservado é jovem, foi constatado maior impacto emocional nos profissionais de saúde, mais precisamente nos profissionais com filhos, pois remete a falta que possam fazer na possibilidade de perdê-los muito cedo, sem ter a oportunidade de vê-los crescer. Enquanto que ao paciente com prognóstico reservado mais velho e aos idosos, é menos penoso a morte desses. Nos casos em que o paciente está sofrendo muito com a doença, o profissional não fica alheio a isso, ele também se sente solidário ao paciente e há um alívio quando esse vem a óbito, cessando o sofrimento de ambos.

Esta pesquisa pode contribuir para a comunidade científica a partir dos dados apresentados, principalmente para atentar a importância da saúde psíquica do profissional de saúde, bem como da sua capacitação acerca da temática morte, a fim de instrumentalizar esses indivíduos para melhor desempenho profissional. Essas ações resultariam em melhores condições de trabalho e maior qualidade ao atendimento e medidas terapêuticas a pacientes com prognóstico reservado, inclusive, beneficiando os familiares que muito sofrem com a doença do paciente.

O estágio curricular obrigatório em psicologia e saúde propiciou a oportunidade em desenvolver esta pesquisa em um hospital geral da Grande Florianópolis. A parceria entre a universidade e o hospital foi de grande valia nos processos burocráticos. Aparentemente, em outra instituição, haveria dificuldades no contato com a direção, bem como, a devida aprovação no período de tempo relativamente curto que é disponibilizado para a junção dos documentos solicitados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul.

As dificuldades para o desenvolvimento deste trabalho surgiram no momento da pesquisa de campo. A conciliação do horário entre pesquisadora e profissionais de saúde foi um ponto em que houve alguns imprevistos, principalmente em se ajustar à agenda do profissional de medicina. De oito médicos convidados pessoalmente para participar da pesquisa, apenas uma médica pôde ser entrevistada, os demais não responderam a e-mails e telefones que forneceram para o agendamento da entrevista, em vista dos prazos a cumprir, foi decidido fechar o trabalho com um profissional da medicina, e não dois como de acordo com a proposta inicial.

Ao final deste trabalho, é possível verificar alguns pontos que poderiam ser melhorados, tanto no instrumento de coleta de dados quanto na quantidade de

profissionais entrevistados. Um pesquisador mais experiente poderia ter adequado melhor a forma de conduzir a pesquisa otimizando e ampliando os resultados.

Trabalhos sobre a temática morte no contexto hospitalar são de grande importância, principalmente se a ênfase for o profissional de saúde, que sofre com o seu cotidiano repleto de situações desagradáveis ao ser humano. Portanto, é relevante promover estudos e pesquisas sobre este assunto, e essencial dedicar tempo para estudo nas melhorias de sua preparação profissional, incluindo sua atuação no contexto hospitalar. Não só aos enfermeiros, mas toda a equipe de saúde de uma enfermaria, na qual atuam os seguintes profissionais: assistente social, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, fisioterapia, médico, nutricionista, psicólogo e técnico de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **E a psicologia entrou no hospital**. 2ª Edição, São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Psicologia Hospitalar: Teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BECKER, E. **A negação da morte**. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Record, 1995.
- BOOTH, W. C. **A arte da pesquisa**. 2ª Edição, São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- BOWLBY, J. Apego e perda: perda: tristeza e depressão, volume 3 da trilogia. 3ª Edição, São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- COMBINATO, D. S. **Concepção de morte a atuação de profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva: implicações educacionais**. Campinas, SP: [s.n.] 2005. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas.
- ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**, seguido de, Envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- FREUD, S. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. **Volume XIV (1914-1916)**. Standart brasileira, vol. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- GAUDERER, E.C. Reações emocionais do profissional diante da doença crônica ou fatal. In: **Crianças, adolescentes e nós: questionamentos e emoções**. São Paulo, ALMED, 1987, p. 176-182.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Edição, São Paulo: Atlas, 2002.
- GOLDBERG, J. P. **A clave da morte**. São Paulo, Maltese: 1992.
- GUTIERREZ, B. A. O. & CIAMPONE M. H. T. **O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs**. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000400017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400017&lng=pt&nrm=iso) Acessado em 18/09/2011.
- KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. 4ª Edição, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

- KOVÁCS, M. J. **Desenvolvimento da Tanatologia**: estudos sobre a morte e o morrer. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2008000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300004&lng=pt&nrm=iso) Acessado em 20/09/2011.
- KOVACS, M. J. **Educação para a morte**. Psicologia ciência e profissão. Brasília, v. 25, n.3, setembro de 2005. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012&lng=pt&nrm=iso). Acessado em 11/10/2011.
- KÜBLER ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8ª Edição, São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª Edição, São Paulo: Atlas 2005.
- LEIS, H. E. **A sociedade dos vivos**. Porto Alegre, ano 5, nº 9, Jan/jun 2003, p. 340-353.
- MASSA, S. **A idéia da morte do Oriente**: bases filosóficas. Prática Hospitalar, ano X, nº55, Jan-Fev/2008. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2055/pdf/mat%2024.pdf> Acessado em 29/11/2011.
- MINAYOU, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª edição, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
- OIGMAN, Gabriela. Tabu da morte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.9, Sept. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000900034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900034&lng=en&nrm=iso). Acessado em 24/09/2011.
- OLIVEIRA, R. A. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
- PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3ª Edição, São Paulo: Hucitec, 1999.
- RINPOCHE S. **O livro tibetano do viver e do morrer**. São Paulo: Talento: Palas Athena, 1999.
- SALOUM, N. H.; BOEMER, M. R. **A morte no contexto hospitalar: as equipes de reanimação cardíaca**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5 de dezembro de 2005. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000500014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000500014&lng=pt&nrm=iso) Acessado em 11/10/2011.

SANTOS, Manoel Antonio dos. **Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade**: o profissional de saúde e a morte. Ver. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 4, dez. 2003. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702003000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702003000100007&lng=pt&nrm=iso). Acessado em 24/09/2011.

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA. Pró-Reitoria Acadêmica. Programa de Bibliotecas. **Trabalhos acadêmicos na Unisul**: apresentação gráfica para tcc, monografia, dissertação e tese. 3ª Edição revisada e ampliada. Tubarão: Ed. Unisul, 2010.

VIEIRA, M. A. **A ética da paixão: uma teoria psicanalítica do afeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ZIEGLER, J. **Os vivos e a morte**. Uma “sociologia da morte” no Ocidente e na diáspora africana no Brasil e seus mecanismos culturais. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1997.

## APENDICE A – Roteiro para a coleta de dados

### Dados Pessoais:

1. Qual sua idade?
2. Qual sua religião?
3. Qual sua profissão?
4. Fez alguma especialização?
5. Há quanto tempo você é graduado(a)?
6. Em que setor trabalha?
7. Há quanto tempo trabalha nesse setor?

### Dados para pesquisa:

1. Em sua formação profissional houve alguma disciplina que trabalhou o assunto morte?
2. Participou de algum evento/congresso sobre essa temática?
3. Como é trabalhar com paciente com prognóstico reservado?
4. Já deu a notícia a algum de prognóstico reservado?
5. Como é tratar com os familiares do paciente com prognóstico reservado?
6. Geralmente como é o seu vínculo como o paciente?
7. Como é lidar com a morte dos pacientes?
8. Frente a uma situação de prognóstico reservado qual é a sua primeira reação?
9. Sente-se preparado para trabalhar com pacientes com prognóstico reservado? Explique.
10. Existe uma situação especial em que é mais difícil de aceitar a morte de um paciente? Em caso afirmativo, explique.
11. A morte do paciente se repercute em estresse para você? Em caso afirmativo, explique.
12. O hospital é o melhor lugar para o paciente com prognóstico reservado morrer? Explique.
13. Sente-se a vontade para falar sobre a morte com o paciente e/ou familiar? Explique.
14. Ao ser questionado sobre vida/morte pelo paciente e/ou familiar, sente-se confortável para responder francamente?
15. O que sente em relação à morte?
16. O que é morte para você?