

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ - UNIDAVI**

JOSIELL RAYSEL DA ROSA

**A MORTE COMO EXPERIÊNCIA HUMANA: REFLEXÕES ACERCA DO
MORRER**

**RIO DO SUL
2020**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ - UNIDAVI**

JOSIELL RAYSEL DA ROSA

**A MORTE COMO EXPERIÊNCIA HUMANA: REFLEXÕES ACERCA DO
MORRER**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao curso de Psicologia, da Área das Ciências Biológicas, Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, como condição parcial para a obtenção do grau de Bacharel Psicologia.

Orientadora: Prof^a Mestra Cintia Adam

**RIO DO SUL
2020**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ - UNIDAVI**

JOSIELL RAYSEL DA ROSA

**A MORTE COMO EXPÊRIENCIA HUMANA: REFLEXÕES ACERCA DO
MORRER**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao curso de Psicologia, da Área das Ciências Biológicas, Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela Banca Examinadora formada por:

Professora orientadora: Ma. Cintia Adam

Banca Examinadora:

Prof. Ma. Vanessa Gontijo de Freitas

Prof.

Rio do Sul, _____ de novembro de 2020.

Cumpriu sua sentença. Encontrou-se com o único mal irremediável, aquilo que é a marca do nosso estranho destino sobre a terra, aquele fato sem explicação que iguala tudo o que é vivo num só rebanho de condenados, porque tudo o que é vivo, morre. (Ariano Suassuna).

AGRADECIMENTOS

Enquanto decidimos cursar uma graduação e encarar as suas exigências, as demandas da vida além muros da faculdade não cessam! Sou grato pelos processos que passei em minha vida pessoal e que se encontraram com a rotina da faculdade. Pelas dores e delícias de encontrar os caminhos corretos e significativos e pelo amparo encontrado na Psicologia. Neste momento de fechamento de ciclos, só me resta registrar a gratidão.

Aos meus pais pela vida! Pelo incentivo aos estudos e à leitura desde a infância, obrigado por tantos gibis... Que mesmo com todos os percalços que a vida nos trouxe demonstram seu amor e apoio aos meus planos; je vous aime!

A meu irmão Levi, que tanto me ensina com sua sabedoria juvenil e pelo apoio incondicional, por aguentar meus humores e compartilhar os merecidos momentos de descontração durante essa caminhada.

À Jéssica e Priscila, que estão sempre perto embora a distância. Por me acolherem e apoiarem sempre, por extrapolarem os laços familiares e se tornarem verdadeiras amigas, por acolherem meus dramas sobre este TCC e compreenderem minhas ausências em nosso rico grupo de três pessoas, que significa muito para mim.

Aos amigos, de perto e de longe, novos e de longa data, minha gratidão por me permitirem estar sempre perto. Por compartilharem comigo as experiências da vida universitária, os sonhos e conquistas.

À Cintia, minha orientadora. Pelo aceite e contribuições para a construção deste trabalho. Pela paciência em ouvir minhas mil e uma ideias e me colocar com os pés no chão, aprendo sempre com você!

Às (os) Mestres, que criaram as pontes necessárias para que eu me encantasse com a Psicologia a cada novo semestre. Por demonstrarem tanto zelo, ética e comprometimento para com a nossa belíssima área, suas práticas me inspiraram.

Às (os) colegas de turma que se tornaram amigas (os) queridas (os), por compartilharem das angústias e alegrias que permearam nossa caminhada. Em meio a aulas, seminários, cansaço, me permitiram desabrochar e criar laços que considero fundamentais para meu crescimento. Chris, Djani, Érica, Ingrid, James, “Rafas”, Yas: todo sucesso do mundo para vocês! Embora não tenhamos dividido os bancos da faculdade na mesma fase, Bianca, Camila e Savana, vocês me ganharam – que sorte a minha.

À UNIDAVI, por ser o local físico e simbólico que marca o início da minha relação com a Universidade. Ao Programa Universidade para Todos (PROUNI) pela possibilidade de adentrar na jornada do Ensino Superior; que a minha prática encontre retorno social e reflita a minha gratidão.

Conforme nos lembra Epicuro, “As pessoas felizes lembram o passado com gratidão, alegram-se com o presente e encaram o futuro sem medo.”. Que assim seja!

RESUMO

Tendo em vista que as noções de morte para os profissionais das áreas da saúde podem influenciar em suas práticas de cuidado e ainda, que muitos deles apresentam sofrimentos significativos ao lidar com as perdas e o luto profissional, esta pesquisa tem por tema a morte como uma experiência humana, tecendo reflexões acerca do processo de morte e morrer. Identificar as percepções dos profissionais das áreas da saúde a respeito da morte se estabelece como objetivo geral deste trabalho. Realizou-se então uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Verifica-se que as percepções sobre a morte estão envoltas em processos desenvolvimentais, culturais e históricos, estes observam o fenômeno sob diferentes ângulos e lançam diversas possibilidades de reações e visões diante do processo; desde concepções mais naturalistas até mesmo ao medo e negação da morte pôde ser identificado. Aos profissionais da saúde ainda recai a importância do seu preparo acadêmico, por vezes insuficiente com relação às temáticas da morte e o morrer, se valendo dos conhecimentos técnicos detrimento de relações dialógicas entre saberes. Se faz necessário que o sofrimento vivenciado possa ser melhor gerido por habilidades práticas e emocionais oferecidas por uma formação humanizada, capaz de humanizar e lançar novas perspectivas sobre a morte.

Palavras-Chave: Finitude, Profissionais da Saúde, Atitude diante da morte.

ABSTRACT

Bearing in mind that the notions of death for health professionals can influence their care practices and that many of them have significant suffering when dealing with losses and professional grief, this research has the theme of death as a human experience, reflecting on the process of death and dying. Identifying the perceptions of health professionals about death is established as the general objective of this work, for that purpose we sought to investigate and theoretically understand the theme that involves the death process, to theoretically characterize health education with regard to theme that involves death and Recognize the attitudes of health professionals towards death. Then, a bibliographic review with a qualitative, exploratory and descriptive approach is carried out. It appears that the perceptions about death are involved in developmental, cultural and historical processes, they observe the phenomenon from different angles and launch different possibilities of reactions and visions regarding the process; from more naturalistic conceptions to even the fear and denial of death could be identified. Health professionals still have the importance of their academic preparation, which is sometimes insufficient in relation to the themes of death and dying, using technical knowledge to the detriment of dialogical relationships between knowledge. It is necessary that the suffering experienced can be better managed by practical and emotional skills offered by humanized training, capable of humanizing and launching new perspectives on death.

Keywords: Finitude, Health Professionals, Attitude towards death.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Procedimentos de leitura.....	31
Quadro 2 – Metadados.....	31
Quadro 3 – Categoria 1: Morte.....	34
Quadro 4 – Categoria 2: Formação acadêmica e morte.....	39
Quadro 5 – Categoria 3: Atitudes evidenciadas frente à morte e o morrer.....	44

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 TEMA.....	12
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	12
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 Geral	13
1.3.2 Específicos	13
1.2.1 Geral	13
1.2.2 Específicos	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 DESENVOLVIMENTO HUMANO E MORTE	14
2.2 MORTE E CULTURA.....	18
2.3 MORTE E DOENÇA.....	21
2.4 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A MORTE	24
2.4.1 A morte na formação acadêmica da área da saúde.....	25
3. METODOLOGIA	29
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	29
3.2 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS ADOTADOS	29
3.3 ANÁLISE	30
4. RESULTADOS	31
4.1 CARACTERIZAÇÃO METODOLÓGICA DOS ARTIGOS REVISADOS	31
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.2.1 Categorias de análise e discussão	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS.....	54

1. INTRODUÇÃO

A morte ainda é encarada como tabu em muitos espaços da sociedade, entretanto o que acontece quando essas percepções se encontram em ambientes de saúde?

É sabido que, historicamente, os currículos dos cursos da área da saúde priorizam a temática da morte apenas em seus aspectos biológicos - recaindo em um modelo biomédico distanciado de aspectos psicossociais da sua profissão - em detrimento de reflexões mais amplas, considerando os demais temas pertinentes a este inexorável acontecimento em seus ambientes de trabalho.

A primeira experiência com a morte acontece na graduação e, de acordo com Albuquerque et al. (2014) diversos estudos realizados na última década buscaram visibilizar as consequências da formação deficitária com relação a temática e explicitam diversas consequências negativas, como sofrimento psíquico, depressão, estresse, angústia, síndrome de burnout, entre outros.

Defrontar-se com a morte portanto, é também um desafio pessoal aos profissionais e com relação à sua própria ciência e fazer profissional. O contexto hospitalar – feito campo de atuação -, por exemplo, pode ser encarado como local de cura ou morte; a todo momento a atuação perpassa por essas possibilidades. A maneira de lidar e perceber o fenômeno pode acarretar em manejos pessoais mais ou menos acertados com relação a este. Deve-se considerar ainda, que as crenças, rituais, possíveis medos e anseios frente ao tema que permeiam a vida pessoal destes profissionais, podem refletir em sua prática laboral.

Desta forma, a relevância desta pesquisa consiste em que conhecer as percepções acerca do tema se faz útil para compreensão das atitudes dispendidas aos cuidados dos pacientes e aos próprios recursos de enfrentamento, das origens de tais percepções e, ainda, possibilitar até mesmo o desenvolvimento de medidas mais saudáveis, se necessário.

Como disse Toquinho, o compositor, “A gente mal nasce, começa a morrer”. Diferente do que se pode pensar, o contrário de vida não é a morte. Ela é apenas mais uma parte do ciclo vital; o contrário de morrer é o nascer. Vida é tempo, diz respeito a tudo que é feito neste intervalo. Crescemos, envelhecemos e nossas maneiras de percebê-la se modifica ao longo desse percurso. Em *Desenvolvimento Humano e Morte* essas distinções são explicitadas.

A maneira de enfrentar esta jornada é subjetiva, porém algumas aprendizagens e costumes podem ser coletivos. O desenvolvimento de percepção da morte depende de algumas variáveis como, por exemplo, da época, contexto social a que pertence, da cultura que se insere, do estágio do ciclo vital em que se está, da educação recebida (...). *Morte e Cultura* se

entrelaçam e produzem formas variadas de encarar e manejar a morte e o luto em diferentes partes do mundo e ao longo da história. Ocorrendo ainda que, “Por tradição cultural, familiar ou mesmo por investigação pessoal cada um de nós traz dentro de si "uma morte", ou seja, a sua própria representação da morte. São atribuídas a esta, personificações, qualidades, formas.”. (KOVÁCS, 1992, p. 1).

De acordo com Arantes (2019) uma pesquisa solicitada pelo Sindicato dos Cemitérios e Crematórios Particulares do Brasil, em 2018, identificou as percepções dos brasileiros sobre a temática da morte. Este estudo sustenta a necessidade de intervenções no sentido de dar abertura ao tema da finitude. Os resultados mostram que mais de 70% afirma não falar sobre a morte no cotidiano e ainda é associada a sentimentos difíceis os quais “[...] tristeza (63%), dor (55%), sofrimento (51%), medo (44%). Somente uma pequena parcela faz associação a sentimentos que não estão no campo da angústia, como aceitação (26%) e libertação (19%).”. (ARANTES, 2019, p. 189).

O contexto de atenção à saúde – e à doença -, quer seja hospitalar ou não, contém um elemento comum a todos os pacientes: a morte. Ela acontecerá mais cedo ou mais tarde àquele paciente atendido por uma virose ou por um câncer, sem distinção. Embora se considere que esta tenha sido sequestrada para o ambiente hospitalar, ela pertence a cada um de nós; com suas representações, medos e mistérios. *Morte e doença* é o capítulo que procura estabelecer as implicações do adoecimento para a percepção de morte.

Afinal, morremos! Morre o paciente e o profissional da saúde. Dado que morrer não é uma dúvida – se acontecerá ou não -, por que falar sobre a morte ainda é considerado mórbido e um tabu? Ao profissional da saúde, quais as repercussões pessoais e para uma prática de cuidado à pacientes que encaram sua finitude, ou ainda, àqueles que viram na morte a única saída para seus problemas? De onde vêm as competências para a atuação neste campo? *Os profissionais da Saúde e a Morte* estabelecem uma relação que se inicia bem antes da sua prática. A legitimidade e relevância desses questionamentos podem ser reveladas ao se realizar pesquisas nestes contextos sociais, culturais e de saúde sobre os processos de morrer.

1.1 TEMA

A morte como experiência humana: reflexões acerca do morrer.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a percepção dos profissionais das áreas da Saúde sobre o tema morte?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

- Identificar as percepções dos profissionais das áreas da saúde a respeito da morte a partir da literatura produzida sobre a temática.

1.3.2 Específicos

- Investigar e compreender a temática que envolve o processo de morte;
- Caracterizar a formação em saúde no que diz respeito a temática que envolve a morte;
- Reconhecer as atitudes dos profissionais da saúde frente a morte.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será abordado a temática da morte como parte do ciclo vital e ao longo dele, suas características culturais e sua relação com os profissionais da saúde – e a relação destes com ela.

2.1 DESENVOLVIMENTO HUMANO E MORTE

Um ciclo vital naturalmente compreende a morte. Mas parece que esquecemos disto ao longo dele.

De acordo com Kovács (1992, p. 3) “[...] A morte faz parte do desenvolvimento humano desde a mais tenra idade.”. E, entretanto, “O morrer, frequentemente, não é encarado como um processo natural e está rodeado de mistérios e receios.”. (BANDEIRA, 2014, p. 401).

Aprendemos temer a morte. Este medo é intrínseco ao processo de desenvolvimento e comum a todos os humanos e suas experiências e possui impacto nos demais medos que podemos ter, mesmo que esteja disfarçado em nossa consciência. Há uma funcionalidade vital para ele e uma necessidade da sua presença, exprime o que se entende por instinto de autoconservação ao servir como uma proteção à vida ao possibilitar a superação de instintos destrutivos. (KOVÁCS, 1992).

Segundo Hoherdoff e Melo (2009) a maneira de se compreender a morte não é estanque, mas evolui ao longo do desenvolvimento dinamicamente. Se entende que é possível elaborar essa compreensão em cadeia, continuamente. Assim, “A morte é um fato biológico, mas também apresenta aspectos sociais, culturais, históricos, religiosos, legais, psicológicos, clínicos, éticos e de desenvolvimento que, com frequência, estão intimamente interligados.”. (PAPALIA & FELDMAN, 2013, p. 636).

De acordo com Kovács (1992) embora as tentativas médicas de definir com exatidão o momento da morte, isto não se mostrou tão exato vide os relatos acerca de pessoas enterradas vivas, o que causa bastante medo ao decorrer dos tempos. Entretanto algumas definições são possíveis, como, por exemplo, “Em termos de função, a morte se caracteriza pela interrupção completa e definitiva das funções vitais de um organismo vivo, com o desaparecimento da coerência funcional e destruição progressiva das unidades tissulares e celulares.”. (KOVÁCS, 1992, p. 10).

Entre os critérios que atualmente definem a ocorrência da morte estão os seguintes, de acordo com Ziegler (1977) apud Kovács (1992, p. 11):

“1.Não-receptividade e não-reação total a estímulos externos, mesmo que dolorosos. Não há emissão de sons, gemidos, contrações, nem aceleração da respiração. 2.Ausência de movimentos respiratórios, falta de movimento muscular espontâneo ou de respiração ao se desligar o aparelho respiratório por um tempo mais longo. 3.Ausência de reflexos, ou coma irreversível com abolição da atividade do Sistema Nervoso Central. Ausência de reflexos condicionados como: reação da pupila, que fica fixa e dilatada mesmo na presença de luz, sem reflexo na córnea, faringe e tendões. 4.Encefalograma plano, comprovando destruição cerebral plena e irreversível.”.

E ainda, segundo Kovács (1992, p. 11):

A morte clínica é definida como um estado onde todos os sinais de vida (consciência, reflexos, respiração, atividade cardíaca) estão suspensos, embora uma parte dos processos metabólicos continue a funcionar. A morte clínica se tornou um conceito, pois atualmente todas essas funções vitais podem ser substituídas por máquinas, prolongando a vida indefinidamente. A morte total ocorre quando se inicia a destruição das células de órgãos altamente especializados, como o cérebro, os olhos, passando depois para outros órgãos menos especializados.

Visitando uma definição mais psicológica, pode ainda haver diversas outras, de eventos que são encarados como tal. Têm suas representações próprias e podemos desprezá-las, o que não faz com que deixem de existir. Vida e morte se enovelam durante todo o desenvolvimento humano, sendo uma questão não apenas de fim de vida. Mesmo que tentemos ignorá-la, como se esquecer fosse possível, é um trabalho contraproducente. (KOVÁCS, 1992).

Estas definições perpassam todo o ciclo vital; a criança já tem suas concepções, principalmente no que diz respeito a separação corporal definitiva. A representação da morte como ausência, perda, separação, desamparo é sentida pelas crianças já nos primeiros meses de vida pela descoberta da não onipresença da sua figura de referência de cuidados. Isto é vivenciado como mortes breves pois logo alguém aparece novamente para ampará-la, contudo, há psiquicamente esse registro. (KOVÁCS, 1992).

Sobre as percepções da criança, de acordo com Kovács (1992, p. 48):

“Ela tem uma aguda capacidade de observação e quando o adulto tenta evitar falar sobre o tema da morte com ela, a sua reação pode ser a manifestação de sintomas. Ao não falar, o adulto crê estar protegendo a criança, como se essa proteção aliviasse a dor e mudasse magicamente a realidade. O que ocorre, é que a criança se sente confusa e desamparada sem ter com quem conversar.”.

De acordo com Kovács (1992) ao se deparar com as mortes concretas ao seu redor, a criança se protege psiquicamente acreditando que a morte só acontece aos outros. O pensamento mágico e a onipotência fazem parte desta fase do desenvolvimento, o que leva a criança a se questionar sobre sua morte e também estabelecer uma culpa como relação desses fatores quando uma morte ocorre: entre um desejo e a morte real.

Com o decorrer do desenvolvimento chega à adolescência, esta que de acordo com Kovács (1992) vem acompanhada das evidentes mudanças corporais e de compreensão da morte. Ou seja, há cognição para o entendimento da irreversibilidade e universalidade, diferente do pensamento mágico recentemente deixado para trás, podendo também responder lógica e formalmente a ela. Assim, não tem mais o elemento protetor da inconsciência. Contudo, apesar de discutir e hipotetizar a respeito do tema, pode estar distante da morte, emocionalmente falando.

Ao refletir analiticamente a partir de Jung, Kovács (1992) elabora que na adolescência não há espaço para pensar na morte pois a libido se volta para a construção do mundo. Ou seja, é sua preparação para a vida em sociedade: sua utilidade, desenvolvimento profissional, busca e demandas da vivência de uma relação amorosa. É o momento de grandes construções pois a energia vital está voltada para estas dimensões, e não para pensar na morte.

Para Kovács (1992) entretanto, mesmo vivenciando mortes concretas de amigos, por exemplo, o pensamento se constrói em torno da ideia de que este que morreu poderia ter evitado, e ele que é – simbolicamente - o herói vigoroso, não morrerá. Mas intimamente se questiona se também passará por esta experiência, é uma fase marcada pela ambivalência dessas relações vida-morte.

Kovács (1992, p. 56) sintetiza que:

“A adolescência é um período do desenvolvimento em que a vida e a morte encontram o seu auge. A vida pela sua possibilidade de desenvolvimento pleno e a morte como uma continuação desta plenitude, embora o adolescente dê o tempo todo a impressão de que, para ele, ela não existe.”.

Já na fase adulta, com suas indefinições conceituais e perceptivas e limites imprecisos, o sujeito assume algumas responsabilidades. Estas incluem sua comunidade, seus relacionamentos afetivos e familiares; é a fase da construção desses pilares que constituirão seus espaços de vivência. Neste cenário, a morte perde espaço na consciência. (KOVÁCS, 1992).

Temos o registro de todas as experiências anteriores, o nascimento, infância e adolescência e início desta nova fase. Ao colocá-las em perspectiva se observa uma transformação na percepção da morte, ela pode acontecer consigo! Essa constatação possibilita ressignificar a vida, realinhar o uso do tempo para o que realmente faz sentido e reconhecer, respeitar e aprender com os limites. (KOVÁCS, 1992).

Então, conforme Kovács (1992), finalmente chegamos a fase do desenvolvimento chamada de velhice. Esta não tem um início muito definido, mas com certeza tem o seu final. Este período pode ser carregado de estigmas e percepções negativas fruto de vivências das perdas funcionais, materiais, familiares (...). Subjetivamente, a maneira de experienciar este momento está vinculado a todo o processo desenvolvimental, e ainda pode enfatizar a morte ou a vida. A temporalidade assume maior importância, a trajetória de descida é acompanhada pela ressignificação, abandono e admissão de valores trazidos da juventude, não se pode parar o tempo e essa verdade é cada vez mais encarada de frente. Neste momento, perceber a morte como o limite final retoma as sensações de perdas, então ela assume características como “[...] solidão, tristeza, pobreza. Uma das imagens mais fortes da morte é a da velhice, representada por uma velha encarquilhada, magra, ossuda, sem dentes, feia e fedida. É uma visão que nos causa repulsa e terror.”. (KOVÁCS, 1992, p. 9).

Neste período do ciclo de vida, há muitas características que contribuem para a formação de um perfil que inclui, de acordo com Barreto (2010) a perda de sentido num montante de perdas e qualidade de vida. Ao passo que se acumulam as perdas, cresce uma expectativa de morte na hora certa e longe do isolamento e da aparelhagem barulhenta e colorida de um hospital, que os afasta dos entes queridos que gostariam de ter por perto no momento de passagem.

Sobre o morrer na velhice e em sua decorrência, Barreto (2010, p. 394) expõe que o processo “[...] em sua grande maioria vai se dando aos bocados. Os idosos são lentamente sobrepujados pelos defeitos cumulativos do seu processo de desmame da vida [...]”. De acordo com Kovács (1992, p. 10) “A velhice permitiu que se fizessem estudos sobre o processo de morte. A chamada "morte natural" é a que não ocorre por acidentes ou doença fatal.”.

Barreto (2010, p. 389) ao discorrer a respeito da morte natural, afirma que:

“As ciências jurídicas e a justiça não consideram legal que se morra porque a vida chegou a um fim, por maior que seja a noção de que a vida acaba, que nascemos, crescemos, amadurecemos, envelhecemos e morremos. Morrer de velhice em todas as culturas contemporâneas é uma coisa ilegal. Tem que haver uma *causa mortis* definida no atestado de óbito, ou de outra forma haverá a necessidade de uma necropsia para que esta *causa mortis* seja definida. Morrer simplesmente porque a vida chegou ao fim não é possível do ponto de vista legal.”.

Portanto, diante do processo desenvolvimental, para Lima, Nietzsche e Teixeira (2012, p. 184) “A morte é a fase do ciclo vital que encerra o período de existência, porém, ela assume uma representação para cada indivíduo de acordo com seu meio bio-psico-socio-cultural.”. E também, para “[...] Além das variáveis relacionadas com o desenvolvimento humano a cultura

e as situações de perda que vivenciamos contribuem para que formemos nossa visão sobre a finitude.”. (HOHERDOFF; MELO, 2009, p. 481).

2.2 MORTE E CULTURA

Elisabeth Kübler-Ross (2017), médica psiquiatra e uma grande humanitária, precursora dos estudos sobre tanatologia e cuidados paliativos, escreveu extensamente a respeito da morte, para ela ainda há uma concepção de que o evento do morrer seja medonho e pavoroso, sentimento comum aos homens no decorrer da história. Basta estudar os povos e culturas antigas para constatar suas práticas fúnebres e entender que sempre houve medo e repulsa.

Desde a aurora da civilização o processo da morte e o morrer suscita dúvidas, curiosidades, fascinação e terror. Hoje no ocidente, as concepções aflitivas da morte levam a um processo de negação (LIMA; NIETSCHE; TEIXEIRA, 2012). A negação da morte se torna comum. “Quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte. Como isso é possível?” (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 11). De acordo com Kovács (1992, p. 14) “O medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos, independentemente da idade, sexo, nível sócio-econômico e credo religioso.”.

De acordo com Kübler-Ross (2017, p. 6):

[...] Do ponto de vista psiquiátrico, isto é bastante compreensível e talvez se explique melhor pela noção básica de que em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos. É inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa vida na terra e, se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora de nosso alcance. Explicando melhor, em nosso inconsciente só podemos ser mortos; é inconcebível morrer de causa natural ou idade avançada. Portanto, a morte em si está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo.

Com relação às mudanças sociais e tecnológicas e as percepções de morte, segundo Kübler-Ross (2017) o avanço tecnológico proporciona meios de destruição catastróficos para nós, humanos temerosos da morte. Tentamos então nos prevenir e proteger, psicologicamente, da sua imprevisibilidade; ainda acreditando inconscientemente numa imortalidade de si. Podemos aceitar a morte dos outros e nos contentar em não estarmos nos noticiários como estatísticas, nos números dos mortos em guerras, nos acidentes de trânsito.

De acordo com Arantes (2019) apesar de muitas pessoas expressarem seu medo pela morte, vivem uma vida insuficiente e longe do considerado saudável mental e fisicamente. E assim, morrem muito antes do seu dia final. Em alternativa, elaborar um respeito pela morte

gera uma responsabilidade para com a vida, pois de nada adianta ter medo, e nem coragem; a morte é para todos.

Para alguns autores, a conceitualização da morte extrapola ainda seus limites psicológicos e fisiológicos, conforme Almeida e Falcão (2013, p. 233) “A morte é um fato biológico moldado pela experiência e pelo comportamento de maneira socialmente específica.”. E, ainda, para Santos (2009, p. 16) “Morrer é mais do que um evento biológico; tem uma dimensão religiosa, social, filosófica, antropológica, espiritual e pedagógica.”.

Deste modo, mesmo que a morte e a perda sejam experimentadas por todos, ela sofre influências culturais e históricas que formatam a maneira com que cada sujeito a encare e aja diante do fato da sua própria finitude (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Tememos o desconhecido, da existência humana a morte é o acontecimento incógnito que causa assombro, naturalmente. E, ainda, ao morrer o outro há a lembrança de que a experiência também se dará em primeira pessoa. E, como forma de lidar com a nova realidade que se impõe, criamos subterfúgios para nos reconfortar; podemos acreditar em outras vidas após a morte, realizamos os diversos rituais funerários – honrando e chorando sobre o corpo morto -, e ainda podemos criar algo de sagrado em nossas vidas que não compreende uma explicação tangível. (SOUZA; SOUZA, 2019).

Conforme Papalia & Feldman (2013) os costumes que envolvem a morte desde o luto até os preparos e encaminhamentos após o enterro do falecido refletem uma cultura, uma guia religiosa e uma visão que determinada sociedade tem sobre a morte.

A seguir, algumas considerações sobre o tratamento da morte por diferentes povos e culturas. “Aspectos culturais da morte incluem os cuidados relativos aos doentes terminais e aos mortos, o ambiente onde a morte costuma ocorrer, bem como costumes e rituais relativos ao luto [...]”. (PAPALIA & FELDMAN, 2013, p. 636).

Os quais para Papalia & Feldman (2013, p. 636) incluem:

“[...] – da vigília noturna dos irlandeses, quando amigos e familiares brindam à memória da pessoa morta, até o shiva judeu, que dura toda uma semana, quando então se expressam sentimentos e se compartilham lembranças sobre o falecido. Algumas convenções culturais, como hastear uma bandeira a meio mastro após a morte de uma figura pública, são codificadas em lei.”.

Segundo Santos (2009) a origem da morte é explicada por meio de mitos e histórias seja nas sociedades atuais ou muito antigas e todas desenvolveram sistemas fúnebres que abarcam um entendimento pessoal e social desta. “Os egípcios da Antiguidade expressavam sua inquietação com a morte por meio da arte, religião e nas ciências. Neste sentido, esses povos

“[...] desenvolveram um sistema bastante explícito e detalhado. Pirâmides, tumbas, múmias, objetos mortuários, escritos funerários e o Livro dos Mortos, todos testemunham um otimismo fundamental perante a morte.”. (SANTOS, 2009, p. 15).

Viajando no tempo, chegamos na civilização grega antiga, que conforme Santos (2009, p. 16) “[...] nos legou ensinamentos sobre a preocupação com a morte através dos escritos de Esopo sobre Eros e Psique, Hipnos e Tanatos, representando, respectivamente, o amor e a alma, o sono (uma espécie de morte) e a morte.”.

Com relação aos rituais com o corpo após a morte, segundo Ausbel (1964) apud Papalia & Feldman (2013) enquanto o ritual de cremação era sinal de honra para o corpo dos heróis na Grécia antiga, e ainda utilizada por hindus na Índia e Nepal, ela é proibida por lei entre os ortodoxos judaicos devido a sua crença da ressurreição dos mortos no Juízo Final.

Em Santos (2009) encontramos revisões antropológicas sobre enterros que datam de pelo menos 150.000 anos atrás demonstrando objetos e comida enterrados junto ao corpo, e corpos pintados e em posição fetal representando as crenças da passagem do mundo dos vivos para o dos mortos, numa espécie de renascimento. Em contrapartida, conforme Kübler-Ross (2017), os hebreus consideravam o corpo do morto como impuro e intocável. As flechas lançadas ao céu pelos antigos índios americanos para afugentar os maus espíritos podem se assemelhar, simbolicamente, a salva de tiros num ritual funerário militar. O desejo de enterrar bem fundo os espíritos do mal podem ter originado a tradição dos túmulos.

Segundo Kovács (1992, p. 28) “Desde o homem de Neanderthal são dadas sepulturas aos mortos. A morte faz parte do cotidiano, é concreta e fundamental. Qualquer grupo, mesmo os mais primitivos, não abandonam os seus mortos.”.

Sobre a relação dos vivos para com os mortos, segundo Papalia & Feldman (2013) há grupos que mantêm maior proximidade e contato, como nos rituais religiosos no Japão que incentivam a manutenção de um altar em casa dedicado aos ancestrais e em Gâmbia onde os mortos são considerados parte da comunidade. E também há aqueles que temem os espíritos dos mortos e fazem questão de esquecer-los rapidamente, como os *hopi*, nativos americanos.

Souza e Souza (2019) destacam a importância e inferem que o zelo despendido aos rituais relacionados a morte permite aos vivos aliviar alguns possíveis sentimentos de culpa, o rito fúnebre é crucial para o que se chama de maturação psicológica. Defrontar-se com a perda concreta, elaborar um processo de luto saudável com a sua justa manifestação pública são as consequências positivas e funções relevantes destas cerimônias.

Diferentes culturas têm distintas reações frente a morte. A forma, bem como a duração considerada normal para o luto, difere grandemente entre as culturas. As diferenças aparecem

também na maneira de expressar publicamente seu luto: desde o uso de vestimenta preta como, por exemplo, na Grécia e Itália onde as mulheres vestem esta cor para o resto de suas vidas após a morte do marido, até mesmo comportamentos mais radicais como membros da família pularem na cova após o caixão ser baixado ou mulheres na Índia se atirarem na pira funerária como um sacrifício para a vida pós morte dos maridos. (WALSH; MCGOLDRICK, 1998).

Neste sentido, para Osterweis, Solomon & Green (1984) apud Walsh & MCGOLDRICK (1998, p. 201), “Na cultura porto-riquenha, espera-se que particularmente as mulheres “expressem seu sofrimento dramaticamente por meio de demonstrações de ataques e emoções incontroláveis”. E, em contrapartida, “[...] nas sociedades do sudeste asiático, embora homens e mulheres participem de demonstrações públicas de emoção, em privado espera-se que eles se mantenham compostos e estóicos quanto a seus sentimentos.”. (WALSH & MCGOLDRICK, 1998, p. 201). Ainda, no extremo oposto, os descendentes britânicos preferem racionalizar, seus funerais são pragmáticos. A morte no hospital é vista com bons olhos pois a organização dos procedimentos é garantida pelo pagamento do serviço e não incorre em obrigações emocionais e envolvimento familiar. Em comparação, grupos étnicos como italianos, gregos, porto-riquenhos, indianos podem sofrer com essa privação emocional e física do processo, pois valorizam com naturalidade o cuidar de um familiar nesses momentos. (WALSH; MCGOLDRICK, 1998).

Para Kovács (1992, p. 29) “Os ritos estão muito associados às representações de morte”. Então, em síntese, “[...] o caráter simbólico dos rituais, incorporados pelos indivíduos, comunica socialmente e fornece sentido à realidade, ajudando a simbolizar a morte do ente querido, visto que se trata de um momento extremamente doloroso e de difícil aceitação.”. (SOUZA; SOUZA, 2019, p. 6).

Desta forma, conforme Papalia & Feldman (2013, p. 637) embora a diversidade das manifestações, todas essas práticas e costumes auxiliam a passagem pela turbulência que uma morte pode causar ao fornecer significados. Essas intempéries são encaradas de maneiras diferentes ao longo do tempo, perdendo-se a naturalidade, assim “O que mudou foi nosso modo de conviver e lidar com a morte, com o morrer e com os pacientes moribundos.”. (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 9).

2.3 MORTE E DOENÇA

Não temos o hábito de falar sobre a morte no café da manhã, isto é fato. E, de acordo com Kübler-Ross (2017) uma das ocasiões que nos obriga a pensar no tema é quando uma

doença ameaçadora é descoberta. O exercício de pensar na morte e no morrer enquanto estamos bem é incentivado extensamente pela autora. Do contrário, a lembrança da nossa morte será atroz ao nos depararmos com um diagnóstico de câncer de algum familiar, por exemplo. “[...] Portanto pode ser uma benção aproveitar o tempo da doença para refletir sobre a morte e o morrer em relação a nós mesmos, independentemente de o paciente encontrar a morte ou ter a vida prolongada.”. (KÜBLER-ROSS, 2017, p, 33).

Conforme Kovács (1992, p. 226) “Toda doença é uma ameaça à vida e, portanto, pode aparecer como um aceno à morte.”.

Neste sentido, para Kovács (1992, p. 26):

“O medo da vida e da morte podem estar presentes também em várias doenças. Muitos dos sintomas neuróticos servem para reduzir e estreitar a qualidade de vida, evitando situações de morte. A neurose, no seu processo de evitamento da morte, faz com que o indivíduo acabe se matando simbolicamente, diminuindo a sua ação, isolando-se das pessoas, vivendo como se estivesse morto. A abstenção das experiências vitais elimina o medo da morte e, consigo, a própria vida.”.

O sofrimento oriundo de um diagnóstico de doença grave que ameaça a continuidade da vida é percebido de maneiras diferentes por cada pessoa; sofrer é subjetivo. Segundo Arantes (2019) esta morte anunciada pode ser uma possibilidade de vislumbrar um sentido de vida e tentar realizar desejos. Então, a percepção de nossa mortalidade o seu pesar não vem apenas de um processo de morte.

Assim, para Kübler-Ross (2017, p. 40):

“Se uma doença maligna é apresentada como uma doença sem esperança provocando algo como “o que adianta, nada mais se pode fazer”, começa um período difícil para o paciente e para os que o rodeiam. O enfermo sentirá um crescente isolamento, uma perda de interesse por parte dos médicos e uma falta de esperança cada vez maior. Pode piorar a olhos vistos, ou mergulhar numa depressão profunda de onde será difícil emergir, a menos que alguém lhe incuta um sentimento de esperança.”.

De acordo com Kübler-Ross (2017, p.11) “Há muitas razões para se fugir de encarar a morte calmamente. Uma das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano.”. Ainda, para a autora “Morrer se torna um ato solitário e impessoal porque o paciente não raro é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência. [...] o caminho para o hospital é aqui o primeiro capítulo da morte como, de fato, acontece com muitos.”. (KÜBLER-ROSS, 2017, p.12).

De acordo com Santos (2009) essas práticas da chamada medicalização da morte tiveram seu início a partir do início do século XIX, com as mudanças gerais trazidas pela Revolução Industrial. Neste momento nasce novas classes sociais e seus valores socioeconômicos e morais, medidas mais eficientes em termos de saúde pública e higiênico-sanitarista, com a construção de grandes hospitais com as novas tecnologias e práticas na lida com a morte, e estas passam a ser distanciadas da família, impessoais, sem sentido. O fracasso terapêutico dá lugar para a morte natural, que encontra seu espaço nos hospitais. A regulação da duração da morte é a única possibilidade médica nesta perspectiva, já que suprimi-la não é realizável. Neste sentido, conforme Almeida e Falcão (2013) o cenário hospitalar cresce como espaço terapêutico e de referência à manutenção da vida e enfrentamento da morte.

Em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer*, Kübler-Ross (2017) conta a história de um fazendeiro doente que morreu em casa, cercado de seus familiares. A autora discorre sobre a importância de que as crianças fiquem a par destes acontecimentos, participando de conversas e sendo esclarecidas, podendo compartilhar do luto. As consequências negativas de afastar as crianças sob o pretexto de protegê-las podem minar a confiança que terão nos adultos, afinal, elas percebem que a situação familiar mudou, que uma história mirabolante foi contada, e quando puder se dar conta da realidade pode ser uma experiência muito penosa, pavorosa e traumática. A participação no luto “É uma preparação gradual, um incentivo para que encarem a morte como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e amadurecer.” (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 10).

A alta sofisticação do saber humano sobre a ciência poderia proporcionar caminhos melhores rumo a uma preparação pessoal e familiar para a lida com morte. “Ao contrário, já vão longe os dias em que era permitido a um homem morrer em paz e dignamente em seu próprio lar.”. (KÜBLER-ROSS, 2017, p.10).

Assim, para Kübler-Ross (2017, p.10):

“[...] Se permitem que um paciente finde seus dias no querido ambiente familiar, isto requer dele menor adaptação. Seus familiares conhecem-no suficiente para substituir um sedativo por um copo de seu vinho preferido; ou o cheiro de uma boa sopa caseira pode lhe despertar o apetite para sorver algumas colheradas [...]”.

Segundo Barreto (2010) os avanços tecnológicos trouxeram além da possibilidade de controle de doenças degenerativas, por exemplo, prolongando a longevidade, também avanços no que diz respeito à manutenção de vida – que utilizada de maneira equivocada pode produzir iatrogenia – e suscitado debates acerca da morte digna. Protocolos de manutenção de vida, de não iniciação de determinados tratamentos, de suspensão de tratamentos já iniciados, bem como

a regulamentação legal destas condutas são oriundos de importantes pesquisa acerca da relação de médicos e pacientes frente a terminalidade.

Almeida e Falcão (2013, p. 228) situando outros estudos sobre o tema, apontam reações paradoxais “[...] ao mesmo tempo em que permitem uma melhora nas condições de vida dos indivíduos e promovem um retardamento da morte, ocasionam questionamentos acerca da manutenção da vida e aceitação da terminalidade humana.”.

2.4 OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E A MORTE

A saúde não é um fator alheio à cultura e sociedade, mas se configura como produto destas. Da mesma forma acontece com a morte.

Segundo Bandeira et al. (2014) os processos de morte vêm sendo discutidos pelas diversas áreas do conhecimento, mas são os profissionais de saúde que têm maior contato com ela e merecem uma atenção especial. De acordo com Souza e Boemer (2005, p. 50) “[...] os profissionais de saúde são aqueles que têm a incumbência de zelar pelo cuidado da saúde do homem, de modo a postergar, o máximo possível essa vivência tão temida.”.

Não importa o motivo, a morte faz parte do nosso dia a dia; temos atração ou repulsa, curiosidade ou terror...Para médicos, enfermeiros, psicólogos e demais profissionais que atuam na área da saúde essa proximidade cotidiana se torna inevitável, podendo se tornar literalmente uma companheira de trabalho. (KOVÁCS, 1992). Ocorre que “[...] Da mesma maneira que a sociedade lida com a morte, na tentativa de excluí-la do cotidiano, os profissionais da saúde parecem também utilizar esse subterfúgio.”. (BANDEIRA et al., 2014, p. 401).

Assim, “a morte, apesar de ser uma parte da existência humana, traz consigo uma grande carga de angústias e temores para quem dela se aproxima e também para os profissionais de saúde que têm como responsabilidade prestar assistência aos pacientes gravemente enfermos.”. (SOUZA; BOEMER, 2005, p. 53).

Neste sentido, o questionamento de Kübler-Ross (2017, p.13):

“O fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas atenções nas máquinas, já que elas estão menos próximas de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e, por último mas não menos importante, nossa própria mortalidade?”.

E, neste cenário, “[...] o profissional da saúde encara diversos sentimentos de impotência, culpa, tristeza e medo, relacionados com o processo de morrer e morte, ficando

frente a frente com algo que frequentemente não podem dominar.”. (LIMA; NIETSCHKE; TEIXEIRA, 2012, p. 182). Sobre o cuidar em situação de morte, ao lidar de maneira tão próxima com a possibilidade da morte, estes profissionais podem se deparar com uma frustração da expectativa de cura e recuperação da saúde. Afinal, existem condições que mesmo com toda a tecnologia e serviço da equipe, o paciente morre, e nestes momentos pode ser vivenciado um sentimento de incompetência por não salvar a vida que foi confiada aos seus cuidados; ignorando que morrer é inerente à existência. (SOUZA; BOEMER, 2005). Diante da morte iminente de pacientes alguns profissionais ainda agem como que ignorando o desenvolvimento do processo, assim “O médico tornou-se o senhor da vida e da morte. Não raro vemos médicos que perderam o discernimento, tentando medidas quixotescas quando a morte já venceu a batalha.”. (KOVÁCS, 1992, p. 227).

De acordo com Azeredo, Rocha e Carvalho (2018) falar sobre morte é uma constante entre profissionais da saúde pelas considerações a respeito dos limites terapêuticos, por exemplo, mas que recaem sobre procedimentos, técnicas, administração de medicamentos, sendo raros os espaços de diálogo acerca dos sentimentos e percepções destes sobre a morte. Para Lima et al. (2012) trabalhar a temática da morte numa esfera puramente biologicista, pondo-a em oposição a vida pode limitar o diálogo e causar medo, sofrimento e frustração. Enquanto uma abordagem mais ampla que considera os aspectos multifatoriais e biopsicossocioculturais e as ações e emoções imbricadas, pode dissolver essa limitação.

Sobre a formação para a morte, Azeredo, Rocha e Carvalho (2018, p. 43) concluem que “Se não existe vida sem morte — e, em consequência, a morte faz parte da vida dos profissionais da saúde —, ao educar o aluno para o enfrentamento da morte, estamos respeitando a integralidade do doente, do aluno e a nossa, como sujeitos de nossa vida e de nossa morte.”.

2.4.1 A morte na formação acadêmica da área da saúde

Uma proposta de educação em saúde contextualizada com a realidade social e cultural pode ser muito positiva, entretanto alguns temas, como os que envolvem a morte e o morrer, ainda não são tratados em sua totalidade em nenhuma dessas esferas.

Neste sentido, para Lima et al. (2012, p. 196) “A sociedade ocidental nega a morte, e a educação, que é oferecida aos profissionais da saúde, não se diferencia do restante da sociedade.”. Ao refletir que o processo de formação em saúde se dá em momentos que unem teoria e prática, Bandeira et al. (2014) observam que a falta de discussão teórica da temática morte pode acarretar num fazer profissional despreparado.

Em seu estudo de revisão integrativa da literatura, Lima et al. (2012, p. 196) encontraram que “Os cursos de formação, na área da saúde, atribuem pouca ou nenhuma importância à abordagem sobre terminalidade humana, tornando-se uma questão preocupante, haja vista que o encontro do profissional da saúde com a morte é inevitável na rotina diária de serviço.”.

Em sua pesquisa com médicos atuantes em UTI e Clínica Médica, Almeida e Falcão (2013, p. 228) concluíram que:

“[...] a constatação dos limites de atuação médica, as dificuldades em lidar tanto com os pacientes em processo de morte como com suas famílias, as angústias causadas pela busca de explicações ou sentidos para a morte podem ser objeto de reflexão coletiva entre médicos, professores e estudantes. Todo um repertório de experiências pode viabilizar um valioso momento na educação médica, pela possibilidade de elaborar atitudes pessoais e profissionais para lidar com o que será inexorável em suas vidas: a morte.”.

Em uma pesquisa sobre a relação da graduação com a práxis em cuidados paliativos com 15 profissionais da saúde de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura, Bifulco e Iochida (2009, p. 96) encontraram que “A ausência da temática morte na formação acadêmica dos profissionais entrevistados foi sentida em sua totalidade. A morte foi-lhes passada como um momento frio e solitário.”. Ainda, para as autoras, “[...] Essa atitude cultural repassada ao estudante da área da saúde durante a graduação parece desprepará-lo para situações em que a cura já não é mais possível.”. (BIFULCO; IOCHIDA, 2009, p. 98).

De acordo com Kovács (1992, p. 227) “O primeiro encontro do estudante de medicina com a morte é na aula de anatomia, o que pode ser muito sofrido.”. Neste sentido, Elisabeth Kübler-Ross, ao escrever sobre a formação de médicos defendeu que o conhecimento dado não fosse automático e distanciado dos acadêmicos, para ela o progresso viria de uma formação que enfatizasse o relacionamento humano e interpessoal ao mesmo nível que se destaca a ênfase às tecnologias. (KÜBLER-ROSS, 2017).

Abrangendo outros cursos, segundo Kovács (1992) a graduação em enfermagem também enfatiza o ensino sob o prisma técnico e prático da função, deixando em segundo plano as emoções. Isto pode ser problemático considerando que o profissional desta área é o que está mais próximo do paciente e o conhece melhor; ele será chamado para conversar sobre aspectos do morrer. A família do doente também o buscará com suas demandas emocionais e quando este falece é a enfermagem que toma as primeiras providências.

Em sua pesquisa com docentes de um curso de enfermagem, (Bandeira et al., 2014) encontraram que uma barreira ao ensino da temática se dá pela própria formação destes professores; esta condução tecnicista privilegiou a impessoalidade e o repasse mecânico das

técnicas, que são úteis aos cuidados e curas, contudo, em detrimento de uma instrumentalização para o cuidado à quem experiencia um processo de morte.

Para Bandeira et al. (2014) além de contribuir para um hiato na formação acadêmica, as adversidades relacionadas a este tema vivenciadas por acadêmicos de enfermagem podem constituir uma negação do fato como parte natural do ciclo de vida gerando profissionais despreparados para prestar um cuidado integral aos pacientes frente a sua finitude e também aos familiares. Ressalta-se que estas ideias não se contrapõem ou desqualificam a formação técnica, apenas amplia a discussão tendo em vista a realidade prática de exposição e enfrentamento da morte.

Nesta pesquisa, Bandeira et al. (2014) encontraram ainda que alguns motivos para não se abordar a temática seja a falta de carga horária. Neste sentido os autores questionam a respeito da transversalidade e transdisciplinaridade necessária para o tratamento do tema morte, desta forma uma abordagem constante ao longo da graduação, com discussões amplas e profundas, merece destaque em detrimento a apenas uma disciplina específica. Algumas importantes considerações se concentram no fato dos pesquisados exporem uma fragmentação do tema morte durante a formação acadêmica, se fazendo necessário não apenas incluir no currículo mas também ampliar para cursos de educação permanente, inclusive em hospitais, visando promover uma mudança cultural e de postura dos profissionais diante de pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura.

Em Kovács, (1992) encontramos que ainda não se escrevia muito a respeito do (a) profissional de psicologia diante do tema da morte, o que a autora situa como um paradoxo pois a morte sendo uma inquietação universal do ser humano e a psicologia tendo como objeto de estudo esse homem e sua relação com o mundo, a morte deveria configurar com uma destacada preocupação de estudos e de prática profissional. Neste sentido, a autora situa os cursos de educação para a morte. Ao escrever a respeito do currículo do curso de psicologia considerar a abrangência e relevância da temática da morte, incluindo-a em suas várias abordagens, a autora elabora que a importância da temática no curso é indiscutível mas o seu aprofundamento colocado como opcional proporciona a livre escolha, assim como foi a da psicologia como saber e profissão. Ao escolher psicologia para o autoconhecimento buscamos compreensão e reflexão acerca da finitude.

Partindo da ideia de que estudar a morte pode auxiliar na elaboração desta por profissionais da área da saúde, a familiarização deste tema deve iniciar na graduação permitindo também um preparo pessoal de manejo. Ou seja, esclarecendo as dúvidas e preocupações ao

trabalhar questões de estresse e ansiedade que surgem ao se defrontar com situações de sofrimento. (SOUZA et al. apud BANDEIRA et al., 2014).

Em sua pesquisa, Bifulco e Iochida (2009, p. 98) lecionam que:

“A questão educacional é imperativa na conscientização da comunidade e na reformulação das políticas públicas e currículos dos cursos voltados à formação de profissionais da saúde, porém ainda são poucas as universidades que realizam essa formação em nível de graduação. A educação para lidar com a morte deveria ser um dos objetivos desses cursos, devendo ser entendida como um vasto campo de conhecimento que compreende o significado da morte, os processos de morrer, o pesar do luto, e envolve intencionalidade e planejamento, da mesma forma que outras disciplinas ou programas de saúde.”.

Considerando que a matéria prima do trabalhador da saúde compreende o ser humano em suas diversas fases de seu ciclo vital, incluindo a morte, se faz necessária a discussão acerca do processo da morte e o morrer, para construção de novos olhares para os conteúdos curriculares. Neste sentido, ao salientar a amplitude da temática, a abordagem transversal do tema morte desde a educação de nível fundamental e médio seria uma medida certa para construir uma cultura sólida onde a percepção da morte estaria isenta dos medos e ansiedades. (LIMA; NIETSCHE; TEIXEIRA; 2012).

Contudo, considerando as variáveis no processo e aprendizagem, de acordo com Bandeira et al. (2014, p. 406):

“Entende-se que não se deve colocar toda a responsabilidade do despreparo profissional para trabalhar com situações de morte iminente, no processo de formação da graduação, pois se compreende que seja fundamental repensar as vivências familiares, espirituais e educacionais, desde o ensino fundamental e médio. Contudo, é imprescindível o entendimento da academia como agente transformador de sujeitos reflexivos e promotora de condições para que o acadêmico vivencie as experiências envolvidas na assistência diante do processo de morte/morrer.”.

Lima et al. (2012) refletem ser desafiador se criar um novo olhar para o tema morte na assistência aos pacientes sem terapêutica de cura, o que se torna angustiante aos profissionais. Neste sentido, lança uma possibilidade: realizar pesquisas para compreender as concepções dos docentes acerca da temática seria um primeiro passo para transformar o ensino-aprendizagem. O objetivo seria de desmistificar o tema, modificando os pilares formativos com consequentes reflexos nas vidas pessoais e profissionais dos envolvidos.

3. METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este trabalho se caracteriza como pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa e descritiva.

De acordo com Creswell (2007, p. 43) “Revisões de literatura ajudam os pesquisadores a limitar o escopo de sua investigação e transmitem para os leitores a importância de estudar um tópico.”. Conforme Gil (2002) o desenvolvimento de uma pesquisa bibliográfica se dá com base em material já produzido como, por exemplo, livros e artigos científicos.

Sobre o modo de análise, de acordo com Neves (1996. p. 1):

“[...] a pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo de seu desenvolvimento; além disso, não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente, não emprega instrumental estatístico para análise de dados; seu foco de interesse é amplo [...]. Dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. Nas pesquisas qualitativas, é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir, daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados.”.

Ainda sobre essa modalidade, segundo Wolcott (1994) apud. Creswell (2007, p. 186) “A pesquisa qualitativa é fundamentalmente interpretativa. [...] Isso inclui o desenvolvimento da descrição de uma pessoa ou de um cenário, análise de dados para identificar temas ou categorias e, finalmente, fazer uma interpretação ou tirar conclusões sobre seu significado [...]”. Sobre as pesquisas descritivas, de acordo com Gil (2002, p. 41) estas “têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. Também são pesquisas descritivas aquelas que visam descobrir a existência de associações entre variáveis [...]”.

Neste sentido, este trabalho buscou expor a temática de forma a organizá-la para responder ao problema de pesquisa que é a percepção sobre a morte para diferentes profissionais das áreas da saúde.

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS ADOTADOS

No modo de pesquisa bibliográfica, realizou-se um levantamento de artigos científicos em bases de dados eletrônicos, sendo elas: PubMed, EBSCOhost Research Platform, Bibioteca Virtual em Saúde (Bireme) e SciELO. Foram considerados como critérios de inclusão os estudos realizados há no máximo dez anos, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol. Como critérios de exclusão: estudos não relacionados estritamente com a temática, estudos duplicados nas bases. O tipo de pesquisa (bibliográfica ou empírica) não foi

considerado como critério para inclusão ou exclusão. A busca se deu mediante a combinação dos seguintes descritores, nesta mesma configuração em todas as bases utilizadas: “Health professional”, Death, Perceptions, Attitude e “Attitude to Death”. Optou-se por utilizá-los em inglês pois em pesquisas prévias com o idioma português não se obteve um número significativo de artigos; assim foi feito para captar um maior número de estudos visto que as publicações geralmente utilizam este idioma.

3.3 ANÁLISE

Os resultados passaram pela análise de conteúdo e de categorias.

Segundo Bardin (1977, p. 31) este método diz respeito a “[...] um *conjunto de técnicas de análise das comunicações*. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos;”.

Conforme Castro, Abs e Sarriera (2011, p. 816):

“Bardin refere-se a seis técnicas de AC, a saber: análise categorial, análise de avaliação, análise de enunciação, análise de expressão, análise das relações e análise do discurso. Nesse universo, sua aplicação, embora variável, orienta-se por duas premissas: 1) organização das análises pelas características do material e 2) condução da análise conforme os objetivos traçados na pesquisa.”

Desta forma, a “Análise de conteúdo (seria melhor falar de análises de conteúdo), é um método muito empírico, dependente do tipo de fala a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objectivo.”. (BARDIN, 1977, p. 31). “As diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três pólos cronológicos: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material, 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.”. (BARDIN, 1977, p. 95).

De acordo com Bardin (1977) a análise de conteúdo pode ser uma análise dos significados como, por exemplo, a análise temática. Ainda, obedecendo as regras de homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade e adequação/pertinência ao objetivo, os resultados serão analisados a partir de categorias temáticas. Os critérios para categorizar pode ser semântico, a partir de temas e agrupamento dos semelhantes. Se classifica pelos elementos que constituem um conjunto, por diferenciação e analogia, conforme definição de critérios. Esta análise categorial “[...] pretende tomar em consideração a totalidade de um texto, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido.”. (BARDIN, p. 37).

4. RESULTADOS

Este capítulo se dedica a expor e sistematizar os resultados da pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO METODOLÓGICA DOS ARTIGOS REVISADOS

Após a aplicação e associação dos descritores, utilizando os critérios temporal, de idiomas e de temas relacionados à temática, foram identificados um total de 87 publicações, sendo 17 no PubMed, 66 na BVS, 1 na EBSCOhost e 2 na Scielo. Posteriormente, os artigos foram examinados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Inicialmente, foi realizada a leitura dos resumos, resultando em 10 artigos. Destes, foram selecionados 9 artigos adequados à temática para leitura na íntegra. Após a leitura categórica, foram selecionados os 9 artigos por se enquadrarem nos critérios estabelecidos para a estruturação do trabalho, conforme Quadro 1.

Quadro 1- Procedimentos de leitura

Bases de dados	Número de artigos encontrados	Após leitura dos resumos	Após leitura na íntegra	Selecionados para a escrita
PUBMED	17	3	3	3
BVS (Bireme)	66	6	5	5
EBSCOhost	1	1	1	1
Scielo	3	0	0	0
Total	87	10	9	9

Fonte: elaboração própria.

Estas publicações foram organizadas através das seguintes características: metadados como título do artigo, ano de publicação – cinco dos artigos têm menos de cinco anos -, país de realização da pesquisa, autores, instrumentos e metodologia e objetivos dos estudos. Quase a totalidade dos artigos selecionados são oriundos de pesquisas com profissionais da saúde, se utilizando de técnicas de entrevista e outros instrumentos para coleta de dados, apenas um documento é um artigo de revisão sistemática de literatura. Essas informações podem ser observadas no quadro 2.

Quadro 2 – Metadados

Título, autor, ano e país	Instrumentos e metodologia	Objetivos
Título: Percepções de psicólogos da saúde em relação aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes diante da morte. Autores: Ferreira et al. (2013) País: Brasil	Entrevista semiestruturada, com 15 participantes. Metodologia: exploratória, qualitativa.	Identificar a percepção de psicólogos da saúde, em relação aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes relacionados à morte, e, com tal identificação, contribuir para o exame a respeito da formação do psicólogo da saúde, apontando sugestões para a capacitação desse profissional.
Título: Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. Autores: Oliveira et al. (2013) País: Brasil	Entrevista estruturada (fechada) e semiestruturada (aberta), com 20 participantes. Metodologia: exploratório, descritivo e qualitativo	Conhecer a vivência de profissionais de saúde de uma instituição de longa permanência para idosos diante do processo de morrer e da morte.
Título: Perception of support in professional's and technician's grief of pediatric intensive care units in public hospitals. Autores: Vega et al. (2019) País: Chile	Entrevista em áudio, questionário aberto unificado com 16 participantes. Metodologia: qualitativa com abordagem fenomenológica,	Expor a percepção de suporte ao sofrimento de profissionais e técnicos em unidades de terapia intensiva pediátrica de hospitais públicos, após o óbito dos pacientes.
Título: A percepção de residentes multiprofissionais da área da saúde sobre o processo de morte.	Questionário sociodemográfico e a Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes Acerca da Morte	Verificar a percepção que os profissionais residentes da área da saúde têm sobre a morte.

Autores: Perez, Santos e Doró (2017). País: Brasil.	(EAPAM), com 129 participantes. Metodologia: descritiva exploratória de abordagem quantitativa.	
Título: O processo de morte e morrer para equipe de Enfermagem do centro de terapia intensiva. Autores: Seiffert et al. (2020) País: Brasil	Entrevista semiestruturada, com 15 participantes. Metodologia: descritiva com abordagem qualitativa.	Descrever as percepções da equipe de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva sobre o processo de morte e morrer e suas implicações para o cuidado de enfermagem.
Título: Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. Autores: Silva, Valença e Germano (2010) País: Brasil	Técnica da entrevista de natureza fenomenológica, com 12 participantes. Metodologia: abordagem qualitativa e cunho fenomenológico.	Compreender as percepções de profissionais de enfermagem de uma UTIN, diante da morte de recém-nascido.
Título: Death and dying process: feelings and perceptions of nursing technicals. Autores: Jaskowiak, Zamberlan e Fontana (2013) País: Brasil.	Questionário com perguntas abertas, com 11 participantes. Metodologia: pesquisa descritiva, qualitativa.	Investigar sentimentos geradores de sofrimento psíquico nos técnicos em enfermagem diante do processo de sofrimento e morte do paciente de uma unidade clínica.
Título: Orthotanasia and dignified death in cancer patients: The perception of health professionals. Autores: Almeida e Melo (2018) País: Brasil	Entrevista semiestruturada; Teste de Associação de Palavras Livre (WAT); e um Teste de Projeção de Fotos (PPT), com 8 participantes.	Analisar a percepção sobre a morte digna e a ortotanásia na visão de profissionais de saúde que prestam cuidados curativos e paliativos em oncologia.

	Metodologia: pesquisa com abordagem qualitativa exploratória	
Título: Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. Autores: Vázquez-García et al. (2019) País: Espanha	Revisão sistemática de literatura.	O objetivo desta revisão foi analisar a percepção e o enfrentamento profissional de médicos e enfermeiros frente à morte de um paciente em serviços de emergência hospitalar.

Fonte: elaboração própria.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este tópico se refere as análises realizadas dos artigos que cumpriram os critérios de inclusão. Os artigos foram lidos na íntegra e os dados relevantes organizados em fichamentos/tabelas. Seus resultados e discussões foram reunidos por semelhança temática a fim de que pudessem responder aos objetivos desta pesquisa. Organizou-se uma categorização em três grandes temas de modo a expor os principais resultados em cada temática e em seguida é desenvolvida a respectiva discussão teórica.

4.2.1 Categorias de análise e discussão

Este tópico se dedica a informar os resultados, com vistas a responder aos objetivos específicos desta pesquisa, são eles: Investigar e compreender teoricamente a temática que envolve o processo de morte; Caracterizar teoricamente a formação em saúde no que diz respeito a temática que envolve a morte e Reconhecer as atitudes dos profissionais da saúde frente a morte, todos organizados nas respectivas tabelas temáticas, conforme segue abaixo.

Algumas falas dos participantes dos estudos analisados foram destacadas e elencadas junto da discussão de cada categoria, a fim de ilustrar e enriquecer a temática. Optou-se por manter a nomenclatura dos entrevistados tal qual os autores utilizaram.

A primeira categoria diz respeito às percepções e concepções pessoais e subjetivas dos profissionais da saúde sobre a morte e o morrer, identificadas na literatura analisada.

Quadro 3 - Categoria 1: Morte

Autores	Morte
Título: O processo de morte e morrer para equipe de Enfermagem do centro de terapia intensiva. Autores: Seiffert et al. (2020)	- 53,33% destes associaram a termos como o final do pulsar, uma passagem que todos farão, o fim da vida, deixar de existir.
Título: Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. Autores: Silva, Valença e Germano (2010)	Ao vivenciar a morte muitos sentimentos afloram e se traduzem como decepção, ineficiência, incapacidade, dúvida, culpa, entre outros.
Título: Death and dying process: feelings and perceptions of nursing technicals. Autores: Jaskowiak, Zamberlan e Fontana (2013)	Vivência de sofrimento diante da morte, diferença de percepções influenciada por alguns fatores como o tempo de permanência na unidade, a idade do paciente; se é jovem ou idoso e, o motivo da morte. Dessa forma a morte de pacientes idosos tem melhor aceitação pelos profissionais do que a de jovens, com pouca ou nenhuma aceitação.
Título: Orthotanasia and dignified death in cancer patients: The perception of health professionals. Autores: Almeida e Melo (2018)	- Sensação de satisfação ao contribuir positivamente no processo de morte do paciente por meio da ortotanásia. - Morte digna é aquela que ocorre com conforto.
Título: Percepções de psicólogos da saúde em relação aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes diante da morte. Autores: Ferreira et al. (2013)	- Sentimentos como tristeza diante da morte do paciente, devido à perda deste e ao sofrimento vivido por seus familiares, mas também alívio por verem que o sofrimento do paciente cessou junto com sua morte. Além disso, referiram sentimentos de impotência, inconformismo e revolta. - A morte é referida por seis psicólogos como uma etapa de um processo de continuidade para além da morte, como o início de outra vida ou de uma vida eterna. Cinco profissionais concebiam a morte como o fim da vida. Três participantes manifestaram dúvidas quanto à própria conceituação de morte, enquanto dois psicólogos analisaram a morte com naturalidade, como algo necessário. Seis entrevistados afirmaram ter algum tipo de medo em relação à morte, entre eles o medo de morrer lentamente, dependendo de cuidados; morrer com dor; morrer cedo demais ou sem realizações. De oito entrevistados que declararam não ter medo da

	morte, um afirmou temer a morte de terceiros, e outro considerou o impacto de sua morte nos familiares.
Título: Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. Autores: Oliveira et al. (2013)	A morte é vista como mais uma etapa da vida, tal qual o envelhecimento.

Fonte: elaboração própria.

Os resultados expressos nesta categoria vão de posições positivas frente ao tema, desde a aceitação da morte com naturalidade até ao temor e sofrimento diante das perdas. Parece haver uma ligação entre as percepções e os sentimentos desenvolvidos durante o trabalho com pacientes em processo de morte e, todo o processo pode incluir os cuidados técnicos até ao luto profissional após o falecimento do paciente.

Se dentre todas as coisas que movem o homem, o terror da morte é a mais relevante e determinante, de onde viria esse temor e quais poderiam ser as suas repercussões durante sua vida? (BECKER, 1973). A infância com sua mentalidade mágica acerca da morte teria o poder de produzir sujeitos temerosos? Embora haja uma funcionalidade psicologicamente protetora, se aprendemos a temer a morte, seria possível “desaprender”? Nosso medo em perder alguém que amamos, ao enfrentar (ou não) o luto, poderia remeter a lembrança de nossa própria finitude? (KOVÁCS, 1992; FERREIRA et al., 2013). De acordo com Arantes (2019), de nada adianta temer ou ter coragem diante da morte, podemos falar dela ou não, afinal morreremos todos e talvez a maior dádiva desta constatação seja a possibilidade de aproveitar o tempo de vida da maneira mais significativa possível. Entre os profissionais de saúde talvez essa prática se configure na reformulação dos cuidados dispendidos aos pacientes fora da terapêutica de cura.

Neste sentido, a compreensão da importância do cuidado ao paciente com prognóstico fatal e o envolvimento com os cuidados que a ortotanásia proporciona é característica dos profissionais integrantes de uma equipe de cuidados paliativos. Estes recebem uma educação especializada, o que pode potencializar a visão da morte com maior positividade, ressignificando a vida e fornecendo os melhores cuidados ao doente. Sobre a participação no processo de morte do paciente e a morte digna, Almeida e Melo (2018):

Podemos controlar os sintomas, a qualidade de vida, o sofrimento. Então isso é uma grande satisfação, e hoje eu faço o meu trabalho, pelo menos contribuí para esse sofrimento, para diminuir (Indivíduo 8).

Ontem fizemos um trabalho muito bonito com a paciente e para mim seria um exemplo de morrer com dignidade, sem sofrimento, com conforto, com a família, em casa. Para mim, isso seria dignidade (Indivíduo 1).

Achamos que dignidade é morrer em casa com a família. A família às vezes não tem estrutura para lidar com isso. Temos que pensar sobre a dignidade de quem fica também (Indivíduo 6).

Conceituar a finitude pode ser um empreendimento complexo. Dado que se estando vivo apenas experienciamos a morte e luto o do outro que morre, como poderia definir o que seja morrer? Sendo a última etapa do ciclo vital, parece adequado inferir que a morte seja o ponto final da vida, denota-se uma percepção de oposição, dualismo como se morrer fosse o oposto de viver (OLIVEIRA et al., 2013; SEIFFERT et al., 2020). Pode-se observar também que as percepções estão intimamente relacionadas ao que sentimos durante o processo e finalmente na morte; Seiffert et al. (2020):

“Eu entendo como um processo que todos nós vamos passar, ele é o final do pulsar, do que faz você viver. Realmente, é triste falar sobre isso, sobre o processo morrer, eu às vezes fico pensando que foi uma vida assim com muitos conhecimentos adquiridos todo esse tempo e naquele momento você está perdendo [...] você tá se despedindo, é ver que tudo está se perdendo, a tua força vital, tudo está indo para um outro plano, eu acho que seria o momento de você prestar uma assistência muito mais de perto, não só a família tem esse papel, mas toda uma equipe multiprofissional, deveria haver um elo para que esse momento fosse um momento que realmente marcasse a sua passagem”. (Profissional 1)

“Fim da vida, porque morte significa o fim”. (Profissional 8)

“Morte, acabou! Deixou de viver, porque a pessoa passa dessa vida, passa a não mais existir, não tem mais matéria”. (Profissional 13)

Sobre a aceitação da morte como uma etapa da vida, Oliveira et al. (2013):

A morte é uma etapa natural da vida, nós nascemos, crescemos, casamos, procriamos, envelhecemos e morremos. Se não ocorrer nenhum atropelo no caminho... esse é nosso destino, mas precisa ser sem sofrimento físico (E20).

Estou trabalhando aqui há dois anos e todos os residentes que cuidei e vieram a falecer foi com tranquilidade, sem sofrimento, sem dor, sinto que cumpri a minha missão da melhor forma possível...a morte faz parte da vida (E5).

A morte, para mim, significa uma saudade que o tempo vai levando, mas ficam as lembranças...por isso me sinto preparada. Enfim, são coisas que devemos aceitar (E15).

Após passar por várias perdas em minha vida pessoal e de [idosos] residentes que me apeguei...empatia sabe? Cheguei à conclusão de que temos que encarar a morte com serenidade (E2).

Vivenciar um processo de morte não é tarefa simples. Embora seja parte do ofício dos profissionais da saúde, a mobilização de sentimentos parece ocorrer com frequência. Sobre a percepção da morte como perda e tristeza, Silva, Valença e Germano (2010):

A gente tem a esperança de que sempre um RN vai ser tudo isso, aquilo, etc. e quando não consegue fica o sentimento de perda e tristeza muito grande junto com os pais – a perda de um filho (ANKAA).

[Sinto como] a perda de um ente querido (ALIOTH).

Quando um bebê que estava estável e morre, realmente o sentimento [de tristeza] é maior. Você sente aquela dor, aquela falta, uma coisa como um vácuo, deixou de existir (ENIF).

[A morte] seria uma tristeza muito grande (ADHARA).

A morte na velhice parece ser melhor aceita. A percepção de que o idoso já viveu o suficiente parece plausível até nos questionarmos sobre como se faz a medida da quantidade correta de vida que cada um deve viver; há coisas imensuráveis! Sobre os fatores que influenciam a percepção e vivência do sofrimento frente a morte, Jaskowiak, Zamberlan e Fontana (2013)

Por incrível que pareça ela provoca sentimentos diferentes, dependendo da pessoa, se é uma pessoa mais jovem ou mais idosa ou o motivo da morte. Às vezes já é um paciente que está há um tempo, então acaba criando um vínculo, e por vezes, a gente chega a pensar que seria melhor a pessoa “descansar”. Em alguns momentos a morte acaba sendo uma forma de cura. (TE5)

Tem uns pacientes que a gente se apegamos mais também, e tem muita relação com a idade, quando é paciente jovem a gente fica se perguntando o porquê disso. Porque a esperança está muito viva neles e mesmo a gente sabendo que não vai conseguir, né, e quando é de mais idade já é um pouco mais aceitável. (TE11)

[...] é diferente quando já é um paciente terminal ou não [...]. (TE4)

Neste sentido, pode ser provável que uma melhor aceitação da morte e uma visão mais naturalista se revele em um ambiente onde o cuidado é realizado apenas com idosos, enquanto em outros ambientes de saúde a comparação entre as idades e quadros clínicos parece causar maior sofrimento aos profissionais envolvidos. Ainda, estes aspectos e limites biológicos da vida são utilizados para conceituar a morte.

Esta segunda categoria observa os conteúdos relacionados à formação acadêmica formal e de educação continuada explicitados nos artigos analisados.

Quadro 4 - Categoria 2: Formação acadêmica e morte

Autores	Formação acadêmica e morte
Título: O processo de morte e morrer para equipe de Enfermagem do centro de terapia intensiva.	Após discorrer sobre as percepções, reações emocionais negativas e mecanismos de defesa na atuação dos enfermeiros no CTI, consideram a necessidade de se trabalhar uma educação continuada/capacitação voltada para a temática “morte”, afim de preparar melhor estes profissionais para lidar com a morte do ser alvo de seu cuidado.

Autores: Seiffert et al. (2020)	
Título: Death and dying process: feelings and perceptions of nursing technicals. Autores: Jaskowiak, Zamberlan e Fontana (2013)	- Grande parte dos técnicos de enfermagem não se sente devidamente preparado para enfrentar situações de sofrimento e morte dos pacientes. Referem que não foram devidamente preparados para tal enfrentamento no curso técnico de formação profissional. - Pode-se inferir que a formação de profissionais da saúde os prepara, essencialmente, para a promoção e preservação da vida, sendo a morte inserida no ciclo de vida natural. Há pouca ou nenhuma reflexão acerca do processo da morte como uma disciplina, e isso se dá devido a carência de reflexão por parte dos formadores, tanto das escolas técnicas como também das universidades, que também tem suas dificuldades pessoais de enfrentamento deste fenômeno.
Título: Percepções de psicólogos da saúde em relação aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes diante da morte. Autores: Ferreira et al. (2013)	- Reconhecimento dos conhecimentos necessários para o trabalho com a morte: conhecimento técnico que incluiria o aprendizado sobre comunicação de más notícias, estratégias de enfrentamento adotadas por pacientes, familiares e equipe diante da morte, luto e luto antecipatório, reação das pessoas a perdas e visão filosófica acerca da finitude, a importância do conhecimento de espiritualidade e religiosidade. - Momento adequado para inclusão da temática: quatro profissionais sugeriram o período de final do curso, enquanto dois referiram que esse tema deveria ser frequentemente discutido. Quatro psicólogos defenderam a criação de uma disciplina específica, dos quais três consideram que tal matéria deveria ser obrigatória. Outros quatro manifestaram a opinião de que essa temática fosse contemplada especialmente na disciplina de psicologia da saúde ou de psicologia hospitalar. Além disso, quatro profissionais posicionaram-se favoráveis à criação de tópicos específicos dentro de outras disciplinas. - Quando solicitados para avaliar a formação acadêmica, oito entrevistados acreditavam que foi escassa ou muito insuficiente para as demandas da atuação. Dentre eles, quatro participantes relataram a necessidade de obter qualificação além da oferecida pela graduação. Três entrevistados afirmaram que a academia apenas norteia a formação, sendo a prática a maior responsável pela qualificação do profissional. Apenas dois psicólogos avaliaram a formação como satisfatória. - Apenas três psicólogos consideraram relevante a inclusão da temática morte no currículo de graduação.

	Para dois deles, a pertinência do estudo da morte está condicionada à escolha da área de atuação. Essa questão é controversa se considerarmos que outro psicólogo questionou se seria pertinente abordar tal assunto, em virtude do caráter emocionalmente oneroso associado a esse tema. - Quanto à formação de psicólogos para o trabalho com a morte, faz-se necessária a inclusão do tema nos currículos de graduação, com enfoque de aspectos não só teóricos e práticos, mas também para o desenvolvimento de habilidades e competências interpessoais. Os dados revelaram que a vivência da morte provoca desgaste, uma vez que o sofrimento dos pacientes e familiares se reflete na vida dos próprios profissionais que se afligem não apenas com a inevitabilidade da morte, mas também com seu despreparo para lidar com essa demanda.
Título: Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. Autores: Oliveira et al. (2013)	A morte, por ser uma realidade cotidiana dos profissionais de saúde, principalmente dos que trabalham em uma ILPI, evidencia a necessidade do encorajamento do discente, desde o curso profissionalizante ou na graduação, o agenciamento de reflexões sobre o ciclo da vida humana, considerando que deve estar preparado para lidar com o processo de nascer, viver e morrer. - Na educação, o foco é o ensino; porém, na formação em saúde, é essencial integrar ensino e processo de cuidar do ser humano com conhecimento e ética, reflexão e ação, vendo-o em sua totalidade. Pode ser considerado difícil discutir sobre tanatologia, porque o subjetivo se expressa nas diversas experiências vivenciadas. Não encontraremos receitas prontas de como ensinar tanatologia, pois as vivências devem ser compartilhadas, mas o sentimento é daquele que o experiencia. - A falta de conhecimento sobre a morte favorece a não elaboração do chamado luto profissional. - O interesse por cursos, palestras e dinâmicas de grupo sobre tanatologia expõe a necessidade de o profissional conhecer mais sobre o processo de morrer; além disso, representa a necessidade de dividir angústias, medos e experiências. - A condição causal do despreparo para assistir ao morrer e à morte e a fragilidade frente a esse processo levam os informantes a apontarem que é necessário que as instituições de saúde disponibilizem, a seus

	profissionais, dinâmicas de grupo, cursos, apoio psicológico. Que o ensino inclua, no Projeto Político Pedagógico, o estudo da tanatologia ao longo do curso e não apenas como conteúdo de uma disciplina.
--	--

Fonte: elaboração própria

Os resultados expostos nesta categoria sugerem uma relação de proximidade dos profissionais da área da enfermagem com o cuidado aos pacientes, visto que são maioria nos estudos analisados. Serão eles os primeiros a serem chamados para assistir ao paciente e seus familiares, e quando ocorre a morte é também ele que oferece os primeiros procedimentos (KOVÁCS, 1992). Ainda assim, fica notória a relação estabelecida entre a prática e a formação teórica, de base, que parece não fornecer subsídios para uma atuação confiante diante das intercorrências e demandas do processo de morte e morrer.

A prática profissional sentida com despreparo para a lida com as questões da morte também aparece como reflexo da falta de discussão teórica acerca da temática durante a graduação, conforme já aponta a pesquisa de Bandeira et al., (2014). Numa pesquisa com estudantes de enfermagem, Bernieri e Hirdes (2007) demonstram que as fragilidades da formação se refletem já nas práticas de estágios, onde os futuros profissionais se deparam com a dificuldade de lidar com os sentimentos de ansiedade, culpa e impotência gerados pela experiência.

A cultura do ensino em saúde, na graduação, focada na ideia de salvamento e recuperação da vida parece despreparar os futuros profissionais para as situações de prognóstico fatal, onde não há mais espaço para a cura. (BIFULCO; IOCHIDA, 2009). Os resultados expressos nesta categoria sugerem que há, de maneira geral, um sofrimento significativo na lida diária com a morte. A sua origem remonta aos bancos da academia que, por vezes, pode privilegiar alguns aspectos da temática como, por exemplo, a promoção e preservação da vida, em detrimento de outros, ocasionando um significativo interesse dos profissionais das áreas da saúde em conhecer e se apropriar de conhecimentos teóricos e práticos relacionados aos processos de morte e morrer. Este, inclui temáticas que extrapolam o viés biológico incluindo assim temas como a visão filosófica da morte, luto, finitude, o ciclo vital – considerando a naturalidade do nascer, crescer e morrer, tanatologia, habilidades interpessoais e emocionais de enfrentamento (...) (OLIVEIRA et al., 2013; FERREIRA et al., 2013; JASKOWIAK; ZAMBERLAN; FONTANA, 2013; SEIFFERT et al., 2020; VÁZQUEZ-GARCÍA et al., 2019).

Sobre a deficiência na formação, algumas falas dos participantes da pesquisa de Oliveira et al. (2013) podem ser destacadas para ilustrar as dificuldades sentidas durante a prática:

Não me sinto preparada quando alguém morre aqui, tenho dois anos de formada, na faculdade não falaram muito sobre como enfrentar esse momento. Acho que tive uma aula rápida que abordou a morte de forma sucinta e focou no preparo do corpo (E8).

Não tenho nenhum preparo. Somente li apostilas sobre a morte, acho que faltei a essa aula (E1).

Nunca tive um preparo específico. Acredito que os outros profissionais da minha área também não tiveram (E6).

Na faculdade, tive aulas espaçadas sobre morte, lembro-me de uma em pediatria, uma na oncologia e, acho que uma na geriatria, mas sobre cura, lutar sempre pela vida, em quase todas as aulas. Modelo biomédico, entende? Fui formado para tratar e curar. A morte... impotência... falha... só depois que me especializei que tive disciplina sobre tanatologia, a ciência que estuda o processo de morte e morrer. Hoje me sinto mais preparado, mas na graduação eu não fui preparado (E10).

No mesmo sentido, em Jaskowiak, Zamberlan e Fontana (2013) encontramos outro participante com experiência semelhante:

No curso técnico não fui preparado, eu aprendi lidar com essas situações no trabalho mesmo. O primeiro óbito que eu tive, eu chorei junto com a família e eu fui aprendendo com o passar do tempo e das experiências. (TE10)

A carência de reflexão por parte dos formadores, que também têm suas limitações com a temática, parece contribuir para um looping interminável de distanciamento do tema (JASKOWIAK; ZAMBERLAN; FONTANA, 2013). Deste modo, conforme idealizado por Kübler-Ross (2017) o ensino não deveria ser autômato e distanciado, mas sim dado com ênfase no relacionamento interpessoal, sem desqualificar a técnica e a tecnologia. O que se nota é o profissional da saúde no seu papel de educador repetindo o padrão aprendido. De maneira similar, Junqueira e Kovács (2008) ao pesquisar como o tema morte estava sendo tratado por

professores de um curso de psicologia e de que maneira os acadêmicos observavam a temática, encontraram que estes docentes não tiveram discussões, referências e bibliografia nas suas respectivas formações.

Alguns autores identificaram o reflexo desta formação na necessidade sentida pelos profissionais em buscar mais do que o ensino ‘tradicional’ com relação à temática, os ofereceu. Num movimento de dialogar com a técnica e os demais temas relevantes para a formação numa perspectiva de educação para a morte e ainda lançar um olhar de cuidado ao cuidador, Kovács (2005) elabora possibilidades de abordar as perdas no contexto hospitalar. Por meio de uma espécie de educação continuada, em grupos, envolvendo as necessidades da equipe e as demandas dos pacientes e suas famílias, abordando os temas que estão envoltos no cuidado e morte, os sentimentos e práticas podem ser orientados e elaborados, contribuindo para uma experiência menos dolorosa desta prática de cuidados.

A última categoria evidencia as atitudes e reações - comportamentais e emocionais - desencadeadas nos profissionais frente ao processo de morte e morrer.

Quadro 5 - Categoria 3: Atitudes evidenciadas frente a morte e o morrer

Autores	Atitudes evidenciadas frente a morte e o morrer
Título: A percepção de residentes multiprofissionais da área da saúde sobre o processo de morte. Autores: Perez, Santos e Doró (2017).	- Após aplicação da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes Acerca da Morte (EAPAM) todas as categorias profissionais apresentaram a aceitação neutra como predominante. Entretanto, a psicologia (20%) foi a única que apenas respondeu com as formas de aceitação em detrimento às outras opções de enfrentamento da escala apresentada (medo, evitamento). - Os demais respondentes: medo = 20%, evitamento = 11%, aceitação religiosa = 32%, aceitação de escape = 22%. - Dependendo do perfil de atitude que o profissional tem diante da morte, ele pode manifestar fatores considerados de risco para o desenvolvimento da Síndrome de <i>Burnout</i>, como o esgotamento emocional, despersonalização e sentimento de realização diminuído, estresse, insatisfação e não elaboração das perdas, o que gera angústia e tensão, culpabilidade e tristeza.
Título: O processo de morte e morrer para equipe de Enfermagem do centro de terapia intensiva.	Apesar de referir sentimentos negativos, de que a morte é sentida com tristeza e sofrimento, os respondentes alegam que o cuidado dispendido, a prática, não se altera quando se trabalha com pacientes em fim de vida. Possivelmente esta maneira de lidar, com distanciamento e frieza seja um meio de proteção contra

Autores: Seiffert et al. (2020)	as dores da perda e a sensação de fracasso terapêutico na vida diária e inevitável com a morte.
Título: Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. Autores: Silva, Valença e Germano (2010)	Se evidencia um sentimento de compaixão, conceituado como o ser-com-os-outros na sua realidade, qual seja a do sofrimento após a morte. Alguns profissionais relatam sentir e absorver a dor da perda junto com os familiares, até mesmo chorando junto, abraçando e se colocando à disposição.
Título: Death and dying process: feelings and perceptions of nursing technicals. Autores: Jaskowiak, Zamberlan e Fontana (2013)	- Vontade de desistir do trabalho, chorar pela perda dos pacientes e devido aos sentimentos de impotência e limitação frente a morte. - Algumas estratégias são usadas para o enfrentamento destas emoções, muitas vezes difíceis de controlar. A maioria dos profissionais se fortalece na espiritualidade/religião, outros, embora poucos, se utilizam de medicação para enfrentar os momentos de dificuldade que encontram no trabalho. - Com o intuito de enfrentarem o sofrimento gerado pela morte dos pacientes esses trabalhadores utilizam algumas estratégias e mecanismos de defesas, individuais e coletivos, na maioria das vezes, inconscientes, tais como a negação, a repressão, racionalização, a naturalização e a criação de rotinas. - Muitos sujeitos acreditam que podem contribuir para a melhoria do processo de morte e morrer e sugerem equipes sintonizadas, solidárias e humanizadoras. - Frente a iminência da morte, os sujeitos relataram buscar meios para amenizar o sofrimento do paciente e da família, utilizando-se de tecnologias leves que envolvem o olhar solidário, o tom de voz suave, a escuta terapêutica, entre outros e de outros meios para que esse processo seja transcorrido da melhor qualidade possível.
Título: Orthotanasia and dignified death in cancer patients: The perception of health professionals. Autores: Almeida e Melo (2018)	- Ao diagnosticar uma doença com prognóstico fatal, o profissional se vê projetando no processo de morte do paciente o sentido da sua própria finitude e reflexões sobre uma morte digna. - A possibilidade de trabalhar em cuidados paliativos exclusivos é encarada como satisfatória ajuda aos pacientes em fim de vida.
Título: Percepções de psicólogos da saúde em relação aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes diante da morte.	- A forma de reação e atitudes frente a morte vai depender da relação constituída com o paciente, a identificação com a história de vida deste, o que o paciente representava para os familiares, o tempo de acompanhamento, o tipo de morte (se prevista ou súbita) e a sua própria concepção de morte.

Autores: Ferreira et al. (2013)	- Sentimentos como tristeza diante da morte do paciente, devido à perda deste e ao sofrimento vivido por seus familiares, mas também alívio por verem que o sofrimento do paciente cessou junto com sua morte. Além disso, referiram sentimentos de impotência, inconformismo e revolta. - Para os psicólogos entrevistados, é importante não se envolver excessivamente com o sofrimento dos familiares a fim de se proteger de uma situação que evoca intensas emoções e para garantir um cuidado que corresponda às necessidades de todas as pessoas envolvidas. - Quanto às possibilidades de intervenção do profissional ante a morte, cinco psicólogos ressaltaram o trabalho de preparação para a morte, incluindo o luto antecipatório de pacientes e familiares. O apoio para resolução de conflitos (N = 1) e a postura de “estar ao lado” do paciente e de sua família, disponibilizando o tempo necessário (N = 2), também foram citados como possibilidades de atuação nesse contexto. Destaque também foi dado, por dois psicólogos, à importância do acolhimento, da sensibilidade e da empatia.
Título: Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. Autores: Vázquez-García et al. (2019)	- A literatura aponta que o enfrentamento profissional da morte é percebido de forma diferente por médicos e enfermeiras; os enfermeiros estão mais atentos à morte de um paciente em um processo agudo/crítico, aceitando a morte quando as medidas de reanimação não são eficazes, ao contrário dos médicos, que continuam com tratamentos de salvação, apesar da situação terminal iminente. - Frustrações profissionais e as emoções negativas promovem a evitação profissional do processo de morte, limitando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento pessoal. - Nas causas agudas/críticas de morte, há uma despersonalização e a percepção do corpo como objeto; nas patologias de origem crônica/paliativa, os profissionais de emergência costumam colocar o paciente e sua família em áreas remotas e isoladas da unidade. Em ambos os processos, o profissional tenta evitar o contato com o paciente, gerando menos atenção profissional, reduzindo a comunicação e resolução da morte com o paciente e sua família.
Título: Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer.	- Os profissionais apresentam atitudes de aceitação e encaram a morte dos idosos com naturalidade, sem culpabilização, reforçando a necessidade de controle da dor e dignidade nos cuidados de fim de vida. - Apresentam uma postura de curiosidade com relação aos temas de tanatologia. - Reflexões sobre a própria finitude.

Autores: Oliveira et al. (2013)	- Busca por acompanhamento psicológico.
Título: Perception of support in professional's and technician's grief of pediatric intensive care units in public hospitals. Autores: Vega et al. (2019)	- Ainda veem a morte como um fracasso, se sentem responsáveis pelas mortes, onde se percebem como causa direta ou indireta, gerando neles emoções como raiva, impotência, tristeza, desespero, negação, sensação de vazio e vulnerabilidade. - Devido ao insuficiente suporte formal ao luto, os profissionais buscam apoio em seus pares no ambiente trabalho compartilhando as experiências de perda por meio de conversas informais entre um pequeno grupo de trabalhadores e/ou quando há possibilidade de expressar livremente suas emoções em um ambiente protegido, e nos parceiros conjugais. Algumas ações como evitação de envolvimento, separação do emocional-profissional levam a práticas consideradas frias e distantes, mas que permitem o seguimento da rotina de trabalho, esta que inclui a lida diária com a morte. - Vivenciam o luto, vivenciando sentimentos de luto e perda após a morte de um paciente. Para eles, é inevitável a geração de determinados vínculos com o paciente e/ou sua família, de forma que isso impacta e afeta diretamente os cuidados pré e post mortem e a atenção que prestam.

Fonte: elaboração própria.

Os resultados exibidos nesta categoria se referem à diversidade nas possibilidades de atitudes frente a morte que os profissionais da saúde podem apresentar. Parece haver, de maneira geral, uma relação de diferentes tipos de aceitação e sofrimento diante da morte, expressos por sentimentos negativos como tristeza e impotência.

Conforme Vázquez-García et al. (2019), o enfrentamento profissional da morte é percebido de forma diferente por médicos e enfermeiras; os enfermeiros estão mais atentos à morte de um paciente em um processo agudo/crítico, aceitando a morte quando as medidas de reanimação não são eficazes, ao contrário dos médicos, que continuam com tratamentos de salvação, apesar da situação terminal iminente. Isso configura, conforme Kovács (1992) as medidas extraordinárias, ditas quixotescas, de tratamento adotadas pelos profissionais na ânsia e fantasia de salvar vidas, entretanto esquecem que não é possível salvar qualquer paciente da sua própria morte, apenas postergá-la, e esse ato pode ser extremamente iatrogênico; sofre o profissional, o paciente e a família.

A pesquisa de Vega et al. (2019) destaca que os profissionais veem a morte como um fracasso, se sentem responsáveis pelas mortes, onde se percebem como causa direta ou indireta, gerando neles emoções como raiva, impotência, tristeza, desespero, negação, sensação de vazio

e vulnerabilidade. Conforme Lima Nietzsche e Teixeira (2012), ao entender que a morte é algo que se precise dominar, no sentido de evitar a todo custo, os profissionais experimentarão inevitavelmente sentimentos como impotência, culpa, tristeza e medo. Afinal, conforme Kovács (2005, p. 949) “Combater a morte pode dar a idéia de força e controle.”, deste modo aquilo que escapa desse controle pode ser insuportável.

Pensar em impotência diante da morte requer considerar uma relação de poder entre a existência humana e sua finitude. Num contexto de saúde, onde se trata doenças, é esperado que alguns pacientes tenham prognóstico fatal, desta forma a reação dos profissionais dizem respeito apenas à sua preocupação com a vida do paciente? Ou com os seus conflitos éticos e filosóficos diante do morrer? Esta não é uma luta justa, tampouco deveria ser uma luta, uma batalha a ser vencida. Ninguém vence a morte, ela não desafia, este não parece ser o seu propósito.

A seguir algumas falas encontradas em Seiffert et al. (2020) para ilustrar as relações sobre a reação emocional à morte de pacientes:

“Tristeza, porque deixa a família triste, porque o morto não vê nada, mas a família fica triste, a equipe fica triste, dá sensação de perda, embora às vezes a gente saiba que o paciente não tem aquele prognóstico satisfatório, mas mesmo assim, é uma perda, perda para a equipe e perda para a família, então é tristeza”. (Profissional 3)

“É uma coisa que nos deixa triste como profissional. Quando você perde o paciente, é uma derrota para cada profissional, para a equipe como um todo”. (Profissional 5)

“É sempre uma impotência, você cuidar de alguém que você sabe que está morrendo, sempre te dá uma impotência. A gente sabe que não vai ter aquela perspectiva que nos alegra que é ter o paciente saindo de alta bem, agradecendo pelo serviço que a gente fez. A gente não teve o nosso maior objetivo alcançado, que é melhorar o quadro do paciente e fazê-lo voltar para a clínica com as melhores condições possíveis que ele possa ter”. (Profissional 4)

“Eu me sinto derrotada, porque eu sempre tive a esperança de vir para cá, seja no CTI ou em qualquer lugar que o enfermeiro vá atuar, e pensar que nós iríamos salvar os pacientes e que tudo ia dar certo. A gente quando jovem é muito sonhador e com o passar do tempo eu fui vendo que não é nada disso, que o máximo que a gente pode fazer é dar uma boa

assistência, é levar conforto ao paciente, mas nós não vamos impedir que ele morra, então é uma sensação de impotência”. (Profissional 5)

Sobre o cuidado dispendido ao paciente fora de terapêuticas de cura, dito terminal, Seiffert et al. (2020):

“Os cuidados com pacientes que já estão com aquele prognóstico fechado de neoplasia avançada, que geralmente vai evoluir para óbito, não mudam. Não muda o nosso cuidado e nem o nosso conforto em relação a eles, eles têm os mesmos cuidados que os outros tem, mas muda a nossa esperança, a nossa perspectiva em relação ao paciente, assim nós buscamos proporcionar ao paciente o máximo de conforto possível [...]”. (Profissional 5)

“Não, o processo de morte não implica no meu cuidado ao paciente. Assim, eles podem te falar, olha, o paciente está em cuidados paliativos, não tem mais o que fazer, mas a nossa assistência é a mesma, não muda, é rotina, é nossa função”. (Profissional 2).

Afinal, não seria um subterfúgio se alinhar às técnicas, procedimentos e biologia e não encarar o devido enfrentamento? Alguns profissionais realizam um esforço hercúleo para driblar o despreparo técnico e emocional por meio destas situações de fuga, numa tentativa de não se envolver nas estruturas emocionais/subjetivas e do trabalho com receio de derrubá-las, de se desestruturar. (JASKOWIAK; ZAMBERLAN; FONTANA, 2013; KÜBLER-ROSS, 2017; FIGUEIREDO, 2005). Assim, essas atitudes parecem negar a realidade da morte, fato intimamente ligado ao seu temor.

Conforme Arantes (2019) - ao realizar uma ginástica teórica sobre a diferença entre a compaixão e a empatia - ao cuidar de quem morrer é necessário ser compassivo e isso não implica em tomar ou sentir a dor de quem a sente e sofrer o seu sofrimento. A habilidade de se colocar no lugar do outro é exclusiva da empatia, que pode ser perigosa. Algumas falas destacadas de Silva, Valença e Germano (2010) sobre os atos de compaixão que seriam mais adequados à empatia:

A gente vê aquilo como se fosse um ente da gente [...] Você termina absorvendo a dor da mãe; você sente o sofrimento daquela mulher (SHAULA).

Temos o sentimento de mãe com o bebê. Sempre cuidamos primeiro desse bebê (SHAULA).

*Você chora com a mãe, a abraça, dá palavra mais segura, fortalecendo
(ALDEBARAN).*

Sobre reações e estratégias de enfrentamento, Jaskowiak, Zamberlan e Fontana (2013):

[...] As primeiras vezes eu tive vontade de desistir. [...] Mas aí eu respirei fundo e disse: não, eu que escolhi [a profissão] agora eu não posso desistir.(TE1)

*Sempre é muito difícil quando chega a hora, porque ninguém nunca quer perder
[...].(TE2)*

[...] dá uma vontade de chorar, mas tu não pode chorar. Tem que ser forte. Eu me coloco às vezes no lugar dos familiares.(TE1)

Tu vê o paciente sofrer e não poder fazer nada, as vezes ele está te pedindo ajuda e tu só tem nas mãos a medicação que o médico te prescreveu; tu gostaria de fazer alguma coisa a mais e não consegue.(TE2)

Através da espiritualidade consigo lidar melhor com algumas situações. (TE6)

Eu me pegava chorando, às vezes, na frente dos pacientes, eu estava sempre muito sensível. Daí eu tomei amitriptilina. Ai depois dos dois anos de tratamento eu comecei a tirar essas idéias que eu tinha.(TE1)

Eu sempre tento olhar no olho do paciente; o olhar e o tom de voz que tu usa tudo isso faz com que amenize um pouco o sofrimento.(TE8)

Postura de curiosidade e interesse também parece ser uma forma de enfrentar os acontecimentos, buscando ajuda e estudando, Oliveira et al. (2013):

Seria importante que tivessem dinâmicas de grupo abordando tanatologia. Todos os profissionais de saúde precisam (E13).

Gostaria de ter apoio psicológico e palestras sobre o processo de morte, tiraria as minhas dúvidas e aflições (E16).

Seria muito bom estudar sobre morte, vou ler sobre o assunto. Gostaria de fazer cursos sobre esse assunto, para saber cuidar dos idosos conscientes quando estão nos seus dias finais (E19).

As perdas diárias de pacientes, a lida com a burocracia, com as famílias, com as próprias questões e conflitos relacionados à morte pode levar os profissionais à exaustão, não raro ao desenvolvimento da síndrome de Burnout. Vivenciar tudo isso diariamente pressupõe a presença de um luto, que se não vivido e reconhecido por agravar o sofrimento, distanciar os profissionais dos seus sentimentos e engessar a prática (VEGA et al., 2019). Conforme leciona Ariès (2012), a falta de suporte para estas questões pode ser reflexo da morte interdita na cultura ocidental, de familiar à roubada pelos hospitais – local de morte pois os médicos não podem curar -, a morte esvaziada, técnica e proibida e o seu luto, recusado!

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar sobre a morte e o morrer me inquieta há muito tempo. A oportunidade de dedilhar minha curiosidade ao uni-la na construção deste trabalho, que marca o encerramento de um importante ciclo pessoal e abre as portas para uma nova caminhada alinhada com essa bagagem de estudos, tem sido extremamente satisfatória e sem dúvidas refletirá em minha prática profissional. Pesquisas desta natureza têm uma relevância significativa ao expor, mesmo que um recorte, as práticas e/ou revisões teóricas acerca de uma área do conhecimento, podendo tê-las como base para tomada de ação ou ainda, novas pesquisas.

Ao iniciar o percurso da pesquisa constatou-se profissionais da saúde podem ter seu ambiente de trabalho como fonte de adoecimento ao lidar com questões como a morte. Deste modo, compreender as percepções e atitudes de cuidado aos pacientes diante da morte configurou-se como caminho possível que poderia conduzir à práticas e enfrentamentos mais saudáveis por parte destes cuidadores; podendo assim, considerar a morte como uma experiência humana, tema deste trabalho.

Do exposto, por meio da revisão de literatura, se observa que autores das áreas da saúde têm demonstrado interesse, e certa preocupação, com as atividades laborais dos profissionais no que diz respeito à temática da morte, produzindo cientificamente acerca destes processos, percepções e atitudes. Diante disto, a pesquisa teve como objetivo geral ‘Identificar as percepções dos profissionais das áreas da saúde a respeito da morte’, que foi respondido no decorrer das identificações temáticas nas categorias, incluindo aos objetivos específicos.

Tomando a vida como uma condição crônica, fora de terapêutica de cura e com 100% de chance de morte, parece que as percepções e aceitação da morte dizem muito mais a respeito ao processo de viver e o que fazemos com ele!

Inexoravelmente simples e complexa ao mesmo tempo, a morte se apresenta aos profissionais de saúde cotidianamente. Foi possível identificar que este contato suscita uma diversidade de emoções e reações práticas, algumas mais acertadas que outras em termos emocionais e de funcionalidade. A literatura analisada sustenta que as percepções e atitudes têm variações compreensíveis, pois é atravessada por variáveis como as origens culturais do temor da morte, a visão entre doença e morte e os seus reflexos no contexto hospitalar, campo de atuação destes profissionais.

O processo de morte compreende os aspectos técnicos e emocionais/psicológicos que o paciente e equipe de saúde enfrentarão desde o diagnóstico de uma doença até seus momentos finais e sua despedida da vida. Temas como finitude, tanatologia, cuidados paliativos podem (e

devem) ser recorrentes na prática destes profissionais. Entretanto, se evidencia uma limitação em termos de formação acadêmica.

O desgaste do profissional diante da perda do seu paciente remonta aos seus conflitos e noções pessoais acerca da morte, mas também, de maneira significativa, ao preparo que recebeu enquanto estudante – principalmente na sua formação de base, a graduação. Ao passo que há uma aproximação com os conteúdos biologicista e técnicos de cada profissão, se revela um distanciamento de aspectos psicossociais acerca do fenômeno em questão. Uma formação que contempla a diversidade que é a morte, em seus aspectos filosóficos, bioéticos e psicológicos, é oferecida em cursos especializados em cuidados paliativos, por exemplo. O sofrimento diante do despreparo é uma experiência que pode se tornar traumática e evoluir para um fazer profissional mecanizado e emocionalmente frio, num momento onde a necessidade do paciente se mostra oposta.

Reconhecer as atitudes dos profissionais frente a morte se alinhava à sua noção de diversidade. A gama de estratégias compensatórias e psicologicamente reconhecidas como negação e fuga daquela realidade - a iminência da morte - demonstra os reflexos práticos do despreparo técnico e emocional de profissionais que sofrem e muitas vezes não têm seu sofrimento reconhecido e amparado. Morrer é iminentemente triste, portanto, vivenciar a perda de pacientes não é menos doloroso, entretanto o que se preconiza é que o preparo adequado pode estabelecer maneiras de gestão deste processo, gerando reflexão nos seus contextos laborais, busca por conhecimento e suporte psicológico, evitando que os trabalhadores fiquem desassistidos.

A metodologia de revisão bibliográfica utilizada nesta pesquisa não privilegiou uma busca por categorias profissionais específicas, esta pode ser considerada uma limitação do estudo no sentido de que limitar a pesquisa pode proporcionar resultados com características mais específicas. Ainda em relação ao conteúdo, não foram encontrados – nem delimitados – os tipos de morte, deixando de ser mencionado as ocasionadas por suicídio, por exemplo, e suas possíveis repercussões para os profissionais da saúde. Pesquisa futuras podem se concentrar em estreitar os filtros na literatura ou ainda, extrapolar a metodologia e realizar comparações das percepções de morte entre categorias profissionais e sua relação com a formação acadêmica, por exemplo, por meio de uma pesquisa de campo.

A educação parece ser um elemento chave para a produção do cuidado humanizado em saúde. Urge então, uma prática que integre a morte com o respeito e tratamento adequado, a considerando como parte relevante do processo de viver, possibilitando uma revisão cultural das noções sobre a finitude e os processos de trabalho neste contexto.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE et al. **Morte e luto: competências dos profissionais**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. 10(2), pp.112-121, 2014.
- ALMEIDA, Luana Ferreira de; FALCÃO, Eliane Brígida Morais. **Representação Social de Morte e a Formação Médica: a Importância da UTI**. Revista Brasileira de Educação Médica. 37 (2): 226-234, 2013.
- ALMEIDA, Hélen Rimet Alves de; MELO, Cynthia Freitas de. **Orthotanasia and dignified death in cancer patients: The perception of health professionals**. Psicooncologia, 16(1): 143-160, 2019.
- ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.
- ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- AZEREDO, Nára, Selaimen G.; ROCHA, Cristianne Famer; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci. **O Enfrentamento da Morte e do Morrer na Formação de Acadêmicos de Medicina**. Revista Brasileira de Educação Médica. 35 (1): 37-43, 2011.
- BANDEIRA, Danieli; et al. **A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Abr-Jun; 23(2): 400-7, 2014.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARRETO, Francisco José Trindade de. **A morte e o morrer: a assistência ao doente terminal**. In: FILHO, Julio de Mello [et al.]. **Psicossomática hoje** [recurso eletrônico]. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BECKER, Ernest. **A negação da morte**. Rio de Janeiro: Editora Record, 19773.
- BERNIERI, Jamine; HIRDES, Alice. **O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jan-Mar; 16(1): 89-96, 2007.
- BIFULCO, Vera Anita; IOCHIDA, Lúcia Cristina. **A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura**. Revista Brasileira de Educação Médica. 33 (1): 92 – 100, 2009.
- CASTRO, Thiago Gomes de; ABS, Daniel; SARRIERA, Jorge Castellá. **Análise de Conteúdo em Pesquisas de Psicologia**. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 31 (4), 814-825, 2011.
- CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.

FERREIRA, Roberta Albuquerque et al. **Percepções de psicólogos da saúde em relação aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes diante da morte.** Revista Psicologia: Teoria e Prática, 15(1), 65-75. São Paulo, SP, jan.-abr. 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

HOHENDORFF, Jean Von; MELO, Wilson Vieira de. **Compreensão da morte e desenvolvimento humano:** contribuições à Psicologia Hospitalar. ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA, UERJ, RJ, ANO 9, N.2, P. 480-492. ISSN: 1808-4281. 2º SEMESTRE DE 2009.

JASKOWIAK, Caroline Raquele; ZAMBERLAN, Pamalomide; FONTANA, Rosane Teresinha. **Death and dying process:** feelings and perceptions of nursing technicals. R. pesq.: cuid. fundam. online, jan./mar. 5(1):3515-22, 2013.

JUNQUEIRA, Maria Hercília Rodrigues; KOVÁCS, Maria Júlia. Alunos de Psicologia e a Educação para a Morte. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 28 (3), 506-519, 2008.

KOVÁCS, Maria Júlia (cor). **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. **Educação para a morte.** PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 25 (3), 484-497, 2005.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. – 10ª. ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.

LIMA, Márcia Gabriela Rodrigues de; et al. **Revisão integrativa:** um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico. Rev Gaúcha Enferm. 33(3):190-197, 2012.

LIMA, Márcia Gabriela Rodrigues de; NIETSCHE, Elisabeta Albertina; TEIXEIRA, Joice Ane. **Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros.** Rev. Eletr. Enf. jan/mar;14(1):181-8, 2012.

MOREIRA, Almir da Costa; NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca; FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de. **A morte como interesse individual e de Saúde Pública.** In: FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de (org.). Ensinando a cuidar em Saúde Pública. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005.

NEVES, José Luis. **Pesquisa Qualitativa** - Características, usos e possibilidades. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 1, n. 3, p.1-5, jul. 1996.

OLIVEIRA, Patrícia Peres de et al. **Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(9):2635-2644, 2013.

PAPALIA, Daiane. E.; FELDMAN, Ruth. Duskin. **Desenvolvimento humano**. – 12. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: AMGH, 2013.

PEREZ, Juliana Oliveira; SANTOS, Dayane Regina dos; DORÓ, Maribel Pelaez. **A percepção de residentes multiprofissionais da área da saúde**. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 11(3), 179-192, 2017 - Epub mar, 2018.

SEIFFERT, Carla Suellen Lisboa Carneiro et al. **O processo de morte e morrer para equipe de enfermagem do centro de terapia intensiva**. R. pesq.: cuid. fundam. Online, jan/dez, 12: 364-372, 2020.

SILVA, Laureana Cartaxo Salgado Pereira; VALENÇA, Cecília Nogueira; GERMANO Raimunda Medeiros. **Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido**. Rev Bras Enferm, Brasília, mar-abr; 63(2): 238-42, 2010.

SOUZA, Christiane Pantoja de; SOUZA, Airle Miranda de. **Rituais Fúnebres no Processo do Luto: Significados e Funções**. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 35, e35412, 2019.

SOUZA, Luciana G.A.; BOEMER, Magali, R. **O cuidar em situação de morte: algumas reflexões**. Medicina (Ribeirão Preto), 38 (1): 49-54, 2005.

VÁZQUEZ-GARCÍA, Daniel et al. **Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa**. Rev Esp Salud Pública. Vol. 93: 1 de agosto e1-e15, 2019.

VEGA, Paula Vega et al. **Perception of support in professional's and technician's grief of pediatric intensive care units in public hospitals**. Rev Chil Pediatr.; 90(4):429-436, 2019.

WALSH, Froma; MCGOLDRICK, Monica. **Morte na família: sobrevivendo às perdas**. trad. Cláudia Oliveira Dornelles. – Porto Alegre: ArtMed, 1998.

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE BANCA DO
PROJETO DE PESQUISA II DE 2020**

Por este Termo de Acordo, eu, a(o) Professora(o) CINTIA ADAM

autorizo a(o) aluna(o)

Joíceli Kaysel de Lima, regularmente matriculada(o) no
curso de Psicologia da UNIDAVI, para sua apresentação de seu Estágio em
Pesquisa II de 2020, sobre o seguinte tema:

A mente como experiência humana: reflexões sobre a
meditação.

Rio do Sul, 04 de novembro de 2020.

CINTIA ADAM

Orientadora(o)

Joíceli Kaysel de Lima
Orientanda(o)