

Perspectivas dos Profissionais da Saúde sobre o Cuidado a Pacientes em Processo de Finitude

Daniela Trevisan Monteiro¹

Jussara Maria Rosa Mendes¹

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil. ¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

Carmem Lúcia Colomé Beck²

²Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

Resumo: Este estudo consiste em compreender quais são as percepções, os sentimentos e as dificuldades atribuídos pelos profissionais da saúde ao cuidado no processo de morte de pacientes. Para tanto, realizou-se um estudo descritivo e exploratório, de cunho qualitativo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, sob o número 1.463.168, e foram seguidas as diretrizes da Resolução 510/2016. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e observações. Foram entrevistados médicos e enfermeiros que atuam na unidade de clínica médica em um hospital de ensino do Rio Grande do Sul, sendo realizadas dezessete entrevistas, correspondendo à totalidade destes profissionais na unidade. Os dados obtidos foram submetidos à triangulação, a partir da análise de conteúdo. Os resultados mostraram que o cuidado no processo de morte de pacientes gera sentimentos como frustração, impotência, tristeza e compaixão. É comum, nesse sentido, a utilização de estratégias defensivas – como racionalização e distanciamento – por parte dos médicos responsáveis. Além disso, percebeu-se que o tempo de tratamento permite cuidados diferenciados e maior humanização no processo. Concluiu-se ser necessário levar em consideração as dificuldades individuais e coletivas, os sentimentos, as situações pessoais e interpessoais, bem como a satisfação/insatisfação dos profissionais.

Palavras-chave: Morte, Atitude Diante da Morte, Pessoal de Saúde, Assistência Integral à Saúde.

Perspectives of Health Professionals about Patients in Process of Finitude

Abstract: This study analyzes the perceptions, feelings and difficulties attributed by health professionals about care in the death process of patients. A descriptive and exploratory study of qualitative nature was performed. The research was approved by the Ethics Committee, under number 1,463,168, and the guidelines of Resolution 510/2016. Seventeen medical professionals and nurses working in the medical clinic unit at a teaching hospital in Rio Grande do Sul were interviewed. The obtained data were subjected to triangulation via content analysis. The results showed that care in the death process of patients generates feelings like frustration, impotence, sadness and compassion. Defensive strategies such as rationalization and distancing were common. Treatment time allowed for differentiated care and greater humanization in the process. Taking into account individual and collective difficulties, feelings, personal and interpersonal situations, satisfaction/dissatisfaction of professionals was shown to be needed.

Keywords: Death, Attitude to Death, Health Personnel, Comprehensive Health.

Perspectivas de los Profesionales de la Salud sobre el Cuidado a Pacientes en Proceso de Finitud

Resumen: Este estudio busca comprender cuáles son las percepciones, los sentimientos y las dificultades atribuidas por los profesionales de la salud sobre el cuidado en el proceso de muerte de pacientes. Por ello, se realizó un estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética, bajo el número 1.463.168, y se cumplieron las directrices de la Resolución 510/2016. Para la recolección de datos, se aplicó entrevistas y observaciones. Se entrevistaron a profesionales médicos y a enfermeros que actúan en la unidad de clínica médica en un hospital escuela de Rio Grande do Sul (Brasil). Se realizaron diecisiete entrevistas, resultado de la totalidad de esos profesionales en la unidad. Los datos obtenidos se sometieron a la triangulación a partir del análisis de contenido. Los resultados demostraron que el cuidado en el proceso de muerte de pacientes genera sentimientos como frustración, impotencia, tristeza y compasión. Es común el uso de estrategias defensivas, como racionalización y alejamiento, por parte de los médicos tratantes. El tiempo de tratamiento permite cuidados diferenciados y mayor humanización en el proceso. Se concluyó que es necesario tener en cuenta en esta situación las dificultades individuales y colectivas, los sentimientos, las situaciones personales e interpersonales, así como la satisfacción/insatisfacción de los profesionales.

Palabras clave: Muerte, Actitud Frente a la Muerte, Personal de Salud, Atención Integral de Salud.

Introdução

O profissional da saúde lida, em seu cotidiano, com situações de sofrimento e dor, sendo a morte de pacientes uma constante. As dificuldades para lidar com problemas durante a convivência diária com pacientes, familiares e colegas contribuem para suscitar situações de estresse, emergindo sentimentos traduzidos por onipotência, frustração e revolta. A constatação é de que trabalhar como cuidador na área da saúde é ter presente no cotidiano a dor e a morte (Kovács, 2010); por isso, a importância da demanda de um cuidado ao cuidador. Até porque a maneira como os profissionais percebem a morte e o cuidado no processo de morrer interfere no modo de estabelecer um tratamento e os tipos de cuidado, o que influencia na percepção e aceitação dos familiares em relação à doença e ao tratamento (Santos, Aoki, & Oliveira-Cardoso, 2013).

O cuidado exige um ato efetivo, no qual a pessoa cuidadora beneficia o outro vulnerável de algum modo (Dall'Agnol, 2014). Fenomenologicamente, o cuidado é um modo de ser, de existir dos sujeitos (Pegoraro, 2014). Na área da saúde, o termo "cuidado" é utilizado para descrever todas as ações dos profissionais da

saúde direcionadas à recuperação, à preservação ou à reabilitação da saúde de outrem.

O cuidado em saúde acontece em uma situação assistencial concreta e exige a relação entre, pelo menos, um profissional da saúde e um paciente, o que torna o cuidado personalizado (Almeida & Ribeiro, 2014). Caracteriza-se por sua abrangência, complexidade e pela diversificação de ações, cenários e atores. Versando, além da atenção aos procedimentos, protocolos assistenciais e a doença em si a partir da produção do cuidado na perspectiva do sujeito. Através do vínculo, território afetivo e da autonomia – como conceitos implicados à integralidade em saúde – realiza-se o cuidado enquanto produção subjetiva (Silva, Silveira, Pontes, & Vieira, 2015). Nesse sentido, o cuidado responde a uma assistência humanizada e contempla as necessidades específicas dos sujeitos em seus aspectos pessoais, sociais e espirituais. Afasta-se da questão técnica e assistencial, possibilitando suporte e abrangendo o paciente integralmente nas dimensões que contemplam as suas necessidades (Silva, Silva, Almeida, & Araújo, 2014).

Para que esse cuidado integral de fato ocorra, a concepção e o reconhecimento de um elenco de

profissionais são necessários a fim de contemplar as múltiplas dimensões presentes nas necessidades de saúde. Ao reconhecer a singularidade do paciente, compreendido como único, esse se torna participante do cuidado, empoderando-se enquanto conhecedor de seu corpo e de sua condição patológica, assim tornando-se apto a tomar decisões sobre sua saúde. Além disso, aponta-se a importância na relação entre profissionais da saúde e os pacientes para o sucesso ou insucesso das condutas terapêuticas. Como potencial de impacto na qualidade do cuidado, a constituição de vínculos positivos e a confiança entre os envolvidos no processo terapêutico fazem-se necessárias (Agreli, Peduzzi, & Silva, 2016), o que possibilita melhor bem-estar e qualidade de vida no percurso da doença.

Quando a doença progride, e o tratamento curativo deixa de oferecer maior controle, surgem os cuidados paliativos como necessidade quando a incurabilidade torna-se realidade. Na fase final da vida, percebida quando o processo de morte é irreversível e o prognóstico de vida compreende dias ou semanas, os cuidados paliativos são imprescindíveis e demandam atenção específica e contínua ao paciente e sua família, prevenindo uma morte com sofrimento (Rodrigues, Ligeiro, & Silva, 2015). Cuidar é sempre possível, mesmo quando não há cura para a doença; são doentes incuráveis, porém não deixam de ser cuidáveis. Assim, cuidar é mais do que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação e ternura com o outro, sabendo unir a competência técnico-científica com o humanismo (Pessini & Bertachini, 2014). Ademais,

cuidados de saúde, sob o paradigma do cuidar (*caring*), aceitam o declínio e a morte como parte da condição do ser humano, uma vez que todos sofremos de uma condição que não pode ser “curada”, isto é, somos criaturas mortais... A medicina orientada para o alívio do sofrimento estará mais preocupada com a pessoa doente do que com a doença da pessoa. Nesse sentido cuidar não é o prêmio de consolação pela cura não obtida, mas sim parte integral do estilo e projeto de tratamento da pessoa a partir de uma visão íntegra (Pessini, 1996, p. 35).

Nesse contexto, a introdução dos cuidados paliativos surge como forma de cuidado. Apresenta-se como um caminho para a questão do que fazer

quando “não há nada mais a fazer” pelo paciente, pois a cura da doença não é mais possível, revelando a importância da dor física, mas sem esquecer o isolamento social, o sofrimento psíquico e espiritual causado pela doença (Kovács, 2003). Os cuidados paliativos resgatam a morte com dignidade, e esse é um dos objetivos dos profissionais paliativistas (Kovács, 2014); a proposta fundamental é oferecer conforto, acolhimento e proteção aos pacientes, favorecendo uma sensação de segurança, por meio de uma interação entre os cuidados ativos e paliativos. Este tipo de cuidado abrange tanto os cuidados de pacientes no fim da vida quanto daqueles com doenças incuráveis, buscando maior qualidade de vida em todas as etapas do processo de recuperação (Kovács, 2003). O alívio do sofrimento, através do paliativismo, independe da crença religiosa e exalta a dignidade humana no fim da vida; é uma forma de abrandar a transição entre a vida material e a morte. Todavia, é inerente ao trabalho do profissional procurar conhecer e compreender a opinião dos pacientes e dos familiares quanto às crenças religiosas (Xavier, Miziara, & Miziara, 2014).

Os cuidados paliativos envolvem o entendimento de que a morte faz parte da vida e que não há porquê prolongar o sofrimento. Através da abordagem multiprofissional, foca-se nas necessidades dos pacientes e seus familiares no intuito de melhorar a qualidade de vida e influenciar, de forma positiva, o curso da doença (Manso et al., 2017), subsidiando a assistência aos pacientes, aliviando o sofrimento resultante de terapias excessivas e promovendo a otimização de recursos materiais e humanos (Souza, Lacerda, & Lira, 2017). Em contrapartida, o profissional pode ter dificuldades em desviar a atenção da cura para a perspectiva dos cuidados paliativos (Santos, Aoki, & Oliveira-Cardoso, 2013), isso porque prepara-se o profissional para salvar a vida e não para deixar o paciente morrer quando não há mais condutas que possibilitem a cura, o que deixa em segundo plano a percepção de que a sobrevivida precisa ser experienciada com dignidade, diminuindo-se o sofrimento (Poletto, Bettinelli, & Santin, 2016).

Em decorrência disso, quando ocorre a morte ou a doença é incurável, o trabalho realizado pela equipe de saúde pode ser considerado frustrante, sem motivação ou significado (Kovács, 2010). Com o desenvolvimento tecnológico e científico, os profissionais tendem a considerar a morte do paciente no exercício de suas funções como se não tivessem alcançado

a eficiência necessária. Como resultado, a preparação para trabalhar com o processo de morte e morrer de pacientes foi quase que ignorada nas atividades dos profissionais da saúde (Vicensi, 2016). Torna-se evidente que, em sua maioria, os hospitais são lugares onde se exerce uma competência técnica cada vez mais exigente, em que questões relativas à vida íntima dos profissionais da saúde e de seus pacientes não podem geralmente ser abordadas (Hennezel & Leloup, 1999). O cerne das dificuldades de lidar com o processo de morte dos pacientes está também relacionado à formação e preparação dos profissionais, que ainda se mostram ineficientes na tarefa de promover uma atuação que alie cientificidade, técnica e humanização (Vicensi, 2016).

Então, assume-se que o processo de morte e de morrer suscita diversos sentimentos tanto no paciente quanto naqueles que o circundam. Assim, desempenhar as funções assistenciais em meio a esse contexto consiste em uma tarefa árdua, mas necessária para os profissionais envolvidos. Nas argumentações tecidas, entende-se que o profissional da saúde vivencia intenso sofrimento frequentemente experienciado de forma individual e permeado pelo silêncio, no que se refere às suas vivências em frente de morte e do morrer de pacientes. O presente estudo faz parte de uma pesquisa de doutorado (Monteiro, 2017) que teve como objetivo geral descortinar o interdito sobre a morte e o morrer, as percepções, os significados, os sentimentos e dificuldades atribuídos pelos profissionais da saúde sobre o cuidado de pacientes em processo de morte e morrer. Tendo em vista o que foi descrito e entendendo a morte como parte integrante da vida, este estudo consiste em compreender quais são as compreensões, adversidades e os sentimentos atribuídos pelos profissionais da saúde sobre o cuidado no processo de morte de pacientes.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de cunho qualitativo (Minayo, 2008), pois proporciona o entendimento e a interpretação dos sentidos e das significações referentes a um fenômeno. Logo, esse delineamento incorpora o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e estruturas sociais, sendo estas tomadas como construções humanas significativas pelo seu advento e por suas transformações (Bardin, 2009).

O hospital, no qual foi realizada a pesquisa, caracteriza-se como um hospital público de ensino, geral, de nível terciário, atendendo somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa foi realizada a partir de um prévio consentimento institucional e os participantes foram médicos e enfermeiros da unidade de clínica médica/medicina interna.

Optou-se por entrevistar a totalidade dos profissionais, visto que esta era constituída por duas áreas da saúde e o número de profissionais não era muito expressivo. Totalizou-se, assim, dezessete entrevistas. Os residentes foram incluídos, pois a residência realizada no setor é específica em medicina interna e eles permanecem até três anos trabalhando na área de oncologia. Além disso, não há grande rotatividade de residentes na unidade. Entre os médicos, somaram-se cinco homens e três mulheres com idades entre 27 e 54 anos. Dentre esses, há um médico especialista em oncologia com maior tempo de trabalho no setor e responsável pelos outros sete médicos residentes em medicina interna, que realizam a prática por três anos dentro da unidade e no ambulatório de oncologia. Entre os médicos residentes, três estavam no primeiro ano de residência, três no segundo ano e um no terceiro ano. Apesar da diferença no tempo de formação, não houve discrepância nas respostas. Quanto aos profissionais da enfermagem, apenas um é do sexo masculino, e a maioria foi contratada há dois anos. Entre os entrevistados, seis trabalham no turno diurno e três no noturno. As idades dos profissionais variaram entre 25 e 55 anos.

Foram utilizadas a observação sistemática e a entrevista semiestruturada para a coleta de dados. A observação se deu desde a familiarização até findar todas as entrevistas individuais, sendo diretamente escrita em diário de campo. Iniciou-se na primeira quinzena de julho e durou até final de agosto de 2016. A observação ocorreu nos dois turnos – diurno e noturno – em diferentes horários, para que pudessem ser contempladas qualquer particularidade entre turnos. Em alguns finais de semana, uma das pesquisadoras também se fez presente. Foram usados alguns eixos norteadores a fim de orientar quais aspectos eram relevantes a serem observados: condutas ante o paciente terminal, comportamento em face de morte de um paciente e da família deste, relação entre colegas no que se refere ao compartilhamento de sentimentos perante o processo de morte e o morrer, rounds e passagens de plantão.

A entrevista semiestruturada valoriza a presença do pesquisador e possibilita diferentes perspectivas para que o participante alcance a liberdade e a espontaneidade essenciais para enriquecer a investigação (Triviños, 2015). No roteiro, constaram apenas alguns itens indispensáveis para o delineamento do objeto: condições de vida; trajetória profissional e repercussões na saúde; atividades cotidianas na instituição hospitalar – conhecimento do processo de trabalho, controle sobre o trabalho, natureza e conteúdo das tarefas; organização do trabalho; comunicação e relacionamentos interpessoais; significados atribuídos ante a morte e o morrer; vivências no processo de morte e morrer; relação com o paciente terminal e sua; dificuldades e facilidades no trabalho na presença da morte e do morrer.

Para que os dados pudessem ser coletados, primeiramente o projeto de tese foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Em sequência, foi realizada a apresentação da pesquisa para os chefes da unidade da clínica médica para a aprovação setorial. A seguir, o projeto foi encaminhado ao Gabinete de Estudos e Projetos da instituição na qual foi realizada a coleta. Após todos os trâmites serem contemplados e o projeto receber parecer favorável, iniciou-se a coleta dos dados.

Para a análise dos dados, as narrativas das entrevistas foram primeiramente transcritas para que pudessem distinguir as falas mais significativas, seja por sua repetição, por sua carga emocional, ou pelo grau de congruência, ou contradição das narrativas. A partir das observações e das entrevistas, formaram-se as categorias referentes ao tema da pesquisa para a análise de dados. A partir da combinação de técnicas, observação e entrevista, procedeu-se à triangulação das informações como parte da verificação de confiabilidade dos dados, objetivando, portanto, alcançar a magnitude na descrição, explicação e compreensão do objeto em estudo. Na triangulação, parte-se do pressuposto de que não é possível conceber a existência isolada de um fenômeno social (Triviños, 2015).

A análise teve como eixo norteador a análise de conteúdo com foco na análise categorial, que se refere a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando-se de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A escolha desse método de análise pode ser explicada por seu enfoque na qualificação das vivências do sujeito, assim como suas percepções sobre o objeto e

seus fenômenos (Bardin, 2009). Procedeu-se à organização das informações por meio de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados e a interpretação. Quanto ao processo de formar categorias, foram seguidos dois critérios: a repetição, onde se distingue e põe em destaque as colocações recorrentes, considerando todas as emergentes do discurso do entrevistado; e o critério da relevância, em que se coloca em destaque um ponto da fala considerado rico em conteúdo, sem que tenha necessariamente apresentado repetição no conjunto dos dados coletados (Turato, 2003). Através da exploração do material coletado, foi possível transformar os dados brutos em dados trabalhados.

Para a realização das entrevistas, foram seguidas as recomendações éticas da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016), que prescreve a ética nas pesquisas com seres humanos. Entende-se ainda que, por se tratar do âmbito da psicologia, devem-se levar em consideração os aspectos éticos exigidos do profissional psicólogo pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Esse rigor ético do conselho de classe vem a complementar o entendimento da Resolução 510/2016. Para tanto, realizou-se a pesquisa em conformidade com a Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia – CFP (2000), pois essa define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Dessa forma, os entrevistados tiveram participação voluntária, sem coerção institucional ou psicológica, instruída com termo de consentimento livre e esclarecido. Foi garantido que suas identidades permanecerão anônimas, não devendo ser mencionado seus nomes ou qualquer outro dado que possibilite o reconhecimento. As atividades de campo apenas ocorreram após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Rio Grande do Sul, sob o parecer nº 1.463.168.

O sigilo dos participantes foi e será mantido nas futuras publicações através da utilização de siglas para a identificação das falas, seguidas da sigla da unidade em que trabalha (CM para clínica médica). Por exemplo: M1-CM e M2-CM quando o participante for médico. E1-CM, E2-CM e E3-CM quando for enfermeiro e assim sucessivamente.

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias: *as interfaces do processo de morrer de pacientes: percepções, sentimentos e dificuldades dos*

profissionais e o ato de cuidar. Na primeira categoria, os profissionais nomeiam seus sentimentos quando ocorre a piora ou morte do paciente que estava sob seus cuidados. Além disso, promovem relatos sobre suas percepções nessas situações, com vivências consideradas intensas e dolorosas, tanto com pacientes quanto com seus familiares. Esta categoria ainda reflete sobre estratégias defensivas utilizadas pelos profissionais a fim de se proteger contra a angústia que a morte do paciente pode causar-lhes. Na segunda categoria, reflete-se sobre o ato de cuidar, incluindo-se a reflexão sobre a prática profissional e a importância de estar próximo e disponível ao paciente nos seus últimos momentos.

As interfaces do processo de morrer de pacientes: percepções, sentimentos e dificuldades dos profissionais

O trabalho realizado pelos profissionais na clínica médica possibilita maior contato com os pacientes, pois são, em sua maioria, diagnosticados com câncer e em tratamento quimioterápico. Nesse setor, os pacientes internam-se para tratamento e podem ficar por tempo indeterminado, sendo que alguns já estão há mais de seis meses internados. A primeira internação costuma ser sempre a mais longa, durando cerca de trinta dias, o que deixa os pacientes desmotivados. Existem pacientes no andar que estão há mais de três anos em tratamento; muitos são recidivos, o que possibilita maior contato na relação profissional-paciente. Entre os pacientes, alguns se encontram em fim de vida e, por isso, em cuidados paliativos exclusivos. Pacientes da hemato-oncologia são tidos como pacientes que precisam de maior atenção, demandando um olhar mais cauteloso a todos os sinais. Ademais,

É aqui são 28 [pacientes]. Tem muito paciente girando, às vezes eles ficam muito tempo internados. E essa questão deles ficarem muito tempo internados também, cansa um pouco assim porque daqui uns dias tu já não aguenta mais, então às vezes também é... ah coitado podia ir pra casa um pouco dar um up (E6-CM).

Às vezes eles já chegam num estágio da doença muito avançada, quando é aguda, Às vezes ela se instaura em dias e em uma semana eles morrem,

né. Ou eles não fazem “químio”, eles morrem. Ou eles vão fazer “químio” e a probabilidade deles morrerem é muito alta. E, geralmente, esses pacientes têm uma faixa etária muito mais jovem. Então esses pacientes sugam bem mais, então eles são mais, são mais, ahn, melindrosos assim, eles nos preocupam muito mais, sabe (E8-CM).

O longo tempo de internação provoca reações de cansaço tanto aos pacientes quanto aos profissionais, que aos poucos vão se desmotivando com o tratamento por não haver uma melhora significativa que possibilite a alta do paciente. Em uma unidade de pacientes com câncer, na qual a morte costuma ser lenta e muitas vezes sofrida, o profissional oscila entre a sensação de tudo poder e a de nada poder fazer frente aos imprevisíveis processos biológicos (Kovács, 2010). A oncologia é uma especialidade considerada estressante porque apresenta situações de contato com a morte, necessidade de cuidados de alta complexidade e paliativos; além da atenção que precisa ser demandada à família, criando intensos desafios aos profissionais (Hercos et al., 2014); o que se percebe na seguinte fala:

é frustrante. É frustrante, mas ao mesmo tempo tem muitos casos que tu sabe que vai acontecer isso, é só questão de tempo. A nossa área é um pouco diferente: uma coisa é tu tratar uma pessoa tendo alto risco de cura e falhar. No nosso caso não, tu por mais que tu saiba que aquilo ali vai progredir em questão de tempo, às vezes tu faz um tratamento pra controlar, muitos dos nossos pacientes é isso, não tem cura mais, tu controla a doença, mas tu sabe que em poucos meses ou poucas semanas eles vão progredir, eles vão voltar a doença, mesmo sabendo isso, muitas vezes eles te questionam, “ah, o tratamento funcionou?”, aí tu tem que explicar, mas com certeza, é mega frustrante, é frustrante. Eu por mim eu curaria todos, salvaria todos mas a gente sabe que não é assim (M7-CM).

A perda de um paciente é motivo de insatisfação na oncologia. A prática cotidiana traz situações nas quais os profissionais se sentem limitados ou impotentes no seu campo de atuação (Bordignon, Ferraz, Beck, Amestoy, & Trindade, 2015). A contenção dos sentimentos e o convívio constante com o sofrimento, dor, perda e morte, tornam os profissionais da saúde mais propensos ao

estresse (Esslinger, 2004). Os sentimentos nomeados pelos profissionais são frustração, impotência, tristeza e compaixão quando há piora ou morte do paciente. Os dois primeiros são designados ao próprio profissional em frente do trabalho que realiza e que possui limitações. Uma situação de morte geralmente é interpretada pelos profissionais como teste a sua competência, portanto, é gerador de sofrimento, situação esta que pode ser atribuída ao modelo biomédico, que ensina a tratar a doença e não a cuidar das pessoas (Borges & Mendes, 2012). A morte para os profissionais não é um fenômeno percebido de maneira natural e sim acompanhada de dificuldades que implicam o sofrimento surgido desse contato rotineiro com situações de final de vida, sentimento que precisa ser velado e silenciado (Santos, Aoki, & Oliveira, 2013). Ademais, os profissionais vivenciam situações que envolvem responsabilidades, capacidade técnica, crenças e sentimentos sobre a morte de pacientes. Esses sentimentos e impressões não permeiam apenas o paciente, mas afetam também seus familiares e a equipe responsável pelos cuidados. Com isso, quando se propõe um trabalho humanizado, esses sentimentos devem ser considerados. Necessita-se reconhecer também que os profissionais são, antes de tudo, seres humanos envolvidos por emoções e responsabilidades, o que significa um primeiro passo para a promoção de um preparo adequado para lidar com seus próprios sentimentos e com os sentimentos do paciente que está em fim de vida (Vicensi, 2016).

Os dois últimos sentimentos nomeados na entrevista – tristeza e compaixão – são direcionados aos pacientes, o que sugere um olhar ao sofrimento do outro, ou seja, um cuidado focado no ser humano, não em um ativismo mecanicista, no qual o envolvimento do profissional no processo de morte acaba sendo deficitário (Silva et al., 2013). O trabalho em oncologia permite o contato diário com os processos de morte e morrer dos pacientes. Porém, mesmo a morte e o morrer sendo constantes, os profissionais da saúde ainda possuem como foco de sua atuação a preservação da vida e a cura, na qual encontra-se a gratificação pelo trabalho. Há dificuldade em aceitar o final de vida como algo natural, sendo este entendido como fracasso ou falha (Cardoso et al., 2013), como evidencia a fala:

Normalmente não é muito bom assim né... a gente fica porque a gente estudou e sabe como é a evolução da doença né, dependendo do... da neoplasia do tipo de recidivo a gente sabe qual vai ser o final

do paciente né, por mais que tenham tratamento que vão acabar prolongando um pouco mais a vida, a gente sabe que em algum momento a gente vai acabar perdendo ele... né... então é ruim nesse sentido né, que foi tentar um tratamento, mas que não deu certo e ele tá de novo ali (M6-CM).

Mesmo sabendo das dificuldades do tratamento de um paciente com câncer, os profissionais se sentem frustrados quando o prognóstico é insatisfatório. Isso acontece em decorrência de uma formação voltada para a cura, como ressaltam alguns estudos (Kovács, 2010, 2011; Lima & Nietzsche, 2016; Muñoz-Pino, 2014), mas pode igualmente ocorrer pelo fato do profissional lidar com uma vida que, no momento, está “entregue” em suas mãos.

Para além das limitações acadêmicas e do imaginário social, a história de vida de cada profissional é um fator importante para a formação da identidade do profissional e em como este vai conceber seu trabalho e a si mesmo na prática do cuidado. Cada experiência produzirá diferentes formas de reconhecer-se, podendo influenciar nos reconhecimentos que são buscados na atuação profissional (Santos et al., 2013). Por mais que se possa negar a morte ou ter uma formação que aponta a cura, não se pode excluir o fato de que são seres humanos cuidando de seres humanos, e o desejo sempre será a melhora do paciente. Caso não haja evolução na recuperação do paciente, o sentimento de frustração estará presente. Logo, pode-se dizer que a frustração possui um teor profissional que busca a cura, mas igualmente um cunho pessoal através de um sentimento de compaixão – como falado em algumas entrevistas – do desejo de melhora de uma pessoa.

O profissional em contato com o sofrimento vive conflitos próprios de como se posicionar em face da dor, a qual nem sempre consegue aliviar, e como elaborar perdas de pacientes. Esse convívio com a dor, perda e morte de pacientes ocasiona a vivência de processos internos, vulnerabilidades, medos e incertezas aos profissionais que se sentem inibidos a compartilhar esses sentimentos (Kovács, 2014). Na clínica médica, essas vivências são intensas e ainda mais dolorosas para o profissional quando há um vínculo duradouro e/ou quando o enfermo é jovem. Os profissionais que participaram da pesquisa se sentem desamparados em seus sentimentos e não sabem muitas vezes como agir em frente de situações específicas do processo de

morte e do morrer. Trabalhar na área da saúde como cuidador denota que a dor e a morte são presenças constantes no cotidiano. Ademais, quando o paciente morre, o profissional precisa lidar, além de com seus próprios sentimentos, com os sentimentos dos familiares, o que contribui para o aumento do estresse, como explana a fala:

dos familiares eu já vi várias [situações de desespero] né, é compreensível, totalmente compreensível, porque aqui tem muito assim, às vezes as pessoas internam pra iniciar o tratamento e morrem sabe, não toleram nem a, o primeiro, a primeira etapa do tratamento e daí, por exemplo, ficou trinta dias internado e daí morre, e é difícil assim pros familiares (E5-CM).

A fala evidencia que, além da atenção ao paciente, os médicos e enfermeiros devem lidar e cuidar também com seus familiares durante a internação. O câncer pode fragilizar o sistema familiar devido ao estigma que carrega; a doença é vista como uma enfermidade muito temida, carregando a ideia de risco iminente de morte, além de tratamentos agressivos. O sofrimento gerado por essa enfermidade e seus efeitos é compartilhado pelo paciente e por sua família com a equipe de saúde (Rennó & Campos, 2014). Os profissionais lidam com as famílias do paciente tanto antes quanto após a morte deste. Essa relação gera sofrimentos e angústias aos profissionais, que se sentem impotentes em frente das circunstâncias que fazem parte do cuidado no processo de morrer (Medeiros & Bonfada, 2012).

Os comportamentos dos familiares também influenciam o meio de cuidado pelos profissionais. Primeiro porque podem estar apresentando dificuldades no trato com o paciente, ou até mesmo não compreendendo o teor da situação. Segundo, os familiares podem prejudicar o andamento do tratamento e da relação profissional-paciente, como esclarece a fala:

A gente assiste a muitos horrores né, e isso, isso não é muito fácil de suportar, a gente vai treinando, vai se preparando, sai de casa de manhã e já sabe que vai ser dessa forma, daquela forma, vai ter coisas que as pessoas querem que não tá certo, que falam que tá errado, e eu vou citar um exemplo, assim, das situações piores que tem, é o paciente oncológico que ele não tem uma noção adequada da situação, ele não tem uma estrutura para receber

a notícia da condição própria e chega uma pessoa da família, normalmente 99% das vezes e fala algumas coisas assim que, meu Deus, se ele entender o que ela tá falando, ele vai se suicidar. A pior que eu ouvi e presenciei foi a filha, na frente do paciente, se virar pra mim é perguntar: “doutor, quantas semanas de vida ele tem?”. O pai tava sentado, do lado dela, eu tava surdo né, eu não ouvi, não tinha o que dizer, não tinha o que fazer (M8-CM).

Muitas vezes os familiares, no processo de sofrimento, podem apresentar comportamentos considerados inadequados pelos profissionais; a equipe cobra arduamente as famílias que não são participativas. A equipe em geral denota sentimentos como raiva pelo abandono sofrido pelo paciente e, segundo Bordignon et al. (2015), os profissionais sentem-se insatisfeitos quando ocorre descaso e descompromisso dos familiares com o paciente em tratamento de câncer. O profissional precisa demandar grande atenção nesses casos, em prol do bem estar de seu paciente. Uma das formas é possibilitar uma conversa particular com a família, no intuito de perceber sua compreensão do tratamento e suas expectativas ante o profissional.

No enfrentamento das dificuldades ante o processo de morte e morrer dos pacientes, os entrevistados tendem a apresentar estratégias para se safar dos sentimentos que podem emergir. Os trabalhadores de saúde que enfrentam o contexto da oncologia, de maneira mais individual, podem tentar afastar-se dos pacientes, pois, apesar de terem como foco a manutenção de um nível de distância na relação, o afastamento repercute nas ações de cuidado, desqualificando e limitando-as (Luz et al., 2016), como evidencia a entrevista:

O doutor [nome do médico], por exemplo, óbvio que ele não vai chorar, e não vai ficar triste, mas ele tem algumas ferramentas, por exemplo, quando paciente tá mal, vai pra ventilação mecânica, não tem mais o que fazer, ele já nem prescreve mais o paciente, é os residentes que carimbam a pasta, ele começa, é como se ele negasse aquilo, sabe. Ele age como se aquilo já tivesse terminado pra ele, sabe (E8-CM).

O cuidado no fim da vida dos pacientes, segundo o entrevistado, é atribuído a outros médicos. O distanciamento pode ser sua forma de proteção contra esse

encontro com o fim de vida do paciente, no entanto, tal atitude pode ser percebida como frieza pelos pacientes, familiares e próprios colegas do hospital. Trata-se, além de uma estratégia de defesa, de uma característica proposta pelo modelo biomédico e utilizado na prática profissional de que quando não há mais cura para a doença, não há mais o que possa ser feito.

Em contrapartida, a percepção dos próprios médicos em relação à forma como os outros percebem seu posicionamento – envolto por indiferença – diante da morte, contrapõe-se à maneira como eles se veem ou agem. A imagem social do profissional, principalmente do paciente que atribui ao médico o poder de evitar a morte, corrobora com a pressão e a frustração quando há impossibilidade de cura e a certeza da morte (Aredes & Modesto, 2016). Esses sentimentos ficam claros no setor pesquisado, pois, apesar deste médico ser visto como alguém distante dos pacientes, é considerado um profissional de confiança para o tratamento. Mesmo colegas de trabalho buscam auxílio com ele, quando possuem dúvidas ou dificuldades nos procedimentos.

O distanciamento pode demonstrar que os profissionais se concentram mais em sua capacidade pessoal e responsabilidade para encontrar maneiras de lidar com a morte do paciente e assim minimizar o impacto negativo que esta pode causar em suas vidas. Esse foco individualista não leva em conta que a oncologia é uma prática que envolve a exposição contínua perante a morte de pacientes, e, portanto, para mitigar o impacto negativo, importantes mudanças estruturais deveriam ocorrer na formação e prática da oncologia (Granek et al., 2017). Além disso, compartilhar a experiência com outros profissionais poderia ser um meio de vivenciar a morte do paciente de forma mais branda.

Outra forma de distanciamento é utilizar-se da racionalização como um mecanismo de defesa no intuito de se blindar contra o sofrimento. É um mecanismo que possui tanto a função de regular as emoções, quanto uma tentativa de resolução das situações. A racionalização pode ser incentivada desde a formação na área da saúde, pois esta é voltada à ciência positivista (Cano, 2008). A seguinte fala ilustra o uso deste mecanismo:

Quando morre [suspiro], assim é difícil falar isso, mas muitas vezes a gente cria uma blindagem, eu falo que é uma blindagem, uma carapaça, muitas vezes tu tem que se blindar e, porque senão, o emocional supera o racional. Eu, sinceramente, se

eu fosse trabalhar com crianças eu não teria essa blindagem, como eu só trabalho com adultos e já tendo a área, que a gente tem muitas perdas, tu sabe que os pacientes vão a óbito, é natural da especialidade, com o passar do tempo e tantos casos, tantos pacientes que a gente perde tu vai criando meio uma blindagem, é bem isso. Eu hoje, eu não levo nada pra casa. Eu venho, faço meu trabalho racionalmente e tento fazer o meu melhor, mas dificilmente eu levo coisas emocionais pra casa, eu fico, a gente cria meio que uma blindagem mesmo (M7-CM).

O médico, nesta entrevista, ressalta que ele trabalha racionalmente e se blindar, excluindo seu lado emocional. Quintana (2009) aponta que o médico pode falar racionalmente sobre a morte, o que não pode acontecer é permitir que ela toque seus sentimentos, pois dessa forma o profissional teria que aceitá-la concretamente para si, na sua própria finitude. Através desse isolamento de emoções, o profissional mantém sua defesa contra a angústia que lhe causaria se permitisse seus sentimentos emergirem em face de morte de pacientes; o foco é a racionalidade e na perícia técnica, não na interação e integração da razão com a emoção (Esslinger, 2004). O profissional deve primeiro enfrentar suas próprias angústias e compreender seus sentimentos, pois a forma como os profissionais concebem a morte e o cuidado no processo de morrer podem interferir na maneira de tratar e nos tipos de cuidado, o que acaba influenciando o modo como as pessoas percebem sua doença e o tratamento e se aceitam ou não essa situação (Santos et al., 2013).

O ato de cuidar

A morte dos pacientes pode levar os profissionais a refletirem sobre a possibilidade de erros, ações e condutas que poderiam ter sido adotadas para um melhor cuidado (Bordignon et al., 2015). Refletir sobre o trabalho que foi realizado pode trazer um alívio de uma possível culpa durante os procedimentos realizados. Além disso, pensar no cuidado de si denota como realizar o cuidado do outro, como ilustra a fala:

não vou te dizer que é tranquilo, eu sempre penso assim “bom, eu fiz o melhor? Fiz.” Eu sempre me questiono se fiz o meu melhor, não, não fico pensando assim se era a hora dessa pessoa morrer, ou

se ela merecia; essas coisas assim não, eu sei que assim, eu fiz o meu melhor, fiz o que eu pude pra ele, pra esse paciente ter a sua morte tranquila, a sua morte como deve ser, respeitando todos os princípios éticos, a qualidade de vida ao morrer, eu sempre penso se eu fiz o que era certo, o que eu pude (E5-CM).

Retomar os procedimentos que foram realizados, como mostra a fala, denota uma conferência da questão técnica, na qual não pode haver erro, preservando a segurança do paciente. Esta relaciona-se à qualidade nos serviços de saúde, sendo transversal no processo de assistência e envolvendo o estabelecimento de vínculos de confiança entre os profissionais e pacientes. É uma forma de compreender os eventos adversos ocorridos na assistência à saúde (Baptista et al., 2015).

Percebeu-se, durante a pesquisa, que a maioria dos enfermeiros aborda o cuidado com o outro além do cuidado apenas técnico; ou seja, o ofício de cuidar consegue superar a tecnologia, conforme demonstrado:

então é isso que a gente sente; a gente sente com paixão com a família, com o paciente, porque é a realidade. Eu sempre digo [que] a gente não tem que se colocar no lugar, mas tu tem que fazer as coisas com[sic] que tu gostaria que fizessem contigo. É o que tu gostaria, então tu sempre pensa, eu sempre penso: “eu gostaria de ser atendida por mim?”, eu sempre penso nisso. Se, se eu confio em mim, né. E aí esse é o sentimento que tu tem, acho que de toda a equipe de enfermagem, não só pra trabalhar na parte de onco [sic], como pra trabalhar em toda a enfermagem. Eu tenho que se [sic] importar com os pacientes, e tu saber que tu tá fazendo a coisa certa, né. Tu tá sempre prestando a mínima atenção em tudo o que tu vai fazer, porque tu quer fazer o bem pro paciente, não fazer o mal, sabe. Tu quer ir lá e fazer, porque qualquer coisa que a gente pode fazer lá, tu pode matar alguém né, tu pode, então tu tem que fazer e quando tu trabalha em onco [sic] assim, tu tem que fazer né, o máximo que tu pode (E7-CM).

O tempo do cuidado é que vai permitir o “se importar com o paciente”, como ressaltado na fala, o que nem sempre é possível devido à demanda de pacientes e afazeres hospitalares. No entanto, foi muito citado pelos profissionais que o pouco que é

feito na oncologia pode ser muito para o paciente. Ou seja, os pacientes são internados, muitas vezes, com poucas esperanças de melhora, e qualquer cuidado realizado pelo profissional é percebido com uma importância além do real, como se percebe na fala:

os pacientes são relativamente bons de trabalhar, porque muitas vezes, não é que seja uma coisa boa, mas eles já chegam bem entregues, tudo que tu fizer a mais, tudo que tu fizer pra eles para que é um, é uma grande gratidão, porque eles, não sei o que que é a palavra oncologia, câncer pra eles é uma palavra forte, então eles chegam já pensando na ideia da morte mesmo, na ideia do...; então se tu fizer um pouquinho, mesmo que tu saiba que é pouca coisa, pra eles já é uma imensidão. Então, não é uma área que muitas vezes tu perdendo o paciente muitas vezes tu tem aquele, como é que eu vou te dizer, tem áreas que tu não, tu não espera muito perder um paciente, aqui a gente tem muito essa, o câncer está muitas vezes vinculado à morte, então pra eles, tudo, qualquer mínima coisa já é um baita avanço (M7-CM).

A fragilidade do paciente facilitar o cuidado e a relação com o profissional. Nesse contexto, o cuidado não pode ser apenas técnico, e sim um cuidado que perceba o paciente em sua integralidade, pois ele demonstra claramente que se encontra em sofrimento psíquico devido ao diagnóstico de câncer, que traz consigo a possibilidade da morte. Cabe ao profissional perceber que ele não pode fazer o mínimo, mesmo que este seja considerado o máximo pelo paciente, como dito na entrevista. O avanço seria justamente realizar medidas que possibilitassem um conforto maior na hora da morte. Se o paciente está “entregue”, como ressaltado, o profissional poderá estabelecer um vínculo de confiança que permita o cuidado integral e mais adequado no processo de morrer; entendendo o sofrimento e as expectativas do paciente, pois a humanização dos serviços em saúde implica o reconhecimento do valor da pessoa humana e um aprofundamento no valor do cuidado ligado à sensibilidade diante do sofrimento humano. Aspira-se, assim, a construção de um profissional comprometido com o paciente fragilizado pela doença e

na promoção de sua saúde física, psíquica, social e espiritual (Pessini & Bertachini, 2014).

A relação interpessoal entre profissional e paciente é um momento importante da assistência e pode oferecer a ambos a oportunidade de uma comunicação clara, proporcionando uma relação mais humanizada (Rennó & Campos, 2014). É necessário atentar a essa dimensão e possibilitar abordagens de interação profissional que possibilitem diminuir a solidão e o sofrimento dos pacientes em processo de morte. O profissional, ao assistir esse paciente, precisa assegurar uma morte digna, ajudando-o a enfrentar a angústia e assumir suas possibilidades, ainda que em meio à reflexão da própria morte (Silva et al., 2013).

O avanço tecnológico é um recurso altamente importante, mas não pode ser um fim em si mesmo, necessitando estar aliado à construção de relações interpessoais saudáveis. O caminho terapêutico humanizado se desenha a partir de um movimento de compreensão e interpretação de si e do outro (Pessini & Bertachini, 2014). Por isso a importância de o profissional (re)conhecer suas dificuldades e angústias defronte o processo de morte e morrer. É necessário, portanto, deslocar o hospitalocentrismo e a alta especialização caracterizados pelo sistema de saúde e a formação dos profissionais e permitir o conhecer da biografia da vida, de si e do outro para que seja possível acolher o paciente em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural a fim de condescender o processo de cuidado (Pessini & Bertachini, 2014). Em suma: “quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano do outro se torna um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria” (Pessini & Bertachini, 2014, p. 442).

Quando se produz cuidado, podem-se considerar dois vetores de construção da realidade: o primeiro está relacionado à produção de subjetividades, o qual carrega o contexto de significados. O segundo são os afetos entre as pessoas, pois, ao lançarem o cuidado em saúde, produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que produz certa identidade subjetiva (Franco & Merhy, 2007). Como ressaltado na última fala, o cuidar nem sempre é curar o paciente. Muito mais do que a utilização de altas tecnologias, estar próximo e disponível ao paciente nos seus últimos momentos é tão importante quanto o uso de medicamentos. Nessa relação, o profissional que está ao lado de seu paciente poderá experimentar o cuidado

humanizado ao permitir o emergir da singularidade de cada paciente em cada atendimento, possuindo uma visão integral e, conseqüentemente, facilitadora no processo de tratamento.

Conclusão

Reconhecer os atributos e habilidades dos profissionais diante do processo de morte e morrer é insuficiente, como se este processo fosse racional e consciente. É necessário levar-se em consideração as dificuldades individuais e coletivas, os sentimentos, as situações pessoais e interpessoais, a satisfação/insatisfação dos profissionais e a necessidade de fortalecimento pessoal. A partir de um olhar singular para as diferentes significações atribuídas pelos profissionais sobre a doença e a morte, medidas preventivas poderão ser realizadas. O olhar individual e o trabalho com o coletivo poderá modificar comportamentos restritos enraizados socialmente sobre a morte, descortinando os silenciamentos do óbito no meio hospitalar e permitindo trazer voz a esse tema de maneira reflexiva e transformadora, possibilitando maior qualidade de relação entre profissionais, pacientes e familiares também nessa etapa da vida.

Os profissionais apresentaram dificuldades em relação ao processo de morte e morrer de pacientes. Os sentimentos nomeados foram sempre negativos, demonstrando o sofrimento gerado nessas situações. Além disso, a forma de enfrentamento para contornar as dificuldades ocupa-se muito mais em se distanciar da pessoa que está morrendo do que propriamente oferecer um cuidado integral. Para tanto, é interessante que se iniciem debates e reflexões para uma preparação global acerca da morte como parte da vida. Desde a graduação, o foco não deve ser a cura das doenças, mas sim o cuidado com o doente, aliando tecnologia e humanidade, unidas em prol da evolução dos tratamentos e da humanização do cuidado.

Recomendam-se a reflexão, a formação continuada para novos aprendizados e a busca de ajuda para a elaboração do sofrimento a fim de possibilitar outros meios de enfrentamento das dificuldades e a construção de outros comportamentos que permitam um cuidado integral e humanizado para pacientes, familiares e os próprios profissionais. Ademais, aponta-se para a importância de uma via de comunicação entre a direção da instituição e seus trabalhadores. Fornecer orientação e direcionamento, instrução e apoio aos profissionais podem ser meios para tornar o prescrito e o real mais próximos.

Cabe à instituição oferecer capacitações aos profissionais e, enquanto hospital de ensino, aos seus estudantes de diferentes formações em estágios da graduação e/ou durante as residências, possibilitando a reflexão sobre esse assunto desde antes da vida profissional. A implantação de programas centrados na educação para a morte e estratégias de solução de problemas pode auxiliar na constituição de redes de suporte social e desenvolver espaços de discussão. Um psicólogo inserido na equipe de saúde pode trabalhar com medidas de prevenção, evidenciando a necessidade de investir em um trabalho voltado ao crescimento e aprimoramento dos profissionais de diferentes áreas do saber. O psicólogo pode detectar as dificuldades apresentadas pelos profissionais e trabalhar de forma individual ou coletiva, possibilitando a construção de um espaço diferenciado para a discussão dos conflitos,

dificuldades, vivências e dilemas congruentes ao cuidado de pacientes em fim de vida, estimulando, com isso, a reflexão acerca da morte e aprimorando o cuidado humanizado.

Frente aos achados, destaca-se a importância da escuta de diferentes atores sociais. O recorte desta pesquisa foi feito com médicos e enfermeiros, porém os técnicos de enfermagem demonstraram profundo interesse na temática, além de reclamarem explicitamente o quanto não são vistos, tanto na instituição quanto entre os próprios pesquisadores que realizam sua coleta nesse local. Estudos futuros podem suprir essa necessidade, possibilitando visibilidade aos sentimentos de outros profissionais envolvidos no cuidado. Diferentes unidades hospitalares devem igualmente ser contempladas, pois a morte de pacientes e o sofrimento fazem parte do cotidiano da rotina hospitalar.

Referências

- Agreli H. F., Peduzzi M., & Silva M. C. (2016). Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), 905-916. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
- Almeida, D. V., & Ribeiro, N. (2014). Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. In L. Pessini, L. Bertachini, L., & C. P. Barchifontaine (Orgs.), *Bioética, cuidado e humanização: Sobre o cuidado respeitoso* (Vol. 4, pp. 237-246). São Paulo, SP: Edições Loyola.
- Aredes, J. S., & Modesto, A. L. (2016). "Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas": um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis*, 26(2), 435-453. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200006>
- Baptista, P. C. P., Pustiglione, M., Almeida, M. C. S. Felli, V. E. A., Garzin, A. C. A., & Melleiro, M. M. (2015). Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(spe. 2), 122-128. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800017>
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (5a ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bordignon, M., Ferraz, L., Beck, C. L. C., Amestoy, S., C., & Trindade, L. L. (2015). (In)satisfação dos profissionais de saúde no trabalho em oncologia. *Revista Rene*, 16(3), 398-406. <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v16i3.2811>
- Borges, M. S., & Mendes, N. (2012). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 324-331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200019>
- Brasil. (2016). *Resolução nº 510/2016*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>
- Cano, D. S. (2008). *O profissional que está no fio, entre a vida e a morte: vivências, concepções e estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Cardoso, D. H., Viegas, A. C., Santos, B. P., Muniz, R. M., Schwartz, E., & Thofehrn, M. B. (2013). El cuidado en la fase terminal: dificultades de un equipo multidisciplinario en la atención hospitalaria. *Avances em Enfermería*, 31(2), 83-91. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000200009&lng=en&nrm=iso
- Conselho Federal de Psicologia. (2000). *Resolução CFP 016/2000*. Brasília, DF. <http://www.crprs.org.br/upload/legislacao/legislacao68.pdf>
- Dall'Agnol, D. (2014). Cuidar e respeitar: atitudes fundamentais na bioética. In L. Pessini, L. Bertachini, & C. P. Barchifontaine (Orgs.), *Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso* (Vol. 2, pp. 201-224). São Paulo, SP: Edições Loyola.

- Esslinger, I. (2004). *De quem é a vida afinal? Descortinando os cenários da morte no hospital*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E (2007). *Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde*. http://www.medicina.ufrj.br/Micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf
- Granek, L., Ariad, S., Nakash, O., Cohen, M., Bar-Sela, G., & Ben-David, M. (2017). Mixed-Methods study of the impact of chronic patient death on oncologists' personal and professional lives. *Journal of Oncology Practice*, 13(1), 1-10. <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JOP.2016.014746>
- Hennezel, M., & Leloup, J. Y. (1999). *A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade*. Petrópolis: Vozes.
- Hercos, T. M., Vieira, F. S., Oliveira, M. S., Buetto, L. S., Shimura, C. M. N., & Sonobe, H. M. (2014). Trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 60(1) 51-58.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 420-429. https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf
- Kovács, M. J. (2011). Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3) 482-503. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300005>
- Kovács, M. J. (2014). Cuidando do cuidador profissional: o sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar. In L. Pessini, L. Bertachini, & C. P. Barchifontaine (Orgs.), *Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso* (Vol. 2, pp. 247-263). São Paulo, SP: Edições Loyola.
- Lima, M. G. R., & Nietzsche, E. A. (2016). Ensino da morte por docentes enfermeiros: desafio no processo de formação acadêmica. *Revista Rene*, 17(4), 512-519. <http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4946/3647>
- Luz, K. R., Vargas, M. A. O., Barlem, E. L. D., Schmitt, P. H., Ramos, F. R. S., & Meirelles, B. H. S. (2016). Copingstrategies for oncology nurses in high complexity. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 67-71. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690109i>
- Manso, M. E. G., Lopes, R. G. C., Fonseca, A., Rei, A., Santos, M. M., & Lopes, R. G. (2017). O que são cuidados paliativos e sua importância para o portador de câncer. *Revista Portal de Divulgação*, 7(52), 77-82. <http://portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/668/736>
- Medeiros, Y. K. F., & Bonfada, D. (2012). Refletindo sobre finitude: um enfoque na assistência de enfermagem frente à terminalidade. *Revista Rene*, 13(4), 845-52. <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4045/3172>
- Mínayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (11a ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Monteiro, D. T. (2017). *Morte e vida em cena: Descortinando o interdito sobre (vi)ver o cuidado na morte e no morrer de pacientes* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Muñoz-Pino, I. P. (2014). Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patients. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(1), 87-94. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100010
- Pegoraro, O. (2014). A existência humana é existência cuidadosa. In L. Pessini, L. Bertachini, & C. P. Barchifontaine (Orgs.), *Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso* (Vol. 2, pp. 225-236). São Paulo, SP: Edições Loyola.
- Pessini, L. (1996). Distanásia: até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*, 4(1), 31-43. http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2014). Humanização e ética no âmbito dos cuidados de saúde: redescobrimo o valor da acolhida e da hospitalidade. In L. Pessini, L. Bertachini, L., & C. P. Barchifontaine (Orgs.), *Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso* (Vol. 3, pp. 437-454). São Paulo, SP: Edições Loyola.
- Poletto, S., Bettinelli, L. A., & Santin, J. R. (2016). Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana. *Revista Bioética*, 24(3), 590-595. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243158>
- Quintana, A. M. (2009). Morte e formação médica: é possível a humanização? In F. S. Santos (Org.), *A arte de morrer: visões plurais* (Vol. 2, pp. 37-48). São Paulo, SP: Comenius.

- Rennó, C. S. N., & Campos, C. J. G. (2014). Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 106-115. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140009>
- Rodrigues, L. A., Ligeiro, C., & Silva M. (2015). Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de palição. *CuidArte Enfermagem*, 9(1), 26-35. <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revistacuidarteenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>
- Santos, M. A., Aoki, F. C. O. S., & Oliveira-Cardoso, E. A. (2013). Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2625-2634. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900017>
- Silva C. T., Silva S., Almeida M. V., & Araújo I. (2014). Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. *CuidArte Enfermagem*, 5(2), 731-738. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.85>
- Silva M. R. F., Silveira L. C., Pontes R. J. S., & Vieira A. N. (2015). O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(1), 249-254. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150020>
- Silva, R. M. C. R. A., Pereira, E. R., Silva, M. A., Teixeira, E. R., Refrande, S. M., & Pereira, P. C. R. (2013). Morte como fenômeno transdisciplinar na prática em saúde: reflexão existencial a partir de Norbert Elias. *Revista de Enfermagem UFPE*, 7(7), 4984-4992.
- Souza, H. L. R., Lacerda, L. C. A., & Lira, G. G. (2017). Significado de cuidados paliativos pela equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UFPE*, 11(10), 3885-3892. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i10a109102p3885-3892-2017>
- Triviños, A. N. S. (2015). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, SP: Atlas.
- Turato, E. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Vicensi, M. C. (2016). Reflection on death and dying in the ICU from a professional perspective in intensive care. *Revista Bioética*, 24(1), 64-72. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241107>
- Xavier, M., Mizziara, C., & Mizziara, I. (2014). Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. *Saúde, Ética & Justiça*, 19(1), 26-34. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v19i1p26-34>

Daniela Trevisan Monteiro

Pós-doutorado em andamento em Psicologia Social e Institucional pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre – RS. Brasil.

E-mail: daniela.trevisan.monteiro@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4736-0460>

Jussara Maria Rosa Mendes

Docente credenciada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente credenciada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social e de Saúde Coletiva da mesma instituição, Porto Alegre – RS. Brasil.

E-mail: jussaramaria.mendes@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3908-4964>

Carmem Lúcia Colomé Beck

Professora titular do Curso de Graduação em enfermagem e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria – RS. Brasil.

E-mail: carmembeck@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9060-1923>

Endereço para envio de correspondência:

Universidade Federal do Rio grande do Sul, Instituto de Psicologia. Rua Ramiro Barcelos, 2.600, 5º andar, Santa Cecília. CEP: 90035-003. Porto Alegre – RS. Brasil.

Recebido 21/02/2018

Aceito 24/01/2019

Received 21/02/2018

Approved 24/01/2019

Recibido 21/02/2018

Aceptado 24/01/2019

Como citar: Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2020). Perspectivas dos Profissionais da Saúde sobre o Cuidado a Pacientes em Processo de Finitude. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-15.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003191910>

How to cite: Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2020). Perspectives of Health Professionals about Patients in Process of Finitude. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-15.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003191910>

Cómo citar: Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2020). Perspectivas de los Profesionales de la Salud sobre el Cuidado a Pacientes en Proceso de Finitud. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-15.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003191910>