

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE ENFERMAGEM**

LARA PANDINI CATTÂNEO

**ATUAÇÃO DOS ACADÊMICOS DOS CURSOS DA SAÚDE FRENTE AO
PROCESSO DE MORTE E MORRER NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA
ASSISTENCIAL**

**CRICIÚMA
2019**

LARA PANDINI CATTÂNEO

**ATUAÇÃO DOS ACADÊMICOS DOS CURSOS DA SAÚDE FRENTE AO
PROCESSO DE MORTE E MORRER NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA
ASSISTENCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador: Prof. Dr. Jacks Soratto

CRICIÚMA

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me permitiu chegar até aqui, mesmo com todas as dificuldades e percalços da jornada.

A minha mãe, pelo amor, por não medir esforços para manter minha graduação e por me ter sempre como prioridade, abdicando muitas vezes de si própria em meu benefício.

A família, por compreender minha constante ausência em prol da vida acadêmica nos eventos e reuniões comemorativas.

A Vitor Venturini, por me dar forças e por não ter me deixado desistir nas inúmeras vezes em que pensei que não seria capaz de solucionar todas as tarefas a mim incumbidas, e por estar sempre presente me auxiliando em tudo que solicitei. Sou imensamente grata por tudo.

As amigas da faculdade, por compartilharem do mesmo cansaço e abalo emocional, e pelo apoio incondicional.

Aos mestres, por me transmitirem todo conhecimento e por fortalecer meu intelecto, além de contribuírem para o desenvolvimento pessoal e profissional.

A Jânio Venturini Jr., pelas contribuições e correções no decorrer deste trabalho.

A Prof. Dr. Jacks Soratto, pela orientação, paciência e tempo a mim dedicados, e por tornar possível o desenvolvimento desta pesquisa.

Muito Obrigada!

“O morrer não deve ser temido. Ele pode se transformar na experiência mais fantástica da vida. Tudo depende da forma como você vive”.

Elisabeth Kübler-Ross

RESUMO

Introdução: A morte, apesar de ser um processo inerente a vida humana, ainda causa muitos sentimentos controversos para todos os que a vivenciam, inclusive para os indivíduos que prestam cuidados em saúde. Este estudo teve como objetivo compreender como atuam os acadêmicos no processo de morte e morrer, observando o seu preparo para vivenciar esse transcurso. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória. O estudo foi desenvolvido com 74 acadêmicos dos cursos de saúde, com idade de 19 a 51 anos de uma universidade no sul do Estado de Santa Catarina. Para a coleta de dados foi utilizado questionário através de um formulário eletrônico composto por perguntas fechadas e abertas com técnica de associação livre de palavras. A análise dos dados foi realizada a partir dos preceitos da análise de conteúdo e com auxílio do software atlas.ti. Nos dados de possível quantificação foram utilizadas estatísticas descritivas por meio da frequência absoluta e percentual de frequência relativa. **Resultados:** A técnica de associação livre de palavras oportunizou compreender como os acadêmicos associam o processo de morte e morrer. Os resultados indicaram a existência de 223 trechos de respostas, vinculados a 28 códigos agrupados em seis subcategorias, resultando em três categorias. A categoria Atitude frente à morte [49,33%] teve as seguintes subcategorias: Atuação com responsabilidade e ética profissional [35,87%], Manifestações de tristeza diante da perda [13,46%]. Os códigos de maior magnitude de respostas nesta categoria foram: Tristeza [20,91%], Ética e profissionalismo [19,09%]. Por sua vez, na categoria Dificuldades ao lidar com a morte [38,12%], contemplando as subcategorias: Abalo emocional e o despreparo para notícia [29,60%], Não aceitação e o sentimento de impotência profissional [8,52%]. Os códigos de maior magnitude de respostas nesta categoria foram: Abordagem familiar [25,88%], Abalo emocional [20%]. A categoria Habilidades ao lidar com a morte [12,55%] englobou as subcategorias: Habilidades teórico-práticas desenvolvidas [6,73%], Não encontram-se facilidades [4,03%], Falta de vínculo entre os envolvidos [1,79%]. Os códigos de maior magnitude para essa subcategoria foram: Não encontraram facilidade para lidar com a morte [32,14%], Compreendem a gravidade da patologia [25%]. No tocante às perguntas fechadas, a resposta de maior magnitude referente ao Preparo para lidar com a morte dos pacientes foi: preparado parcialmente [32,43%]. Em relação a pergunta Preparo para interagir com a família do paciente, a resposta de maior ocorrência foi: preparado parcialmente [36,49%]. Referente à pergunta Aptidão para atuar na morte dos pacientes, a resposta de maior magnitude foi: concordo parcialmente [31,08%]. Relacionado à pergunta Aulas teóricas são suficientes para lidar com a morte dos pacientes, a resposta de maior representatividade foi: discordo totalmente [32,43%]. Referente às fases da morte de Kübler-Ross, a resposta de maior magnitude foi: Não conheço [48,65%]. No tocante à pergunta Presenciaram mortes durante os estágios, a resposta de maior magnitude foi: Sim [54,05%]. **Considerações:** Necessita-se de maior abordagem sobre o tema “morte” durante a graduação, afim de minimizar os sentimentos desgastantes impostos pela vivência do fenômeno, além de melhorar a assistência ao paciente em processo de morte.

PALAVRAS-CHAVE: Atitude Frente à Morte; Tomada de Decisões; Morrer; Estudantes de Ciências da Saúde; Pesar.

ABSTRACT

Introduction: Death, despite being inherent to life, still raises controversial feelings in those who experience it, especially those involved in healthcare. This study aims to understand how students see the processes of death and dying, observing their reactions to this phenomenon. **Methods:** This is a qualitative, descriptive and exploratory research. The population sample is comprised of 74 students of health-related courses. Data was collected via an electronic questionnaire composed of closed and open questions and free word association. Data analysis was based on the ideas of content analysis via the atlas.ti software. Descriptive statistics were employed when possible, based on absolute and relative frequencies. **Results:** Free word association led to further comprehension of how undergraduates experience the processes of death and dying. The results indicate the existence of 223 answers, linked to 28 codes grouped in 6 subcategories, resulting in 3 categories. The category Attitude towards death [49,33%] had the following subdivisions: Working with responsibility and professional ethics [35,87%], Displays of sadness towards loss [13,46%]. The codes with largest magnitude in this category were: Sadness [20,91%], Ethics and professionalism [19,09%]. The category Hardships dealing with death [38,12] displayed the following subcategories: Emotional upheaval and unpreparedness [29,60%], Lack of acceptance and feeling of professional impotency [8,52%]. The codes of largest magnitude were: Family approach [25,88%], Emotional upheaval [20%]. The category Facilities in dealing with death [12,55%] was comprised of the following subcategories: Theoretical and practical abilities [6,73%], No facilities can be found [4,03%], Lack of emotional bond amongst those involved [1,79%]. The codes of largest magnitude for this category were: No facilities in dealing with death can be found [32,14%], Understanding the gravity of the pathology [25%]. With regard to the closed questions, the answer of largest magnitude referring to Preparation for dealing with death of patients was: Partially prepared [32,43%]. With regard to Preparation for interacting with the patient's family, the most common answer was: Partially prepared [36,49%]. With regard to the question Aptitude to acting in the death of patients, the answer with the largest magnitude was: Partially agree [31,08%]. With regard to the question Theoretical classes are enough for dealing with the death of patients, the answer with largest magnitude was: Completely disagree [32,43%]. With regard to the stages of death of Kübler-Ross, the answer with largest magnitude was: Not familiar [48,65%]. For the question Experienced death during the practical classes, the answer with largest magnitude was: Yes [54,05%]. **Considerations:** A wider discussion on the subject is necessary during undergraduate studies, aiming to minimize the deleterious feelings imposed by the experience of the phenomenon and to improve the assistance paid to the dying patient.

KEYWORDS: Attitude towards death; Decision making; Die; Health undergraduates; Loss.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Nuvem de palavras sobre a percepção da morte para estudantes universitários vinculados aos cursos de saúde.	31
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo	26
Tabela 2 - Aspectos relacionados ao preparo, atuação e conhecimento sobre a morte	32
Tabela 3 - Quantitativo de respostas vinculadas às categorias e subcategorias.	34
Tabela 4 - Descrição das subcategorias e códigos vinculados ao número trechos de citações da categoria Atitudes frente à morte.	34
Tabela 5 - Descrição dos códigos vinculados ao número trechos de citações da categoria Dificuldades ao lidar com a morte.....	37
Tabela 6 - Descrição dos códigos vinculados ao número trechos de citações da categoria Habilidades ao lidar com a morte.	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

TALP – Técnica de Associação Livre de Palavras

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS.....	12
1.1.1 Objetivo geral	12
1.1.2 Objetivos específicos.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 TERMINALIDADE, FINITUDE E MORTE.....	14
2.2 ORTOTANÁSIA.....	15
2.3 DISTANÁSIA	16
2.4 EUTANÁSIA	17
2.5 OS CINCO ESTÁGIOS DA PERDA	18
2.5.1 Negação	19
2.5.2 Raiva.....	20
2.5.3 Barganha.....	20
2.5.4 Depressão	21
2.5.5 Aceitação	22
2.6 A ABORDAGEM DA MORTE NOS CURSOS DE SAÚDE E A ATUAÇÃO NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA	22
3 MÉTODO	25
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	25
3.2 TIPO DE PESQUISA.....	25
3.3 LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	25
3.4 COLETA DE DADOS	27
3.4.1 Procedimento de levantamento de dados.....	27
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	28
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 PALAVRAS RELACIONADAS À MORTE PARA ACADÊMICOS DA SAÚDE ...	31
4.2 PREPARO E CONHECIMENTO SOBRE O PROCESSO DE MORTE E MORRER	31
4.3 ATITUDES, DIFICULDADES E FACILIDADES PARA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	34
4.3.1 Atitudes frente à morte	34
4.3.1.1 Atuação com responsabilidade e ética profissional.....	35

4.3.1.2 <i>Manifestações de tristeza diante da perda</i>	36
4.2. DIFICULDADES AO LIDAR COM A MORTE	37
4.2.1. Abalo emocional e o despreparo para notícia	37
4.2.2. Não aceitação e o sentimento de impotência profissional	38
4.3. HABILIDADES AO LIDAR COM A MORTE	39
4.3.1. Habilidades teórico-práticas desenvolvidas	40
4.3.2. Ausência de facilidades e falta de vínculo entre os envolvidos no processo de morte	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
6 REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES E ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

A morte é um processo inerente à vida humana; porém, atualmente, não costuma ser enfrentado com naturalidade e é cercado por receios e mistérios (BANDEIRA *et al.*, 2014). Além de ser parte do processo de degradação biológica, também é um construto social que gera desconforto e provoca curiosidade (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Sabe-se que, no contexto histórico, antigamente o processo de morte dava-se em casa, na companhia dos familiares (HAYASIDA, 2014). Era tida na Idade Média como um processo natural, com rituais públicos além de oportunizar ao doente que se despedisse de familiares e amigos (SANTOS; HORMANEZ, 2013). No entanto, com as novas descobertas nas áreas da ciência e saúde, muitos benefícios foram alcançados e houve o prolongamento da vida humana (PEREIRA; LOPES, 2014).

Em consequência disso e da busca incessante pela longevidade, ocorreu uma mudança no processo de morte, que agora acontece dentro das instituições hospitalares e não mais em casa, o que oportuniza o afastamento do paciente da família e dificulta o enfrentamento do luto pelos familiares (PEREIRA; LOPES, 2014).

Os profissionais de saúde, desde sua graduação, estão constantemente prestando assistência aos pacientes que vivenciam momento de fragilidade extrema, o que oportuniza o enfrentamento de muitas situações onde o cuidado prestado já não é mais capaz de suprir as necessidades biológicas, ocasionando a aproximação da morte (STOCHERO *et al.*, 2016).

Sendo a morte algo que não se pode vencer, torna-se um desafio para os responsáveis por tratar e cuidar das enfermidades que a precedem, sejam eles acadêmicos ou profissionais já formados (HAYASIDA, 2014).

Durante a graduação, o contato com o tema supracitado é muito breve, sendo a discussão insuficiente para um acontecimento fortemente presente na rotina da prática assistencial dos serviços de saúde. Identificar e compreender as atitudes frente à morte desempenhadas pelos profissionais de saúde é de extrema importância, pois os mesmos lidam frequentemente com esse fenômeno (SOUZA *et al.*, 2017). Ainda, tem-se o fato de que literaturas que abordem e analisem o tema são escassas (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013).

Devido ao despreparo do acadêmico, diversos são os impactos ocasionados ao presenciar o processo de morte e morrer pela falta de abordagem para lidar com a perda dos pacientes assistidos, tornando ainda mais importante o papel da instituição de formação e da grade curricular para que os profissionais estejam capacitados a vivenciar este transcurso como parte natural do processo de formação e trabalho.

Diante dessas reflexões, tem-se como problema de pesquisa: Como os acadêmicos dos cursos da saúde atuam frente ao processo de morte e morrer nos cenários de prática assistencial?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar como é a relação dos estudantes vinculados aos cursos da saúde com o processo de morte e morrer na prática assistencial.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Identificar o conhecimento dos estudantes sobre o processo de morte e morrer;
- b) Conhecer as condutas adotadas pelos estudantes frente ao paciente, família e equipe de saúde durante o processo de morte e morrer;
- c) Descrever as principais facilidades e dificuldades relacionadas ao processo de morte e morrer vivenciadas pelos estudantes nos cenários de prática assistencial.

1.1.3 Pressupostos

A partir desses objetivos, elencaram-se os seguintes pressupostos do estudo:

- a) os estudantes atuam de maneira respeitosa e eticamente prudente com o paciente em fase terminal, prestando apoio ao próprio doente e também à família;
- b) há desconhecimento das fases que precedem o processo de morte e morrer;

- c) falta de abordagem no transcorrer da graduação em campo de estágio dificulta uma atuação mais qualificada no processo de morte e morrer dos pacientes;
- d) os acadêmicos, a fim de preservar-se, evitam a criação de vínculo e envolvimento com o paciente e família, por apresentarem despreparo no enfrentamento do processo de morte e morrer.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura traz conceitos sobre temas que circundam a morte, bem como os cinco estágios da perda e a abordagem desta temática nos cursos de saúde, além de como ocorre a atuação nos campos de prática frente à perda dos pacientes.

2.1 TERMINALIDADE, FINITUDE E MORTE

A terminalidade refere-se aos pacientes fora das possibilidades terapêuticas de cura, que estejam na fase terminal de uma doença cuja assistência visa o alívio da dor e do desconforto causados pelo quadro patológico no qual o mesmo se encontra (SANTANA *et al.*, 2013). O paciente em fase terminal apresenta rápida progressão da doença de base, além do aumento da fragilidade e dependência (CARNEIRO; CARNEIRO; SIMÕES, 2018).

Nestes casos, o profissional de saúde designado a cuidar desses pacientes tem extrema importância, pois o enfrentamento do paciente sofre muita influência da assistência prestada a ele (SANTANA *et al.*, 2013). Deste modo, deve-se voltar a atenção da equipe ao paciente doente e não mais à doença que o acomete (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018).

O termo finitude, por outro lado, remete ao ciclo vital: nascer, crescer e morrer, tendo em vista que começamos a morrer a partir do momento em que nascemos (ARAÚJO *et al.*, 2013). É o processo natural que nos conduz à morte (FARIA; SANTOS; PATIÑO, 2017). Embora esteja constantemente presente no contexto hospitalar, ainda é visto como um fenômeno “estranho” pelas equipes de saúde (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013).

“O temor e medo da morte justificam a resistência em nos identificarmos com os moribundos; evitamos nos aproximar deles porque nos obrigariam a enfrentarmos nossa própria finitude.” (FARIA; SANTOS; PATIÑO, 2017, p.7).

Vale ressaltar que a prestação de assistência a pacientes em processo de finitude requer aprimoramento profissional das equipes de saúde de forma contínua (SANTANA *et al.*, 2013).

A morte, tal qual o nascimento, é um transcurso natural da existência humana (SOUZA *et al.*, 2017). No entanto, quando se aborda o seu conceito, não há

atualmente na língua portuguesa muita precisão para definir esse fenômeno. Não obstante, a morte pode se dar a partir da parada cardiorrespiratória (PCR) com impossibilidade de reanimação e pela cessação irreversível das funções do tronco cerebral em pacientes que possuem danificação no cérebro. Sabe-se ainda que a morte é precedida pela rápida deterioração do estado clínico dos pacientes em fase terminal, além da resposta diminuída ou inexistente à terapêutica empregada (CARNEIRO; CARNEIRO; SIMÕES, 2018).

Em vista disso, é importante salientar que o estudo da morte e das condutas que a interpretem como parte da realidade e do cotidiano do cuidado são de grande valia para melhoria no processo de morrer dos pacientes (SANTANA *et al.*, 2013).

2.2 ORTOTANÁSIA

A ortotanásia é tida como a prática assistencial mais adequada no tocante ao cuidado destinado aos pacientes em fase terminal (SILVA *et al.*, 2016).

Essa prática representa a morte natural, ou seja, no tempo devido sem que o paciente seja submetido a procedimentos inúteis ou desnecessários perante seu quadro de saúde. A estes pacientes são dispensados os cuidados paliativos, que favoreçam sua partida com dignidade e sem sofrimento (LIMA, 2015).

Esse tipo de conduta é reflexo do profundo respeito à dignidade do paciente e dos familiares que o acompanham por parte daqueles que prestam assistência aos mesmos (KOVÁCS, 2014).

A ortotanásia impele os profissionais de saúde a adotarem uma postura de cuidado; uma vez que não há possibilidade terapêutica de cura, deve-se preconizar o alívio da dor e proporcionar conforto aos pacientes (LIMA, 2015).

Os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida do paciente que esteja em fase terminal ou mesmo vivenciando uma doença incurável, objetivando a redução do sofrimento e da dor ocasionada pelo quadro clínico (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Dentro desta prática, inúmeras são as opções ou táticas assistenciais para alívio do sofrimento ocasionado pela evolução do quadro patológico dos pacientes fora das possibilidades terapêuticas de cura (KOVÁCS, 2014).

Pode-se elencar as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), que compreendem dois documentos que garantem a autonomia do paciente mesmo em situações de estado vegetativo persistente. Dentro das DAVs está inserido o atestado vital, documento no qual deve constar por escrito o desejo do paciente referente às decisões médicas do seu tratamento. Esse atestado visa a proteção dos direitos do paciente quando o mesmo estiver incapacitado de tomar decisões sobre o tratamento a ser aplicado. O outro documento integrante é o mandato duradouro, que consiste na nomeação de uma pessoa que passe a decidir sobre as ações empregadas ao paciente quando o mesmo não for mais capaz de opinar (SCOTTINI; SIQUEIRA; MORIT, 2018).

Em vista dos fatores supracitados, pode-se observar que a ortotanásia visa promover o bem-estar do paciente, apresentando-se como a solução para aqueles pacientes que já se encontram fragilizados pelo quadro clínico, além de oportunizar que a vida siga seu fluxo, sem antecipar a morte ou prolongar o sofrimento (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

2.3 DISTANÁSIA

Com os avanços científicos, muitas descobertas nas áreas da ciência e saúde foram determinantes para garantir a longevidade da vida humana. No entanto, por diversas vezes a longevidade é superestimada e acaba-se esquecendo da qualidade de vida relacionada ao processo, oportunizando que os pacientes vivenciem uma prática denominada distanásia (SANTANA *et al.*, 2017).

A distanásia pode ser definida como morte difícil, penosa ou ainda como obstinação terapêutica (FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018); é tida como morte lenta e acompanhada de muito sofrimento (SILVA *et al.*, 2016).

Acontece em decorrência da falta de aceitação da limitação terapêutica do quadro do paciente por parte da equipe de saúde ou da sua própria família (SANTANA *et al.*, 2017).

Não obstante, dá-se o prolongamento artificial do processo de morte, gerando muitas vezes sofrimento aos pacientes sem perspectiva de cura ou melhora do quadro de saúde (LIMA, 2015).

Essa prática fere os direitos humanos e favorece que o paciente continue sendo submetido a procedimentos invasivos que não oportunizam conforto e alívio dos sintomas provocados pela doença (SANTANA *et al.*, 2017).

O Código de Ética Médica determina que não sejam realizadas ações diagnósticas ou mesmo terapêuticas que sejam inúteis ao quadro do paciente, além de estabelecer que sejam administrados todos os cuidados paliativos disponíveis a fim de evitar a prática da distanásia (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Além de provocar sofrimento aos pacientes, a distanásia atinge outro ponto importante: ao utilizar recursos em tratamentos desnecessários, deixa-se de empregá-los em pacientes que portam patologias com possibilidade de cura (SILVA *et al.*, 2014).

O interesse financeiro desta prática pode partir tanto do profissional quanto da instituição em que o paciente se encontra. Em vista do cunho econômico, o prejuízo se volta ao paciente, que, mesmo sem possibilidade de cura, será submetido a procedimentos de alto custo (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Como forma de privar os pacientes de práticas como essa, deve-se discutir o tema ainda durante a graduação nos cursos de saúde e também abordar a terminalidade, tendo em vista que, como seriam previamente preparados para lidar com esse tipo de situação, enfrentariam de maneira mais adequada o processo de morte do paciente ao qual prestam assistência, minimizando seu sofrimento (FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018).

2.4 EUTANÁSIA

A eutanásia em sua origem etimológica denomina a boa morte; no entanto, sabe-se nos dias atuais que este termo é utilizado para designar a morte provocada pelos profissionais de saúde (SILVA *et al.*, 2016).

Denomina-se eutanásia ativa quando o profissional de saúde age deliberadamente provocando a morte, com a utilização de injeções letais, por exemplo; chama-se eutanásia passiva quando a morte do paciente acontece por omissão proposital na execução de procedimentos que prolonguem a vida. Já a eutanásia de duplo efeito está relacionada aos casos onde a morte é antecipada pelas ações médicas empregadas ao paciente, visando o alívio do sofrimento e provocando secundariamente a morte, como a administração de morfina para alívio

da dor, o que, por consequência, levará a parada respiratória (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Em relação aos desejos do paciente quanto à realização da eutanásia, refere-se como eutanásia voluntária quando o paciente expressa claramente o desejo do suicídio assistido; a eutanásia involuntária ocorre quando o procedimento é realizado contra a vontade do paciente, igualando-se ao homicídio. Existe também a ocasião onde a vida do paciente é abreviada sem que se conheça a sua vontade sobre tal ato. Sob essa circunstância chamamos de eutanásia não voluntária (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

No Brasil, a realização dessa intervenção é considerada crime perante o código penal do país (SANTOS *et al.*, 2014). No entanto, mesmo respaldada na legalidade em alguns países da Europa, traz consigo situações conflituosas aos pacientes, às famílias e aos profissionais da área da saúde que o assistem ou executam tal ação (KOVÁCS, 2014).

2.5 OS CINCO ESTÁGIOS DA PERDA

Ao passarmos por um processo de perda, vivenciamos estágios comportamentais em consequência deste fato. Estes estágios ou fases são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (KÜBLER-ROSS; KESSLER, 2004). O indivíduo pode estar em uma única fase ou em todas, o que faz parte do processo de cura. Outros podem pular determinado estágio ou não seguir a ordem predeterminada, além de poderem também repetir alguns estágios mais de uma vez (KÜBLER-ROSS; KESSLER, 2004).

Aqueles que estejam vivenciando o processo de morte podem não ter tempo suficiente de passar por todos os estágios. Por isso, a prestação de assistência adequada oportuniza que avancem os estágios mais rapidamente, podendo alcançar a aceitação e, conseqüentemente, uma morte mais tranquila (KÜBLER-ROSS, 2008).

2.5.1 Negação

“Apesar de os médicos dizerem que seu filho não consegue acompanhar os objetos com os olhos, você pensa que é só dar tempo ao tempo e ele conseguirá fazer isso quando ficar mais velho” (KÜBLER-ROSS; KESSLER, 2004, p. 73).

A negação do primeiro estágio é uma benção protetora. Os nossos sentimentos se farão presentes no momento certo. Nesse meio tempo, enquanto não estamos prontos, eles ficam guardados garantindo nossa segurança (KÜBLER-ROSS; KESSLER, 2004, p. 83).

Não se deve reforçar a negação do paciente. Então, é de extrema importância que se esclareça a gravidade do seu quadro de forma implícita, pois, nesta fase ainda não há condições de aceitar a verdade do estágio da sua doença (KÜBLER-ROSS, 2008).

A equipe hospitalar, os médicos, as enfermeiras [...] não sabem o que perdem evitando estes pacientes. Se estamos interessados no comportamento humano, nas adaptações e nas defesas de que os seres humanos lançam mão para enfrentar essas dificuldades, não existe lugar melhor para aprender (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 50).

É dever de quem assiste o paciente respeitar o seu desejo de não aceitar a doença, trabalhando continuamente para que este vença a ansiedade e o medo ocasionados pelo seu quadro clínico (KÜBLER-ROSS, 2008).

É nessa fase que muitos pacientes são rejeitados pelas equipes nos hospitais, uma vez que, em virtude de seu quadro, não há mais possibilidade de cura e o paciente em situações de desespero e descontrole age de forma desagradável com a equipe. Em consequência do abandono por parte dos profissionais de saúde, o paciente pode ter o seu isolamento potencializado (KÜBLER-ROSS, 2008).

Isso demonstra a necessidade de examinarmos mais de perto nossas relações no trabalho, pois elas se refletem no comportamento dos pacientes, contribuindo até para seu bem-estar ou sua piora. Estarmos propensos a olhar honestamente dentro de nós mesmo é uma contribuição para nosso crescimento e maior amadurecimento. Para tanto, não recomendo nenhum outro trabalho senão o de lidar com pacientes idosos, muito doentes ou às vésperas da morte (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 54).

2.5.2 Raiva

“Os médicos já deviam estar sabendo disso, eles deviam ter nos contado mais cedo! Por que Deus faria isso conosco?” (KÜBLER-ROSS; KESSLER, 2004 p. 74).

Quando fica insustentável o primeiro estágio de negação, costumam aparecer sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento, além da frase: “Por que eu?” (KÜBLER-ROSS, 2008). A equipe de saúde tem muita dificuldade de lidar com a fase da raiva, pois, muitas vezes, o paciente profere palavras e atitudes sem razão plausível (KÜBLER-ROSS, 2008).

Na maioria das vezes as enfermeiras são alvos constantes da raiva dos pacientes. Tudo o que pegam, pegam errado; assim que deixam o quarto, a campainha toca de novo; nem bem se sentam para fazer o relatório para o pessoal do turno seguinte, já se acende de novo a luz de chamada; quando vão arrumar a cama e fofar os travesseiros são acusadas de jamais deixá-los em paz; quando são deixados em paz, a luz se acende de novo para que elas venham ajeitar a cama com mais conforto (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 56).

Nessa fase, o paciente assume uma posição poliqueixosa, requerendo atenção e muitas vezes aumentam o tom de voz como quem diz: “ainda estou vivo” (KÜBLER-ROSS, 2008). Não obstante, se o paciente for bem assistido, compreendido, respeitado, e ter suas demandas sanadas, terá consciência do seu valor, da sua necessidade de cuidado e diminuirá seu tom de voz, pois não haverá necessidade de explosões temperamentais (KÜBLER-ROSS, 2008).

Por vezes, a equipe que presta assistência ao paciente em fase terminal apresenta-se tão aterrorizada com a aproximação da morte que, como estratégia de defesa, acaba se isolando (KÜBLER-ROSS, 2008).

“Temos de aprender a ouvir nossos pacientes e até, às vezes, a suportar alguma raiva irracional, sabendo que o alívio proveniente do fato de tê-la externado contribuirá para melhor aceitar as horas finais.” (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 59).

2.5.3 Barganha

“Serei capaz de lidar com esse problema desde que meu filho seja capaz de aprender as coisas e conseguir cuidar de si mesmo quando crescer.” (KÜBLER-ROSS; KESSLER, 2004, p. 74).

A barganha funciona para o doente terminal como uma espécie de “adiantamento”. Vale ressaltar que as maiorias das barganhas são feitas com Deus, mas não se restringem exclusivamente a ele (KÜBLER-ROSS, 2008). Alguns pacientes costumam prometer partes do seu corpo a serem doadas para a ciência, pois acreditam que os médicos podem usufruir do seu conhecimento científico para prolongar a vida do paciente (KÜBLER-ROSS, 2008).

Continuávamos o tratamento até que o paciente se sentisse aliviado de temores irracionais ou do desejo de punição causado por culpa excessiva, que as novas barganhas e as promessas não cumpridas havia imposto, quando a “meta” escolhida já fora superada (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 90).

É dever da equipe de saúde observar atentamente às barganhas expressadas pelos pacientes, tendo em vista que elas podem revelar algum tipo de culpa vivenciado pelos mesmos, como não ter frequentado assiduamente a igreja, por exemplo (KÜBLER-ROSS, 2008).

Em virtude do cunho psicológico das observações referidas por esses pacientes, se faz necessária uma abordagem interdisciplinar na assistência prestada aos doentes em processo de morte (KÜBLER-ROSS, 2008).

2.5.4 Depressão

“Isso é terrível, a vida dele será muito limitada.” (KÜBLER-ROSS; KESSLER, 2004, p. 74).

Com o passar do tempo e o agravamento da doença, o paciente não tem mais como negar ou negociar sua condição. Em vista disso, os sentimentos de raiva agora dão lugar à tristeza profunda e sentimentos de grande perda (KÜBLER-ROSS, 2008).

Devido aos gastos ocasionados pela doença, muitos pacientes precisam vender suas posses para custear o tratamento. Isso implica na venda da casa e outros bens, além de refletir no futuro da família. O paciente percebe então que muitos sonhos deixarão de ser realizados, o que contribui para o quadro depressivo (KÜBLER-ROSS, 2008).

A equipe multiprofissional tem muito auxílio a prestar aos pacientes que estejam vivenciando essa fase, na reorganização do lar (principalmente quando há crianças) ou quando o paciente possui familiares com necessidades especiais por

exemplo. Organizar esses afazeres vitais auxilia o paciente a enfrentar e superar esta fase (KÜBLER-ROSS, 2008).

“Se deixarmos que exteriorize seu pesar, aceitará mais facilmente a situação e ficará agradecido aos que puderem estar com ele neste estado de depressão sem repetir constantemente que não fique triste.” (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 93).

2.5.5 Aceitação

“Vamos lidar com os problemas à medida que eles forem surgindo, e meu filho poderá ter uma vida satisfatória e cheia de amor.” (KÜBLER-ROSS; KESSLER, 2004, p. 74).

Os pacientes que não tiverem uma morte súbita ou inesperada vivenciarão a fase em que a morte não é mais vista com raiva ou tristeza, contemplando seu fim próximo com certa tranquilidade (KÜBLER-ROSS, 2008).

Neste período, a família muitas vezes necessita de mais apoio e auxílio do que o próprio paciente, pois muitas vezes os familiares não acompanham a fase de aceitação a qual o paciente está experimentando, além de o próprio doente desejar que o deixem só, afastando ainda mais a família do seu convívio já escasso (KÜBLER-ROSS, 2008).

Na fase de aceitação, os momentos de silêncio prevalecem entre a equipe e o paciente. Pode-se apenas fazer companhia ao mesmo, garantindo que estarão presentes até o fim, proporcionando conforto para o paciente (KÜBLER-ROSS, 2008).

2.6 A ABORDAGEM DA MORTE NOS CURSOS DE SAÚDE E A ATUAÇÃO NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA

Sabe-se que a grade curricular sofre diversas alterações tendo em vista que é fortemente influenciada pela história e cultura (COGO *et al.*, 2016). É de responsabilidade da instituição de ensino abordar temas que oportunizem aos acadêmicos tornarem-se profissionais capazes de se diferenciar nos cenários de prática, agindo ética e criticamente nas situações que vivenciem (KLOH; LIMA; REIBNITZ, 2014).

Partindo do princípio de que discorrer sobre a morte e o processo que a antecede nos cenários de prática assistencial pode gerar muitos sentimentos negativos por inúmeros motivos, podemos elencar a falta de abordagem do tema durante as fases da graduação um fator importante, pois, em consequência deste, não há a familiarização com o tema. Logo, debatê-lo torna-se muitas vezes desagradável e incômodo aos envolvidos (FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018).

Mesmo que a morte seja um processo inevitável, que estamos fadados a vivenciar principalmente na área da saúde, há uma carência de debates que problematizem essa temática tão frequente no cotidiano das instituições de saúde (LIMA *et al.*, 2017). Este fato interfere diretamente no processo de trabalho daqueles que prestam assistência a pacientes graves ou em fase terminal, tendo em vista que muitas vezes a família do paciente se recusa a debater livremente sobre a pauta, recaindo aos profissionais de saúde a responsabilidade sobre dialogar a respeito da morte e fazer interlocução entre a díade paciente-família (FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018).

Não obstante, mesmo vivenciando diariamente quadros patológicos graves, os profissionais de saúde demonstram neste cenário sentimentos de medo, sofrimento e angústia ao se depararem com pacientes fora das possibilidades terapêuticas de cura (FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018).

De modo generalista, os profissionais de saúde agem desta forma pois, durante sua formação acadêmica são treinados para prevenir doenças, promover saúde e realizar a preservação e manutenção da vida, centrando-se na cura e depositando nela sua maior gratificação. Sendo assim, ao vivenciarem situações onde a morte se faz presente, sentem-se despreparados (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Durante a graduação, ainda nos anos iniciais, o contato oportunizado nas aulas de anatomia conduz os acadêmicos a negar a morte, pois, ao observarem as peças anatômicas fragmentadas e destituídas de vitalidade, aprendem a despersonalizar o paciente, o que contribui para uma formação tecnicista e desprovida de valores humanitários (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

Nos cenários de prática, ao presenciarem o óbito dos pacientes, as equipes de saúde podem experimentar sentimentos tão intensos e perturbadores a ponto de associarem a morte do paciente ao qual assistem com a sua própria morte e/ou com o falecimento de entes queridos, como os seus familiares, por exemplo (SANTANA *et al.*, 2013).

Outro fator que influencia o enfrentamento da morte pela equipe de saúde é a formação de vínculo que se dá em consequência da prestação da assistência aos pacientes em terminalidade e/ou processo de morte. A proximidade experimentada pelos profissionais pode ser benéfica ou resultar em vulnerabilidade ao estresse da rotina de trabalho (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

Ante o exposto, pode-se observar que é importante para o enfrentamento desses episódios compreender-se o relacionamento pessoal do estudante com a morte e o processo de morrer, tendo em vista que poderá determinar como o mesmo irá agir ao vivenciar este transcurso (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018).

É neste contexto que se faz necessária a inclusão de disciplina voltada ao estudo do processo de morte e de morrer, tratando, além do conhecimento do manejo de fármacos e nutrição, avaliação e controle da dor e outros sintomas, da habilidade em comunicação e da questão da terminalidade e seus aspectos éticos e legais associados à clínica diária da equipe de saúde (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018, p. 36).

Ressalta-se ainda que compreender o enfrentamento da equipe de saúde do processo de morte e morrer sobrepõe o aperfeiçoamento da qualidade da assistência, pois entender de fato como esses sujeitos lidam com tal processo faz com que os mesmos tenham voz para expressarem sentimentos que geralmente são encarcerados e calados diante dos sentimentos desconfortáveis que surgem ao cuidar da dor do outro (BASTOS; QUINTANA, CARNEVALE, 2018).

Portanto, ter uma abordagem mais completa sobre o processo de morte e morrer é uma necessidade real para os acadêmicos dos cursos de saúde (SAMPAIO *et al.*, 2018).

3 MÉTODO

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O estudo caracterizou-se por uma abordagem qualitativa. A principal característica da pesquisa qualitativa é que ela não se associa tanto com números. Com isso, a pesquisa acaba se tornando de natureza subjetiva. Trata-se de um método que visa analisar a intensidade de um fenômeno, mantendo seu foco na especificidade e dimensão sociocultural. A pesquisa qualitativa, “reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo” (MINAYO, 2017, p. 10).

3.2 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório. A pesquisa exploratória descritiva se torna de grande valor quando não há muitas pesquisas ou informações sobre o tema abordado. Dessa forma, é avaliada como muito exaustiva, complexa e exige grandes esforços ao pesquisador, pois há a necessidade de uso de outros métodos, como de pesquisa documental e entrevistas, pois o referencial bibliográfico na área é escasso (DURAN; TOLEDO, 2011).

3.3 LOCAL E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma Universidade do Sul do estado de Santa Catarina, escolhida por conveniência. A população do estudo representou 300 alunos. Não obstante, os participantes do estudo foram 74 estudantes regularmente matriculados na última fase de graduação dos cursos vinculados às profissões de saúde, e que seguiram os critérios de inclusão e exclusão abaixo referidos:

a) Critérios de inclusão:

Acadêmicos regularmente matriculados nos cursos de saúde da instituição pesquisada e que tenham *e-mail* cadastrado;
Acadêmicos da última fase e/ou semestre.

b) Critérios de exclusão:

Acadêmicos não pertencentes aos cursos de saúde e que estão fazendo disciplina isolada em algum curso contemplado na pesquisa.

A Tabela 1 demonstra as variáveis sócio demográficas dos participantes do estudo.

Tabela 1 - Perfil dos participantes do estudo

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	62	83,8
	Masculino	12	16,2
Idade (anos)	18 e 19	2	2,70
	20 a 24	44	59,46
	25 a 29	15	20,27
	30 a 34	2	2,70
	35 a 39	3	4,06
	40 a 44	1	1,35
	45 a 49	2	2,70
	Igual ou maior de 50	5	6,76
Cor	Branco	63	85,10
	Pardo	7	9,50
	Preto	4	5,40
Curso	Enfermagem	23	31,10
	Odontologia	9	12,20
	Psicologia	8	10,80
	Nutrição	7	9,50
	Ciências Biológicas	6	8,10
	Educação Física	6	8,10
	Biomedicina	5	6,70
	Fisioterapia	5	6,70
	Farmácia	4	5,40
	Medicina	1	1,40
	Total	74	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2019).

O perfil dos participantes expressos na Tabela 1 caracteriza-se por maioria do sexo feminino (83,8%). Isso se justifica pois os cursos de saúde são mais frequentemente procurados por mulheres. A faixa etária predominante de 20 a 24 anos (59,46%), o que se justifica por estarem na última fase de cursos com duração média de 5 anos. Na variável cor, destaca-se a presença de somente 14,9% entre pardos e pretos. No tocante ao curso, a enfermagem representou a maior quantidade de participantes, com 31,10%.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os dias 20/08/2019 e 01/10/2019, por meio de formulário eletrônico [*google forms*]. O questionário seguiu um roteiro (APÊNDICE A) composto por dez perguntas fechadas e quatro abertas. As perguntas fechadas contribuíram de forma complementar com foco no perfil dos participantes e no conhecimento e preparo dos participantes sobre o processo de morte e morrer. Por sua vez, as perguntas abertas foram a estratégia principal para contemplar o objeto de investigação da pesquisa.

O questionário é uma ferramenta de pesquisa que consiste na elaboração de perguntas que podem ser de múltipla escolha ou mesmo perguntas abertas, onde o entrevistado pode expressar sua opinião frente ao tema abordado, tornando-se algo empírico e prevalecendo a percepção e predileção dos pesquisados (CHAER; DINIZ; RIBEIRO, 2011).

É de suma importância esclarecer, informar e justificar o tema de pesquisa junto aos questionários como forma de conscientizar quem o responde e despertar o interesse dos mesmos no preenchimento do instrumento de pesquisa utilizado (CHAER; DINIZ; RIBEIRO, 2011).

Dentro do questionário também foi contemplada, de maneira complementar, a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), um método que utiliza a indução para captar respostas obtidas através de meios gráficos ou escritos [imagens, palavras, figuras ou frases]. A TALP atua diretamente da estrutura psicológica do indivíduo, induzindo este de forma verbal ou não verbal para coletar dados pertinentes ao que se pesquisa, por meio da compreensão de opiniões, pensamentos e personalidades (TAVARES *et al.*, 2014).

3.4.1 Procedimento de levantamento de dados

Inicialmente, foi solicitada autorização para a realização da pesquisa por meio da carta de aceite de todos os cursos da saúde e, posteriormente, o projeto de Trabalho de Conclusão de Curso foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, recebendo aprovação mediante parecer nº 3.422.711 (ANEXO A)

A partir da criação do formulário eletrônico, foi enviado um *e-mail* com *link* para as coordenações dos cursos contendo uma breve apresentação dos

pesquisadores, título e objetivo da pesquisa, esclarecendo quanto à voluntariedade da participação, e por fim convidando-os para participar do estudo. A coordenação disparou o *e-mail*, sendo este reenviado por quatro vezes, para todos os alunos regularmente matriculados na última fase dos seus respectivos cursos.

Ao receberem os *e-mails*, os estudantes que quiseram participar clicaram em um *link* que os direcionou para o formulário do estudo, que teve inicialmente o título da pesquisa, uma breve descrição sobre a mesma, e o TCLE (APÊNDICE B) na íntegra com as seguintes opções: aceito participar e não aceito participar.

Após o aceite, o participante foi direcionado às perguntas, que foram preenchidas uma única vez.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados na pesquisa qualitativa é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2016, p. 44).

O pesquisador procura particularidades, algo que não pode ser quantificado, como os sentimentos, reações ao ocorrido, comportamento frente a alguma situação complexa e expressões (GUNTHER, 2006).

Após a finalização da etapa de coleta de dados, as informações obtidas através do formulário eletrônico foram convertidas em arquivo do Excel, com posterior correção ortográfica e inserção no software Atlas.ti para dar início à organização da análise de dados.

A análise e a interpretação dos dados qualitativos foram realizadas mediante a técnica de análise de conteúdo temática, a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados, e sua organização deu-se pelo software Atlas.ti (FRIESE, SORATTO, PIRES, 2018).

Na concepção de Minayo (2017), a categorização de dados subdivide-se em três etapas:

- a) Pré-análise: compreende o processo de leitura de textos/artigos que tratem do tema a ser abordado. É nesta fase que ocorrem também as escolhas dos indicadores, como palavras-chave ou frases, por exemplo;
- b) Exploração do material: nessa etapa dá-se a elaboração dos indicadores e há a preparação por parte do pesquisador para a exploração do material

selecionado;

- c) Tratamento dos dados e interpretação: neste momento, o pesquisador irá interpretar os dados obtidos com a pesquisa e elaborar os quadros de resultados.

Dentro do software, as respostas foram lidas e relidas com objetivo de criar códigos de acordo com o objeto de investigação do autor. Após a codificação, atribuiu-se uma cor, com propósito de organizar de acordo com a proximidade temática, gerando 6 subcategorias e 3 categorias.

Por sua vez, a TALP contribuiu grandemente para a compreensão preliminar do significado que os participantes tinham sobre a morte. Foi representada por uma figura denominada nuvem de palavras, onde as palavras repetidas aparecerão em maior destaque ao centro, e as que foram pouco citadas estarão nas margens da figura.

Nos dados de possível quantificação, foram utilizadas estatísticas descritivas por meio da frequência absoluta e percentual de frequência relativa.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os valores éticos recomendados pela Resolução 466/12 e 510/2016 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016) da Pesquisa com seres humanos foram resguardados neste estudo, que teve parecer do comitê de ética em pesquisa número 3.422.711. Aos sujeitos participantes foi o anonimato e o sigilo referente às respostas obtidas, com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada, além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.

Para a realização da pesquisa, após assinatura das cartas de aceite pelos coordenadores dos cursos participantes, os acadêmicos do estudo preencheram no formulário o campo referente ao termo de consentimento (APÊNDICE B), sendo que este assegura o sigilo da identidade dos participantes.

Existe um risco mínimo para a aplicação do formulário eletrônico, estando este risco relacionados a desconfortos provocados pelas perguntas que compõem o dito formulário. A fim de minimizar estes riscos, solicitamos que, ao experimentarem sentimentos desagradáveis, descontinuem o questionário.

Outro risco elencado para esta pesquisa trata da perda da confidencialidade dos dados, sendo este amenizado pela inclusão de um código

alfanumérico composto por uma letra e um número para a garantia do anonimato do participante, contendo as duas primeiras letras do curso em que está matriculado, seguido pela ordem a qual respondeu o questionário e a idade, por exemplo EN01-24 [acadêmico do curso de enfermagem, questionário número 01, 24 anos].

Como benefício, a partir da identificação da atuação dos acadêmicos no processo de morte e morrer, foi possível refletir sobre como essa temática está inserida no processo de graduação dos cursos de saúde, a humanização da assistência e as condutas necessárias ao enfrentamento deste processo junto ao paciente, à família e à própria equipe. O conhecimento da experiência dos acadêmicos no enfrentamento do processo de morte e morrer pode alicerçar novas práticas de ensino-aprendizagem e subsidiar referências para a busca da humanização da assistência à saúde prestada aos pacientes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão estruturados em três seções: palavras relacionadas à morte para acadêmicos de saúde; preparo e conhecimento do processo de morte e morrer; atitudes, dificuldades e facilidades para atuação profissional.

4.1 PALAVRAS RELACIONADAS À MORTE PARA ACADÊMICOS DA SAÚDE

Ao total foram 146 palavras que os participantes associaram à morte, sendo 97 termos relacionados a aspectos negativos e 49 a aspectos positivos.

As palavras que os acadêmicos da saúde mais associaram foi fim [29], tristeza [12], dor [10], descanso [8] e passagem [7]. A figura a seguir ilustra essa compreensão:

Figura 1 - Nuvem de palavras sobre a percepção da morte para estudantes universitários vinculados aos cursos de saúde.



Fonte: Banco de dados da pesquisa (2019).

4.2 PREPARO E CONHECIMENTO SOBRE O PROCESSO DE MORTE E MORRER

Esta seção contempla os dados quantitativos, que subsidiarão a compreensão do objeto de investigação, conforme destacado na Tabela 2.

Tabela 2 - Aspectos relacionados ao preparo, atuação e conhecimento de acadêmicos da área da saúde sobre a morte:

	Variáveis	n	%
Presenciaram a morte dos pacientes	Sim	40	54,05
	Não	34	45,95
Preparo para vivenciar a morte do paciente	Preparado totalmente	10	13,52
	Preparado parcialmente	24	32,43
	Nem preparado nem despreparado	18	24,32
	Despreparado parcialmente	13	17,57
	Despreparado totalmente	6	12,16
Preparo para interagir com a família do paciente falecido	Preparado totalmente	17	22,98
	Preparado parcialmente	27	36,49
	Nem preparado nem despreparado	11	14,86
	Despreparado parcialmente	13	17,57
	Despreparado totalmente	6	8,10
Aptidão para atuar na morte dos pacientes	Concordo totalmente	15	20,27
	Concordo parcialmente	23	31,08
	Nem concordo nem discordo	13	17,57
	Discordo parcialmente	11	14,86
	Discordo totalmente	12	16,22
Aulas teóricas são suficientes para lidar com a morte dos pacientes	Concordo totalmente	1	1,35
	Concordo parcialmente	17	22,98
	Nem concordo nem discordo	9	12,16
	Discordo parcialmente	23	31,08
	Discordo totalmente	24	32,43
As fases da morte de Kübbler-ross	Conheço totalmente	15	20,27
	Conheço parcialmente	15	20,27
	Conheço muito pouco	8	10,81
	Não conheço	36	48,65
	Total	74	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Os dados demonstram que, no que diz respeito à vivência de processos de mortes nos períodos de estágio, a maior parte dos participantes [54,05%] referiu já ter presenciado esse fenômeno. Para lidarem com a morte dos pacientes, estão totalmente e parcialmente preparados [45,95%]. Em relação à abordagem dos familiares, 59,47% estão totalmente e parcialmente preparados para interagirem com os mesmos. Quanto à aptidão para atuarem efetivamente em situação de morte dos pacientes, o maior contingente dos participantes [51,35%] concordou totalmente

e parcialmente em estarem preparados profissionalmente para defrontarem-se com esse fenômeno.

No tocante à suficiência da abordagem do tema em sala de aula, os acadêmicos discordam totalmente e parcialmente [63,51%] que a discussão sobre o tema seja contemplada em sua totalidade. Referente ao conhecimento sobre as fases da morte, apontadas por Kübler-Ross, a maioria das respostas [48,65%] direciona-se ao desconhecimento destas.

A possibilidade de defrontar-se com a morte e toda a temática envolvida pode oportunizar que os agentes do cuidado experimentem muitas sensações, por diversas vezes mostram abalo emocional e despreparo para lidarem com esse fenômeno tão frequente nas profissões de saúde.

Ao analisarmos as respostas, pode-se observar dificuldades dos participantes em lidar com a morte propriamente dita e também com os envolvidos, sejam os familiares ou o paciente fora das possibilidades terapêuticas de cura.

Devido ao despreparo para vivenciarem o processo de morte, esses indivíduos podem apresentar limitações na prestação da assistência desempenhada ao paciente e aos demais envolvidos, comumente familiares, além de enfrentarem conflitos psicológicos.

Como consequência da falta de preparo, os profissionais de saúde tendem a apresentar dificuldades que irão ser transmitidas através do cuidado prestado, podendo haver afastamento e descuido do paciente em processo de morte, como forma de preservarem-se e mascarar a fragilidade presente perante essa temática (FERNANDES *et al*, 2018).

Como forma de preparar o profissional para vivenciar a morte de maneira natural, direciona-se o pensamento para a própria finitude, contemplando a morte como algo que não se pode vencer, fomentando a aceitação perante a mesma (KÜBLER-ROSS, 2008).

Dessa forma, minimiza-se o sofrimento do profissional e pondera-se o sofrimento causado pela morte nos que estão constantemente vivenciando esse fenômeno, auxiliando na resolutividade dos sentimentos desagradáveis e controversos expressos nessas situações (KÜBLER-ROSS, 2008).

4.3 ATITUDES, DIFICULDADES E FACILIDADES PARA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Esta seção enfatiza os dados qualitativos, que indicaram a existência de 223 trechos de resposta, vinculados a 28 códigos, estes agrupados em sete subcategorias, inseridas em três categorias.

A ligação entre categorias e subcategorias, bem como o quantitativo dos códigos vinculados as mesmas encontram-se descritos na Tabela 3.

Tabela 3 - Quantitativo de respostas vinculadas às categorias e subcategorias.

Categoria	Subcategorias	n	%
Atitudes frente à morte	Atuação com responsabilidade e ética profissional	80	35,87
	Manifestações de tristeza e luto diante da perda	30	13,46
Dificuldades ao lidar com a morte	Abalo emocional e despreparo para notícia	66	29,60
	Não aceitação e sentimento de impotência profissional	19	8,52
Habilidades ao lidar com a morte	Habilidades teórico-práticas desenvolvidas	15	6,73
	Ausência de facilidades e vínculo entre os envolvidos no processo de morte	13	5,82
	Total	223	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2019).

4.3.1 Atitudes frente à morte

Esta categoria aborda relatos sobre as atitudes tomadas pelos acadêmicos frente à morte, estando subdividida em duas subcategorias, contendo 11 códigos e 110 trechos de citação. A Tabela 4 sintetiza os códigos referidos.

Tabela 4 - Descrição das subcategorias e códigos vinculados ao número trechos de citações da categoria Atitudes frente à morte.

Subcategorias	Códigos	n	%
Atuação com responsabilidade e ética profissional	Ética e profissionalismo	21	19,09
	Empatia e sensibilidade	20	18,18
	Acolhimento	19	17,28
	Respeito	12	10,91
	Sensação de dever cumprido	5	4,54
	Cuidado com as palavras	1	0,91
	Aprimoramento profissional	1	0,91
	Tranquilidade e preparo	1	0,91

Tabela 5 - Descrição das subcategorias e códigos vinculados ao número trechos de citações da categoria Atitudes frente à morte [cont.].

Manifestações de tristeza e luto diante da perda	Tristeza	23	20,91
	Despreparo e apelo à religiosidade	7	6,36
	Total	110	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2019).

4.3.1.1 Atuação com responsabilidade e ética profissional

Inseridos nessa subcategoria encontram-se oito códigos, sendo eles: ética e profissionalismo [21]; empatia e sensibilidade [20]; acolhimento [19]; respeito [12]; sensação de dever cumprido [5]; cuidado com as palavras [1]; aprimoramento profissional [1]; tranquilidade e preparo [1].

Essa subcategoria sustenta os sentimentos e atitudes expressos pelos participantes ao lidarem com a morte de maneira profissional e respeitosa, além de empregarem a empatia e o acolhimento aos familiares e demais envolvidos. Os trechos de citação a seguir elencam essa subcategoria.

Tratei com a maior dignidade possível, respeito em primeiro lugar! Pois sei que aquele ente tem família e tem uma história, sempre uso a empatia (EN37-34).

Tentaria me colocar no lugar dos familiares, sem esquecer da minha função e postura profissional (CB57-23).

Tentaria promover a boa morte, dando o máximo de conforto ao paciente e acolhendo os envolvidos (ME46-24).

Com uma fatalidade deste grau, um turbilhão de sentimentos (positivos e negativos) cairiam sob minha pessoa. Dentre eles, buscar sempre por mais conhecimento, pois se possível, poderei intervir na vida de futuros pacientes (EN05-25).

Ao vivenciar a morte dos pacientes, é de extrema importância que se mantenha o respeito e a dignidade para com todos os envolvidos. Este fato pode contribuir para a melhor aceitação da morte pelos familiares, além de proporcionar

ao paciente em fase terminal a morte digna, facilitando o processo de morte e morrer.

Prestar assistência em saúde baseada nos preceitos éticos, nas noções de respeito e dignidade, além de objetivar a humanização da assistência, visa contribuir para o verdadeiro sentido do cuidado, provocando a empatia do profissional que convive com o paciente em fase terminal (SANTANA *et al*, 2017).

4.3.1.2 Manifestações de tristeza diante da perda

Nessa subcategoria apresentam-se os códigos: tristeza [23]; não saberia como atuar [2]; cunho religioso [2]. Foram encontradas, nesses tópicos, dificuldades na atuação frente à morte pela falta de preparo e sentimentos negativos ao lidarem com a situação. Os trechos de resposta a seguir demonstram essa subcategoria:

Acredito que vivenciaria um processo de luto pela perda de alguém que estive bastante próxima (PS21-26).

Acabei passando por isso no mês passado onde um paciente que atendi e acompanhei na UBS, veio a óbito. É uma perda muito triste, pois acompanhei várias evoluções desse paciente e não só ele, mas também a família. É um luto que vivi e o sentimento de perda foi grande (NU38-23).

Quando morre um paciente também morre um profissional. Buscaria auxílio psicoterapêutico para lidar com o luto do profissional interno (PS22-20).

Aspectos negativos ligados à perda dos pacientes, bem como o sentimento de impotência e incapacidade de agir diante da morte, são componentes expressos pelos pesquisados, podendo estes estarem vinculados ao déficit de abordagem do tema na formação profissional, contribuindo para uma atuação com precariedade mediante o paciente e os demais envolvidos, podendo vir a dificultar o processo de morte, oportunizando a prática da distanásia.

O cuidado em saúde é uma tarefa complexa que impõe vivências atreladas ao processo de adoecimento e morte dos pacientes. Em vista disso, há a

necessidade de preparar o profissional de forma teórica e prática objetivando o desenvolvimento de habilidades capazes de torná-los competentes para prestar assistência humanizada em todas as fases do ciclo vital, da concepção até a morte (PRAXADES; ARAUJO; NASCIMENTO, 2018).

4.2. DIFICULDADES AO LIDAR COM A MORTE

Essa categoria abrange as dificuldades encontradas pelos pesquisados ao lidarem com a morte. A mesma está subdividida em duas subcategorias, contém 10 códigos e 85 trechos de citação. A tabela a seguir ilustra os códigos acima descritos:

Tabela 6 - Descrição dos códigos vinculados ao número trechos de citações da categoria Dificuldades ao lidar com a morte.

Subcategorias	Códigos	n	%
Abalo emocional e despreparo para notícia	Abordagem familiar	22	25,88
	Abalo emocional	17	20,00
	Formação de vínculo	15	17,65
	Sentimento de impotência	5	5,88
	Falta de preparo	3	3,53
	Acontecimento frequente	2	2,35
	Apelo religioso	2	2,35
Não aceitação e o sentimento de impotência profissional	Não aceitação	12	14,12
	Sentimento de perda	6	7,06
	Identificação pessoal	1	1,18
	Total	85	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

4.2.1. Abalo emocional e o despreparo para notícia

Dentro dessa subcategoria encontram-se os códigos: abordagem familiar [22]; abalo emocional [17]; formação de vínculo [15]; sentimento de impotência [5]; falta de preparo [3]; acontecimento frequente [2]; apelo religioso [2].

Os trechos de citação nesse tópico referem-se às desordens psicológicas vivenciadas pelos pesquisados ao presenciarem a morte de um paciente ao qual prestavam assistência, refletindo a falta de preparo que possuem para atuar frente a tal situação. Os trechos de resposta a seguir demonstram essa subcategoria.

No caso da enfermagem, acredito que não estamos preparados para lidar com a perda de pacientes, pois, sempre fomos preparados para cuidar da saúde do próximo, sem pensar na perda (EN43-22).

Como principal dificuldade pontuaria o fato de ver a dor dos familiares do indivíduo, e também não se descarta a ideia de manter o pensamento nesse paciente durante o dia a dia pessoal, carregando o fato de que nunca mais irá vê-lo (ED25-21).

Vejo como dificuldade o fato de não termos preparo mental/emocional para lidar com a situação. Sentimos a dor e a tristeza da morte, sem saber separar esse fato da vida pessoal, como se o paciente fosse um velho amigo. Precisamos sentir a partida, mas não a ponto de prejudicar nosso emocional. Precisamos aprender a trabalhar isso (EN07-23).

A menção à falta de preparo para lidar com a morte remete ao método de ensino nos cursos de graduação, tendo em vista que, em grande parte dos cursos, o preparo do acadêmico visa a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, minimizando a abordagem sobre a terminalidade da vida durante o processo de formação, o que pode contribuir para déficit na prestação de assistência aos pacientes cujo quadro patológico não oportuniza a cura.

Durante a graduação, o foco da formação acadêmica ainda se direciona ao aspecto técnico e prático da função profissional, havendo pouca ou nenhuma ênfase às questões emocionais dos acadêmicos dos cursos de saúde. Não obstante, ao se depararem com pacientes em cuidados paliativos e com a morte daqueles aos quais prestavam assistência, os sujeitos do cuidado encontram-se despreparados para enfrentar o duelo constante entre a vida e a morte no ambiente profissional (PRAXADES; ARAUJO; NASCIMENTO, 2018).

4.2.2. Não aceitação e o sentimento de impotência profissional

Alguns participantes do estudo entendem a morte como um acontecimento difícil de lidar no que tange à aceitação do falecimento, representando um processo de luto pessoal e de identificação para com o mesmo.

Nessa subcategoria apresentam-se os códigos: aceitação [12]; sentimento de perda [6]; identificação pessoal [1]. Os trechos de citação a seguir ilustram essa subcategoria:

A maior dificuldade é de nós mesmos aceitarmos a morte como algo distante de nós, aceitar como uma parte da vida de uma maneira saudável nosso próprio luto (PS31-29).

Lidar com a morte é sempre difícil. O sentimento de ter cuidado daquele paciente instantes antes da sua morte e saber que de agora em diante, aquele ser humano que tinha uma família agora não está mais naquele corpo é angustiante. Acredito que independente do tempo e da experiência na profissão sempre será difícil perder pacientes (EN64-24).

Deparar-se com sentimentos negativos e dificuldade de aceitação durante a prestação de assistência ao paciente terminal ou mesmo durante a morte destes pode comprometer o enfrentamento do profissional ao vivenciar esse fenômeno, bem como afetar a qualidade do cuidado e do acolhimento prestados, além de trazer consequências negativas ao prestador do cuidado, como sentimento de tristeza e abalo emocional dos mesmos.

Não aceitar a morte e expressar sentimento de revolta se faz presente em muitos momentos quando se vivencia o processo de finitude humana, pois, mesmo sendo parte inerente ao ciclo vital, a morte traz consigo sentimentos de aflição, medo, desespero e negação, uma vez que torna explícita a fragilidade de estar vivo (CARVALHO *et al*, 2006).

4.3. HABILIDADES AO LIDAR COM A MORTE

Nessa categoria, abordam-se as facilidades expressadas pelos pesquisados ao lidarem com a morte. Esta encontra-se subdividida em três subcategorias, contendo 7 códigos e 28 trechos de citação. A tabela a seguir contempla os códigos acima citados:

Tabela 7 - Descrição dos códigos vinculados ao número trechos de citações da categoria Habilidades ao lidar com a morte.

Subcategorias	Códigos	n	%
Habilidades teórico-práticas desenvolvidas	Compreendem a gravidade da patologia	7	25,00
	Prestar assistência adequada	3	10,71
	Alívio do sofrimento	3	10,71
	Descanso	2	7,14
Ausência de facilidades e falta de vínculo entre os envolvidos no processo de morte	Não encontraram facilidades para lidar com a morte	9	32,14
	Falta de vínculo com os envolvidos	3	10,71
	Acontecimento frequente	1	3,57
	Total	28	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

4.3.1. Habilidades teórico-práticas desenvolvidas

Para essa subcategoria, elencaram-se os códigos: compreendem a gravidade da patologia [7]; prestar assistência adequada [3]; alívio do sofrimento [3]; descanso [2]. Nesse tópico, alguns participantes do estudo referiam que, ao compreenderem o quadro patológico em que o paciente se encontra e perante a gravidade e letalidade deste, além da prestação adequada da assistência, resulta em facilidade para lidar com o processo. Os trechos de resposta a seguir ilustram a subcategoria:

Como facilidade acredito que seja a sensação de dever cumprido e saber que você fez o que tinha que ser feito, que você apoiou, minimizou as dores e anseios, adiou o inadiável com as melhores condições possíveis (NU47-21).

Enquanto profissional da saúde, entende-se que as mortes, apesar de tristes e penosas, são naturais, todos passarão e assim é preciso que se intervenha no sentido de neutralizar os tabus (PS59-23).

Conhecer bem a doença ajuda a entender o motivo da morte (NU40-23).

Nesse contexto, os participantes interpretam como facilidade compreender a letalidade da patologia pela qual o paciente encontrava-se acometido, entendendo a morte como um descanso para o paciente e familiares, bem como alívio do sofrimento dos mesmos. Essa constatação pode estar interligada ao fato de que, sabendo a gravidade da patologia do paciente e compreendendo que a morte faz parte do sequencial patológico, o profissional prestador do cuidado prepara-se para a morte do mesmo pois sabe que não há possibilidades terapêuticas de cura.

Entretanto, esse tipo de percepção pode ainda estar atrelada a mecanismos de defesa como forma de proteger-se do abalo causado pelo fenômeno.

Compreender a morte como alívio de sofrimento trata-se de uma aceitação de escape, podendo configurar uma resposta do indivíduo às dificuldades inerentes à continuidade da vida (SOUZA *et al.*, 2017).

Ainda nessa concepção, entende-se ser de extrema valia a prestação de assistência visando a prevenção e alívio do sofrimento dos pacientes por meio dos cuidados paliativos, buscando a qualidade de vida daqueles cuja doença impossibilita terapêutica de cura (CORDEIRO, 2013).

4.3.2. Ausência de facilidades e falta de vínculo entre os envolvidos no processo de morte

Para essa subcategoria elencaram-se os códigos: não encontraram facilidades para lidar com a morte [9], falta de vínculo entre os envolvidos [3], acontecimento frequente [1]. Nesse grupo, alguns participantes da pesquisa referem que não há facilidades para lidarem com a morte dos pacientes, além de perceberem a morte como um acontecimento cotidiano na área da saúde. Não obstante, a falta de vínculo entre a díade profissional e sujeito assistido pode resultar em melhor enfrentamento da morte. Os trechos a seguir ilustram essa subcategoria:

Acredito que cada paciente que passa por nós, profissionais de saúde, tem algo a nos ensinar e deixam um marco em nossa história. Então, acredito que não tenha um meio de facilitar isso (NU38-23).

Eu nunca lidei com morte de pacientes, mas acredito que não exista facilidade para lidar com isso, apenas dificuldades (BI68-20).

A facilidade se dá ao fato de muitas vezes não ter tanto contato com o paciente (FA53-21).

[...] o fato de talvez não ser um ente tão próximo (OD18-22).

A frequência do acontecimento pode ser elencado como facilidade [...] aprendemos a lidar com a morte com o passar do tempo (BI12-20).

Devido ao despreparo para vivenciar as situações de possibilidade de morte dos pacientes, ou mesmo presenciar o falecimento daqueles aos quais prestavam assistência, os protagonistas do cuidado podem encontrar dificuldades na abordagem da temática, além de comprometer a assistência dispensada.

Esse despreparo pode estar ligado à falta de abordagem sobre a temática ainda na graduação, o que acaba contribuindo para a observância de dificuldades ao se defrontarem com esse fenômeno.

A morte nos cenários de saúde é tão frequente quanto indesejada pelos profissionais protagonistas do cuidado. Devido à falta de abordagem referente a esta temática durante o período de graduação, quando se deparam com a possibilidade de morte dos pacientes, estes agem com estranhamento na abordagem dos envolvidos, além de experimentarem sensações de impotência diante da impossibilidade de cura (FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018).

Nessa subcategoria, o distanciamento entre o profissional e o paciente é visto como um fato vindo para beneficiar e facilitar o enfrentamento ao processo de morte inerente ao cuidado em saúde. No entanto, essa prática profissional pode vir a comprometer a assistência dispensada, uma vez que, evitando formar laços com o paciente afim de diminuir o próprio sofrimento, o prestador do cuidado por deixar de suprir todas as demandas expressas pelos mesmos, podendo vir a prejudicar a terapêutica do paciente.

Ao vivenciarem cotidianamente o falecimento dos pacientes durante a prestação de assistência, os envolvidos no cuidado tendem a enrijecer o processo

de luto, evitando a formação de vínculo como mecanismo de defesa (PETERSON; CARVALHO, 2011).

5 CONCLUSÃO

Os estudantes tornaram possível a percepção do despreparo dos acadêmicos para atuarem efetivamente diante da morte dos pacientes aos quais prestavam assistência, além das lacunas presentes no processo de formação destes, havendo pouca ou nenhuma abordagem referente aos cuidados paliativos, culminando em experiências majoritariamente desagradáveis, como abalo emocional e incapacidade de agir ao defrontarem-se com situações de impossibilidade terapêutica de cura e óbito, afetando mental e emocionalmente o psicológico dos envolvidos na assistência à saúde, reverberando-se em forma de luto do profissional.

Outro fator a ser elencado é a percepção, por parte do estudante, da morte como algo predominantemente desagradável, traduzindo e justificando os sentimentos por eles expressos.

No entanto, para além do despreparo e das manifestações de tristeza diante da perda, é possível observar o emprego da ética e da responsabilidade profissional ao lidarem com situações de falecimento dos pacientes.

Por consequência, esse estudo nos remete à necessidade da abordagem do tema com maior profundidade e frequência durante os anos de formação acadêmica, havendo a necessidade de revisão da grade curricular, visando melhor preparo para experienciarem o fenômeno da morte como algo natural e inerente à vida humana, oportunizando uma atuação de forma mais eficaz, e colaborando para o alívio do sofrimento dos envolvidos, disseminando a prática adequada dos cuidados paliativos aos pacientes fora das possibilidades terapêuticas de cura.

6 REFERÊNCIAS

ARAUJO, Camila da Cruz Ramos de *et al.* Influência da idade na percepção de finitude e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2497-2505, Set. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2019.

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, v. 23, n. 2, p. 400-407, Jun 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200400&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000660013>.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BASTOS, Rodrigo Almeida; QUINTANA, Alberto Manuel; CARNEVALE, Franco. Angústias Psicológicas Vivenciadas por Enfermeiros no Trabalho com Pacientes em Processo de Morte: Estudo Clínico-Qualitativo. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, p. 795-805, Junho 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000200795&lng=en&nrm=iso Acesso em: 21 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.2-10pt>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em: 25 maio 2019.

CARNEIRO, António H.; CARNEIRO, Rui; SIMOES, Catarina. Termos e Conceitos na Relação Clínica. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 25, n. 3, p. 154-167, set. 2018.

Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2018000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.24950/rspmi/Opinao/139/3/2018>.

CARVALHO, Lucimeire Santos *et al.* A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, 14(4), 551-557. Out. 2006. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p>

&nextAction=lnk&exprSearch=14479&indexSearch=ID Acesso em 21 out. 2019

CHAER, Galdino; DINIZ, Rafael Rosa Pereira; RIBEIRO, Elisa Antônia. A técnica do questionário na pesquisa educacional. **Evidência**. Araxá, v. 7, n. 7, p. 251-266, 2011. Disponível em:

http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/pesquisa_social.pdf. Acesso em: 15 maio 2019

COGO, Ana Luísa Petersen *et al* . Casos de papel e role play: estratégias de aprendizagem em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 6, p. 1231-1235, Dec. 2016 . Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601231&lng=en&nrm=iso Acesso em: 23 maio 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0277>.

CORDEIRO, Franciele Roberta. Do governo dos vivos ao governo dos mortos: discursos que operam para a governamentalidade da morte. **Aquichan**, Bogotá , v. 13, n. 3, p. 442-453, dez. 2013 . Disponível em

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000300012&lng=pt&nrm=iso Acesso em 22 out. 2019.

DURAN, Erika Christiane Marocco; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre , v. 32, n. 2, p. 234-240, June 2011 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200004&lng=en&nrm=iso Acesso em 06 Nov. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200004>.

FARIA, Lina; SANTOS, Luiz Antonio de Castro; PATINO, Rafael Andrés. A fenomenologia do envelhecer e da morte na perspectiva de Norbert Elias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00068217, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001203001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2019. Epub Dez 18, 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00068217>.

FERNANDES, Fernanda de Souza et al . Representações sociais dos profissionais de saúde sobre a terminalidade infantojuvenil. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 20, n. 6, p. 742-752, Dec. 2018 . Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462018000600742&lng=en&nrm=iso Acesso em 05 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620182062618>.

FERREIRA, Julia Messina Gonzaga; NASCIMENTO, Juliana Luporini; SA, Flávio César de. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 87-96, Set. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000300087&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 maio 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170134>

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, Fev. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.

FRIESE, Susanne.; SORATTO, Jacks.; PIRES, Denise. Carrying out a computer-aided thematic content analysis with ATLAS.ti. **MMG WorkingPaper**, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 1-30, 2018. Disponível em: https://pure.mpg.de/rest/items/item_2582914_2/component/file_2582912/content. Acesso em: 23 out. 2019.

GUNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-209, Ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010>.

HAYASIDA, Nazaré Maria de Albuquerque *et al.*, Morte e luto: competências dos profissionais. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 112-121, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140017>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900003>

KLOH, Daiana; LIMA, Margarete Maria de; REIBNITZ, Kenya Schmidt. Compromisso ético-social na proposta pedagógica da formação em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 484-491, jun 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200484&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000470013>.

KOVACS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 94-104, Abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011>.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 295 p.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth; KESSLER, David. **Os segredos da vida**. Rio de Janeiro: Sextante, 2004. 218 p.

LIMA, Carolina Alves de Souza. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. **RevSocBrasClín Méd**. v. 13, n.1, p.14-17. Jan-mar 2015. Disponível em: <http://bit.ly/2kyNI7c>. Acesso em: 13 maio 2019.

LIMA, Roberta de; *et al.* A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. **Rev Min Enferm**. v.21, n.e-1040, 2017. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1178> Acesso em 14 maio 2019.

MABTUM, MM., MARCHETTO, PB. Concepções teóricas sobre a terminalidade da vida. In: **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 53-

72. ISBN 978-85-7983-660-2. Disponível em:

<http://books.scielo.org/id/qdy26/pdf/mabtum-9788579836602-03.pdf>. Acesso em: 14 maio 2019.

MALTA, Regina; RODRIGUES, Bruna; PRIOLLI, Denise Gonçalves. Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acerca do Morte e Cuidados Paliativos. **Rev. bras. educ. med.** Brasília, v. 42, n. 2, p. 34-44, junho de 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000200034&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2rb20170011>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. ISSN 2525-8222. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 10 maio 2019.

OLIVEIRA, Edjaclécio Silva *et al.* O processo de morte e morrer na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Revenferm UFPE online.**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1709-1716, Maio. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13546/1631>. Acesso em: 08 maio 2019.

PEREIRA, Clarissa Pires; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida. O processo do morrer inserido no cotidiano de profissionais da saúde em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 49-61, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2019.

PETERSON, Aline Azevedo; CARVALHO, Emília Campos de. Comunicação terapêutica na Enfermagem: Dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev. Bras. Enferm**, 64(4), 692-697. Ago, 2011. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267021463010.pdf> Acesso em 21 out. 2019. doi: 10.1590/S0034-71672011000400010

PRAXEDES, Antônia Marília; ARAUJO, Janieiry Lima de; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 2, p. 369-376, ago. 2018. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190216>.

SAMPAIO, Cynthia Lima *et al.*, Aprendizagem baseada em problemas no ensino da Tanatologia, no curso de graduação em Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, e20180068, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300703&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2019. Epub Jun 25, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0068>

SANTANA, Júlio César Batista *et al.* Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 158-167, Abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000100158&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017251177>.

SANTANA, Júlio César Batista *et al.* Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 298-307, Ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000200013>.

SANTOS, Daniel Abreu *et al.* Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 367-372, Ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222018>.

SANTOS, Manoel Antônio dos; AOKI, Fernanda Cristina de Oliveira Santos; OLIVEIRA-CARDOSO, Érika Arantes de. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2625-2634, Set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900017>.

SANTOS, Manoel Antônio dos; HORMANEZ, Marília. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2757-2768, Set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900031>.

SCOTTINI, Maria Aparecida; SIQUEIRA, José Eduardo de; MORITZ, Rachel Duarte. Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 440-450, Dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000300440&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018263264>.

SILVA, José Antônio Cordero da *et al.* Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 358-366, Ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222017>.

SILVA, Rudval Souza da *et al.* Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 24, n.

3, p. 579-589, Dez. 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000300579&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 maio 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243157>.

SOUZA, Mariana Cristina dos Santos *et al.* AVALIAÇÃO DO PERFIL DE ATITUDES ACERCA DA MORTE: ESTUDO COM GRADUANDOS DA ÁREA DE SAÚDE. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e3640016, 2017. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400313&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 maio 2019. Epub Nov 17, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003640016>.

STOCHERO, H.M *et al.*. Sentimentos e dificuldades no enfrentamento do processo de morrer e de morte por graduandos de enfermagem. **Aquichan**, Bogotá, v. 16, n. 2, p. 219-229, Abr. 2016. Disponível em:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.9>.

TAVARES, Derek Warwick da S. *et al.* **Protocolo Verbal e Teste de Associação Livre de Palavras**: perspectivas de instrumentos de pesquisa introspectiva e projetiva na ciência da informação. Ponto de Acesso, Salvador, 2014, v 8, 73-74p. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaici/article/view/12917/9240> Acesso em: 29 maio 2019.

APÊNDICES E ANEXOS**UNESC UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC****CURSO DE ENFERMAGEM****APÊNDICE A – Coleta de dados: Roteiro de perguntas para formulário eletrônico**

- ACEITO participar da pesquisa
 NÃO ACEITO participar da pesquisa

Dados de Identificação:

E-mail:

[opcional para devolutiva dos resultados do estudo]

Sexo

- MASCULINO FEMININO

Qual a sua idade?

R:

Você se autodeclara:

- Branco Amarelo
 Preto Indígena
 Pardo

Qual curso que você realiza?

- Biomedicina Medicina
 Educação Física Nutrição
 Enfermagem Odontologia
 Farmácia Psicologia
 Fisioterapia

Escreva algumas palavras [até 5] que você acha que representa a sua definição de **MORTE**.

Como você atuou ou atuaria frente a morte de um paciente que vinha prestando assistência? Escreva com suas palavras.

R:

Na sua opinião, quais as principais dificuldades ou facilidades encontradas para lidar com a morte de pacientes? Escreva com suas palavras.

R:

Nos estágios você já presenciou a morte de algum paciente que vinha prestando assistência ou fazendo acompanhamento?

Sim

Não

As aulas teóricas foram SUFICIENTES para o enfrentamento de situações sobre o processo de morte e morrer?

CONCORDO totalmente

CONCORDO parcialmente

Não concordo, nem discordo

DISCORDO parcialmente

DISCORDO totalmente

Você CONHECE as cinco fases da perda/morte de (Kübbler-ross)?

Conheço totalmente

Conheço parcialmente

Conheço muito pouco

Não conheço.

Você acredita que está apto (a) para lidar com situações de morte de pacientes?

CONCORDO totalmente

CONCORDO parcialmente

Não concordo, nem discordo

DISCORDO parcialmente

DISCORDO totalmente

Você está preparado para vivenciar a terminalidade e o processo de morte dos seus pacientes?

- PREPARADO totalmente
- PREPARADO parcialmente
- Nem PREPARADO, nem DESPREPARADO
- DESPREPARADO parcialmente
- DESPREPARADO totalmente

Após a morte de um paciente, você se sentiria preparado para prestar assistência e ofertar apoio a família do mesmo?

- PREPARADO totalmente
- PREPARADO parcialmente
- Nem PREPARADO, nem DESPREPARADO
- DESPREPARADO parcialmente
- DESPREPARADO totalmente

APÊNDICE B



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DOS ACADÊMICOS DOS CURSOS DE SAÚDE FRENTE AO PROCESSO AO MORTE E MORRER NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA ASSISTENCIAL.

Objetivo: Compreender como os acadêmicos dos cursos de saúde atuam frente ao processo de morte e morrer nos cenários de prática assistencial. **Período da coleta de dados:** 01/07/2019 a 31/10/2019

Tempo estimado para cada coleta: 10 minutos

Local da coleta: Indefinido

Pesquisador/Orientador: Jacks Soratto **Telefone:** 48 99934-7881

Pesquisador/Acadêmico: Lara Pandini Cattâneo **Telefone:** 48 99928-9194

10ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa com objetivo acima intitulado, ou obter o seu consentimento para realização da pesquisa com o menor de idade de sua responsabilidade. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o (a) senhor (a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes a sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS – Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
O presente estudo contará com um questionário de perguntas fechadas [8] e abertas [4].
RISCOS
Existe um risco mínimo para a aplicação do formulário eletrônico, estando este relacionado a desconfortos provocados pelas perguntas que compõem o dito formulário. A fim de minimizar estes riscos, solicitamos que ao experimentarem sentimentos desagradáveis, descontinuem o questionário. Outro risco elencado para esta pesquisa trata da perda da confidencialidade dos dados, sendo este amenizado pela inclusão de um código alfanumérico composto por uma letra e um número para a garantia do anonimato do participante.
BENEFÍCIOS
Como benefício a partir da identificação da atuação dos acadêmicos no processo de morte e morrer poderemos refletir sobre o processo de graduação dos cursos de saúde, a humanização da assistência e as condutas necessárias ao enfrentamento deste processo junto ao paciente, família e a própria equipe. O conhecimento da experiência dos acadêmicos no enfrentamento do processo de morte e morrer pode alicerçar novas práticas de ensino-aprendizagem e subsidiar referências para a busca da humanização da assistência à saúde prestada aos pacientes.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
Nome: _____	Nome: Jacks Soratto
CPF: _____._____._____ - ____	CPF: 007.674.729-85

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 3.422.711

CAAE: 16078819.9.0000.0119


Pesquisador (a) Responsável: JACKS SORATTO

Pesquisador (a): LARA PANDINI CATTÂNEO

Título: "ATUAÇÃO DOS ACADÊMICOS DOS CURSOS DE SAÚDE FRENTE AO PROCESSO DE MORTE E MORRER NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA ASSISTENCIAL".

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 28 de junho de 2019.


Marco Antônio da Silva
 Coordenador do CEP