

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

Karine Vieira Mazzone  
Thálita Cavalcanti Menezes da Silva  
Juliana Monteiro Costa

A MORTE E O MORRER: COMPREENSÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO  
SETOR DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Recife, Novembro de 2016

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA

Karine Vieira Mazzone  
Thálita Cavalcanti Menezes da Silva  
Juliana Monteiro Costa

A MORTE E O MORRER: COMPREENSÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO  
SETOR DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Projeto de pesquisa entregue para fins de  
trabalho de conclusão de curso de graduação  
de Psicologia da Faculdade Pernambucana de  
Saúde.

Recife, Novembro de 2016

**Aluna: Karine Vieira Mazzone**

Estudante do oitavo período do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Telefone: (81) 99800-8636

E-mail: [karine\\_mazzone@hotmail.com](mailto:karine_mazzone@hotmail.com)

**Orientadora: Thálita Menezes**

Psicóloga da Enfermaria de Clínica Médica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Coordenadora de Tutor do quarto período do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (2007) e Mestre em Educação para Profissões em Saúde pela Universidade de Maastricht, Holanda (2013).

Telefone: (81) 98852-1410

E-mail: [thalitamenezes25@yahoo.com.br](mailto:thalitamenezes25@yahoo.com.br)

**Co-orientadora: Juliana Monteiro Costa**

Psicóloga do Hospital Militar de Área do Recife (HMAR)

Coordenadora de Tutor do quinto período do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco.

Telefone: (81) 98826-4456

E-mail: [jullymc@hotmail.com](mailto:jullymc@hotmail.com)

## **RESUMO**

Os Cuidados Paliativos proporcionam um cuidado focado na qualidade de vida, na manutenção da dignidade humana, na terminalidade, na morte e no período de luto. A equipe de saúde desse setor, frente ao cenário com a temática da morte e do morrer, é confrontada diariamente com a sua própria finitude; o que muitas vezes faz com que se afastem dos pacientes para que possam enfrentar essa situação. Para proporcionar um cuidado humanizado é preciso que os profissionais aprendam a lidar com a própria finitude e desenvolver estratégias de  *coping*  apropriadas. Como objetivo esta pesquisa propõe-se a compreender como os profissionais de saúde da equipe multiprofissional de um setor de Cuidados Paliativos lidam com a morte e o processo de morrer dos pacientes. Para isso, um estudo de natureza qualitativa foi conduzido através da realização de entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais de saúde da equipe multiprofissional do setor de cuidados paliativos do IMIP. O estudo em questão baseou-se nas normas e orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A coleta de dados foi iniciada apenas após aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP/FPS) e houve a preocupação em respeitar a identidade e sigilo dos voluntários. Após a coleta e análise dos dados, foram encontrados três temas centrais: concepções sobre a morte, sentimentos relacionados à vivência da morte e educação para a morte.

**Palavras-Chave:** Morte; Terminalidade; Equipe.

## **ABSTRACT**

Palliative Care provide care focused on quality of life, in maintaining human dignity, terminal illness, death and the mourning period. The health team in the sector, compared to the scenario with the theme of death and dying, is confronted daily with their own finitude; which often causes depart patients so they can face this situation. To provide a humanized care is necessary that professionals learn to deal with their own finitude and develop appropriate coping strategies. The objective of this research proposes to understand how health professionals of the multidisciplinary team of a Palliative Care sector coping with death and the dying process of patients. For this, a qualitative study was conducted through the interviews Conducting semi-structured individuals with health professionals of the multidisciplinary team of palliative IMIP Care Sector. The study in question was based on the norms and guidelines of resolution 466/2012 of the National Health Council (CNS). Data collection was initiated only after approval of the Human Research Ethics Committee of the Pernambucana Health Faculty (CEP / FPS) and there was a concern to respect the identity and confidentiality of the volunteers. After collecting and analyzing the data, three central themes were found: conceptions about death, feelings related to the experience of death and education for death.

**Keywords:** Death. Dying. Team.

## SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	1
II.	JUSTIFICATIVA	4
III.	OBJETIVOS	5
IV.	MÉTODO	6
	4.1. Desenho do estudo	6
	4.2. Local do estudo	6
	4.3. Período do estudo	6
	4.4. População do estudo	6
	4.5. Amostra	6
	4.6. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes	6
	4.7. Procedimentos de captação e acompanhamento dos participantes	7
	4.8. Coleta de dados	8
	4.9. Processamento e análise dos dados	8
	4.10. Aspectos éticos	9
	4.11. Consentimento Livre e Esclarecido	9
	4.12. Conflito de interesses	9
V.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
VI.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
VII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
	ANEXOS	32
	ANEXO 1 – Regras para submissão de artigo na Revista da SBPH	32
	APÊNDICES	41
	APÊNDICE 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido	41
	APÊNDICE 2 – Instrumento de coleta de dados	44

## I. INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos visa desenvolver um cuidado focado na qualidade de vida, na manutenção da dignidade humana, na terminalidade, na morte e no período de luto<sup>1</sup>. De origem latina, a palavra "paliativa" significa manto, proteção. Cuidado Paliativo seria, pois, um cuidado caracterizado por uma atitude de cuidado a qual não tem a intenção de ser curativa<sup>2</sup>.

A primeira definição dos Cuidados Paliativos publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) datada de 1990 e atualizada em 2002, diz que

“Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento”<sup>1</sup> (p. 16).

Este cuidado demanda além da identificação precoce, a avaliação e o tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual decorrentes de doenças sem possibilidades de cura<sup>1</sup>.

Por cuidado compreende-se a ação de cuidar a qual implica mais que um ato, e abrange mais que um momento de atenção ou atividade assistencial. Por cuidado vislumbramos a atitude de responsabilização e preocupação nas condutas as quais requerem um envolvimento afetivo e o estabelecimento de vinculação por parte daquele que cuida direcionados a alguém. Neste sentido, o cuidado, através dessa ótica, pode ser apresentado como uma condição do humano e por isto carecendo de ser pautado em princípios de conduta e ação ética<sup>3</sup>.

Ainda sobre os cuidados paliativos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 1986 e reafirmou em 2002, os princípios norteadores para a atuação da equipe multiprofissional de saúde em Cuidados Paliativos. Estes enfocam na afirmação da vida, sempre considerando a morte como um processo normal desta, e, logo, não devendo a morte ser nem acelerada nem adiada. A ação dos profissionais de saúde deve, ainda, ser pautada na integração dos aspectos psicológicos e espirituais procurando promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis. De igual forma, a ação destes profissionais deve ser integrada visando a qualidade de vida do paciente, oferecendo um sistema de suporte que o permita viver tão ativamente quanto possível até o momento de sua morte<sup>1</sup>.

Estes princípios também regem a atuação dos profissionais da equipe de saúde diante da família do paciente em cuidados paliativos com a finalidade de focar nas necessidades dos pacientes e seus familiares, visando melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente no curso da doença. A partir de uma abordagem multiprofissional, iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, oferecendo suporte e auxílio para o enfrentamento da perda e elaboração do luto. Estas medidas devem caminhar conjuntamente e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes<sup>1</sup>.

Pelo enfoque integrado dos cuidados, em sua maioria, a equipe multiprofissional de saúde em Cuidados Paliativos é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes espirituais e dentistas<sup>1</sup>.

Partindo dos princípios norteadores da conduta em cuidados paliativos, ações específicas são atribuídas a diferentes profissionais. Assim, sinteticamente pode-se afirmar que o médico de Cuidados Paliativos assume uma postura diferente de um médico de outra equipe, pois sua função não é a de salvar a vida ou curar o paciente, mas a de promover qualidade de vida para aquele paciente que não possui cura. O médico deve trabalhar em conjunto com a equipe, sabendo que a sua principal tarefa é coordenar a comunicação entre os membros da equipe de saúde com o paciente e sua família<sup>1</sup>. Já o enfermeiro de Cuidados Paliativos deve, além de controlar os sinais e sintomas, atuar interagindo com o paciente, com seus familiares, com a equipe de saúde e com a instituição para, a partir da comunicação entre esses quatro âmbitos, trabalhar em função do benefício do paciente<sup>1</sup>.

O psicólogo deve trabalhar com a noção de dor total. Esta diz respeito à dor vivenciada pelo paciente no fim da vida, dor esta que inclui aspectos físicos, mentais, espirituais, sociais e emocionais<sup>1,4</sup>. O psicólogo de Cuidados Paliativos tem como possível atuação "a escuta clínica ao paciente a fim de ajudá-lo a reconhecer e transformar a forma de "olhar" que traz prejuízo e sofrimento"<sup>1</sup> (p. 219). É papel do psicólogo também dar atenção à família, para que possa elaborar o processo de morte e de luto, e à equipe, para que possam compreender as expressões de sofrimento do paciente e da família<sup>1</sup>. Já o papel do assistente social é caracterizado pela atuação junto ao paciente, a família, a rede de suporte social, a instituição onde o paciente está internado e a equipe de saúde. Na relação paciente, família e rede de suporte, é importante que o assistente social trace um perfil socioeconômico do paciente, conheça a família, entenda como é a relação do paciente com a família, como o paciente quer ser cuidado e como a família cuida desse paciente<sup>1</sup>.



Há ainda a presença e a atuação de outros profissionais de saúde, tal como o dentista, o terapeuta ocupacional, o fisioterapeuta, e o assistente espiritual. Não obstante, para além da especificidade de cada atuação a noção mais importante a reger a assistência, a técnica e a clínica, deve ser o cuidado com a vida, a morte e o processo de morrer<sup>5</sup>. E isto enfocando no suporte adequado ao paciente e aos seus familiares.

A este respeito, estudos mostram que a equipe de saúde é muitas vezes confrontada com seu despreparo técnico, educacional e até mesmo existencial frente à temática da morte e processo de morrer<sup>5</sup>. Por vivenciarem diariamente situações de perda e morte de pacientes os profissionais da equipe de Cuidados Paliativos encontram-se imersos em um ambiente estressor. Frente a essas situações, estes são confrontados com a sua própria finitude e morte, o que pode fazer com que muitas vezes se afastem dos pacientes, como forma de lidar ou, melhor, enfrentar, essa situação estressora.

Ainda pensando em termos de sobrecarga, por vezes, os profissionais da equipe multiprofissional encontram-se tão sobrecarregados física e emocionalmente que apresentam a *Síndrome de "Burnout"*; sendo esta uma reação a tensão sofrida, muitas vezes causando colapso e incapacitando o trabalho. Desse modo, os profissionais precisam aprender a lidar com a própria finitude e desenvolver estratégias de  *coping*  apropriadas para cada momento vivido junto ao paciente e seus familiares e assim possa proporcionar um cuidado integrado e humanizado<sup>6</sup>.

Por  *coping*  compreende-se um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para lidarem com situações adversas, com o objetivo de minimizar os efeitos de estressores sobre o bem-estar físico e emocional delas<sup>7,8</sup>. Essas estratégias são chamadas de "estratégias de enfrentamento" e podem ser diretas ou indiretas. As estratégias de enfrentamento diretas, são conhecidas por estratégias focalizadas no problema, onde a pessoa reduz as demandas do estressor ou aumenta os recursos para atender essas demandas e as estratégias de enfrentamento indiretas, são conhecidas por estratégias focalizadas na emoção, onde a pessoa busca pessoas que a encorajem, formas de fugir do estressor ou formas de modificar a maneira como o estressor está sendo avaliado<sup>8</sup>.

Desse modo, a problemática da presente pesquisa se apresenta: “Qual a compreensão dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional de um setor de cuidados paliativos sobre a morte e o processo de morrer, e como estes lidam com ambas?”.

## II. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista o aumento dos serviços de cuidados paliativos no Brasil, e por existirem, ainda, poucos trabalhos e pesquisas publicados sobre a compreensão dos profissionais da equipe de saúde no que se refere a sua compreensão sobre a morte e o morrer, e como os mesmos lidam com a morte, o presente trabalho se apresenta como novo e publicável.

Sua relevância se faz evidente por trazer a perspectiva destes profissionais a respeito dos conceitos de morte e como percebem o processo de morrer. Assim, também, como estas compreensões repercutem na sua atuação assistencial e nas estratégias de *coping* utilizadas.

Trata-se de uma temática interessante e de suma importância para a atuação e a educação para morte, visto ser esta uma etapa significativa da vida. Atrelada a este estudo encontra-se a possibilidade dos profissionais de saúde refletir, em um ambiente seguro, sobre como lidam com a morte e o processo de morrer.

### **III. OBJETIVOS**

#### **Objetivo Geral**

Compreender como os profissionais de saúde da equipe multiprofissional de um setor de Cuidados Paliativos lidam com a morte e o processo de morrer dos pacientes.

#### **Objetivos específicos**

- Analisar como os profissionais de saúde do setor de cuidados paliativos compreendem a morte.
- Analisar como os profissionais de saúde do setor de cuidados paliativos compreendem o processo de morrer.
- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de saúde ao lidar com a morte e o morrer.

## **IV. MÉTODO**

### **4.1 – Desenho do estudo:**

A presente pesquisa delinea-se como um estudo observacional de corte transversal, a partir do método qualitativo. A pesquisa qualitativa tem como objeto estudar o significado que os sujeitos dão aos fenômenos. Trabalhar qualitativamente implica entender os sentidos e as significações que uma pessoa atribui a situações em foco<sup>9</sup>. E isto, estudando as múltiplas percepções do fenômeno tal como experimentado por diferentes pessoas<sup>10</sup>. Assim, a busca é por identificar, perceber e compreender a essência da experiência humana em relação a um determinado fenômeno<sup>11</sup>. Que no caso específico da presente pesquisa diz respeito à compreensão dos profissionais de saúde da equipe multiprofissional de um setor de cuidados paliativos sobre a morte e o processo de morrer, e a forma como estes lidam com ambas.

### **4.2 – Local do estudo:**

O estudo foi realizado no setor de cuidados paliativos no Hospital Pedro II, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, localizado na Rua dos Coelho, 300, Boa Vista, Recife.

### **4.3 – Período do estudo:**

A pesquisa foi desenvolvida no período de Setembro de 2015 a Julho de 2016. O início da coleta dos dados ocorreu apenas após a aprovação do CEP/FPS.

### **4.4 – População do Estudo:**

A população consistiu nos profissionais da equipe multiprofissional de saúde alocados nos serviços do setor de cuidados paliativos do Hospital Pedro II– IMIP.

### **4.5 – Amostra:**

A pesquisa contou com 7 participantes, que eram os profissionais efetivos do setor de Cuidados Paliativos, sendo duas médicas, uma assistente social, uma nutricionista, uma psicóloga, uma enfermeira e uma fonoaudióloga, somente a terapeuta ocupacional não foi entrevistada porque os momentos que a pesquisadora estava disponível não coincidiam com o dela.

### **4.6– Critérios e procedimentos para seleção dos participantes:**

#### 4.6.1 – Critérios de Inclusão

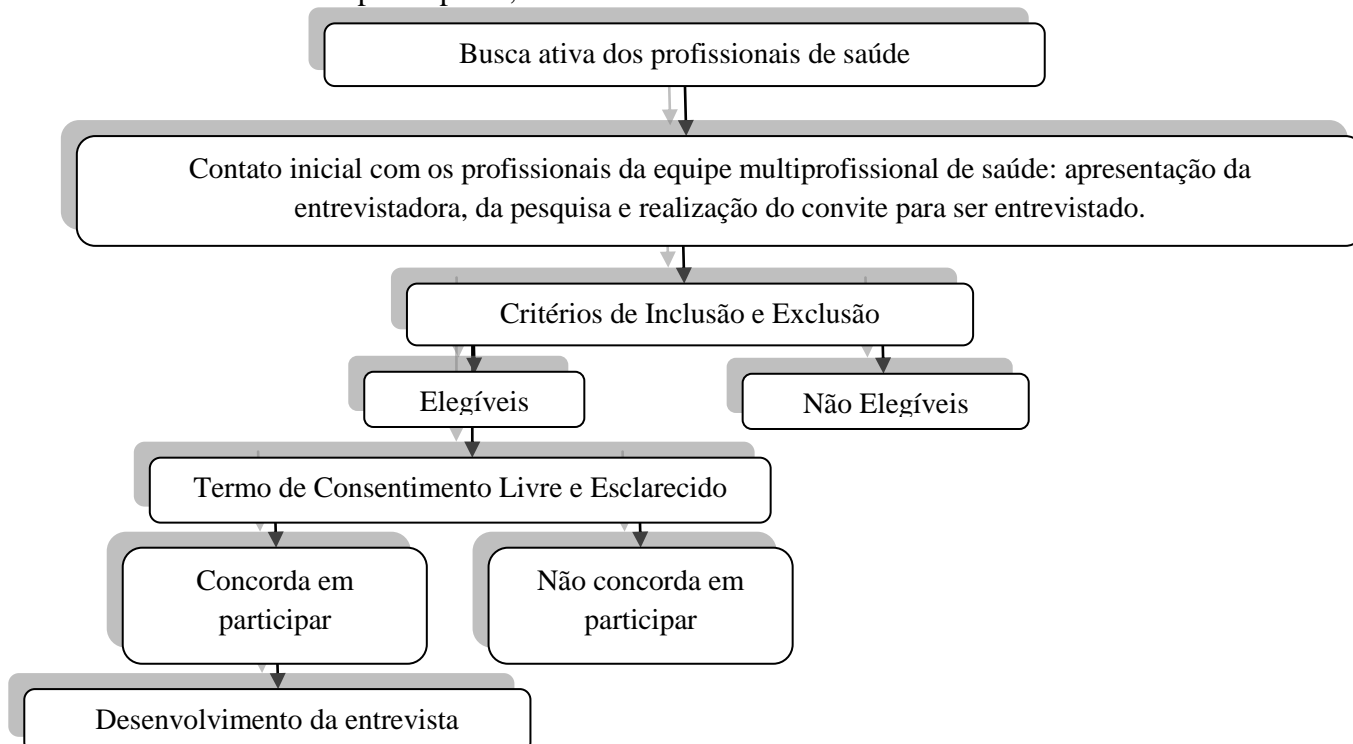
Como critérios de inclusão têm-se: Profissionais da equipe multiprofissional de saúde do setor de cuidados paliativos do Hospital Pedro II – IMIP, com um mínimo de seis meses de prática no setor de cuidados paliativos. De ambos os sexos, de qualquer faixa etária, e que concordem em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Os mesmos devem estar exercendo plenamente suas atividades profissionais durante o período da pesquisa.

#### 4.6.2 – Critérios de Exclusão:

Dentre os critérios de exclusão encontram-se: Profissionais de saúde que não fazem parte da equipe multiprofissional e não atuam diretamente no setor de cuidados paliativos do Hospital Pedro II – IMIP, profissionais que se encontram em licença médica; bem como aqueles critérios que não se enquadram nos critérios de inclusão acima descritos.

#### 4.7 – Procedimentos de captação e acompanhamento dos participantes:

As entrevistas foram individuais e realizadas pela pesquisadora responsável pelo estudo, a qual entrou em contato com os profissionais da equipe de saúde do setor de cuidados paliativos a partir da disponibilidade que eles tinham no setor. A coleta só iniciou após a liberação da pesquisa pelo CEP/FPS e com a anuência da coordenação do setor. Em contato inicial com os profissionais da equipe de saúde, houve apresentação da pesquisadora responsável pela condução da entrevista e esclarecimentos sobre a pesquisa, assim como a solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o consentimento do participante, foi realizada a entrevista no setor.



## **4.8 – Coleta de Dados:**

### **4.8.1 – Instrumentos de coleta de dados:**

Com o intuito de alcançar os objetivos da pesquisa uma *entrevista semi-estruturada*<sup>10</sup> foi realizada individualmente com os profissionais da equipe multiprofissional de saúde do setor de cuidados paliativos. A entrevista teve como objetivo compreender em profundidade como os profissionais de saúde da equipe multiprofissional de um setor de cuidados paliativos compreendem a morte e o processo de morrer, e a forma como estes lidam com ambas. Assim, estes profissionais foram convidados a compartilhar suas experiências relacionadas às temáticas do estudo.

A entrevista teve a seguinte pergunta disparadora: Como você lida com a morte e o morrer? Seguida por algumas questões norteadoras: 1. O que você compreende por morte? 2. O que você compreende por processo de morrer? 3. Como estas noções de morte e morrer repercutem na sua ação enquanto profissional?

## **4.9 – Processamento e análise dos dados:**

### **4.9.1 – Processamento dos dados:**

Após a realização das entrevistas, o conteúdo previamente autorizado para gravação foi transcrito. As transcrições foram realizadas de modo fidedigno, preservando as pontuações, pausas e falas dos voluntários. Os participantes foram identificados por nomes fictícios de modo a preservar o sigilo de sua participação.

### **4.9.2 – Análise dos dados:**

Os dados qualitativos foram analisados indutivamente através da análise temática de conteúdo. Este é um método que tem grande aplicabilidade e extremamente importante na análise de dados das entrevistas individuais.

A análise qualitativa do conteúdo das entrevistas, a partir da análise temática de conteúdo, conta com as seguintes fases: a. *leitura flutuante* para compreensão global do conteúdo e início de familiarização com este; b. *seleção das unidades de análise* a qual será norteadada pelos objetivos propostos pela pesquisa; c. *processo de categorização e sub-categorização* como forma de agregar temas que apresentem similaridades e possam transmitir significados e conhecimentos relativos à pesquisa<sup>8</sup>. Para compreensão das categorias elencadas e discussão dos dados, foi utilizado o referencial teórico da Tanatologia, Psicologia da Saúde e Cuidados Paliativos.

#### **4.10 – Aspectos Éticos:**

O estudo em questão está de acordo com as normas e orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS). A coleta de dados foi iniciada após o parecer positivo deste e da liberação da coordenação do setor de cuidados paliativos do IMIP. Outros cuidados necessários para assegurar o sigilo dos participantes foram realizados, como por exemplo, a preservação de suas identidades.

Sobre os efeitos benéficos da pesquisa, pode-se apontar a colaboração para o aperfeiçoamento da prática dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde, assim como, também, da equipe de saúde na assistência aos pacientes, seus familiares e cuidadores primários.

#### **4.11 – Consentimento Livre e Esclarecido:**

Houve a apresentação aos participantes sobre os objetivos, procedimentos e possíveis desconfortos relacionados à pesquisa, assim como esclarecimentos de possíveis dúvidas. Em sequência, foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – em duas vias, uma ficou na posse da pesquisadora e outra do voluntário. O documento apresentou uma linguagem clara e acessível. Também foi comunicado ao voluntário que poderá desistir de sua participação em qualquer etapa da pesquisa.

#### **4.12 – Conflito de interesses:**

Não se verificou nenhum conflito de interesse na execução desta pesquisa, seja por parte do pesquisador, dos especialistas ou outros colaboradores.

## **V. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Como se trata de um Trabalho de Conclusão de Curso, os resultados e discussões se apresentarão em forma de artigo, que será submetido a publicação na Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, que terá suas regras anexas ao Trabalho.

**A morte e o morrer: compreensão de profissionais de saúde do setor de Cuidados**

**Paliativos de um hospital de referência**

**Death and Dying: understanding of health care professionals of the Palliative Care unit  
from a referral hospital**



### **Resumo**

Pesquisa de natureza qualitativa cujo objetivo fora o de compreender como os profissionais de saúde da equipe multiprofissional de um setor de Cuidados Paliativos lidam com a morte e o processo de morrer dos pacientes. Como instrumento foi utilizada uma entrevista semi-estruturada e, posteriormente, os dados foram analisados de acordo com a Análise Temática de Conteúdo segundo Minayo. Os resultados e discussões apontam para temáticas referentes às concepções sobre a morte, aos sentimentos vivenciados pelos pacientes e seus cuidadores no processo de morrer e à educação para a morte. Foi assinalada a falta de investimento com relação à educação para a morte nos cursos de graduação da área de saúde, o que, conseqüentemente, influencia na prática dos profissionais que lidam com a morte diariamente.

**Palavras-chave:** Morte; Terminalidade; Equipe.

### **Abstract**

Search qualitative aimed out to understand how health professionals of the multidisciplinary team of a Palliative Care sector deal with death and the dying process of patients. As instrument a semi-structured interview was used and then the data were analyzed according to the Thematic Analysis of Content of Minayo. The results and discussion point for issues relating to concepts of death, the feelings experienced by the patients and their caregivers in the dying process and education for death. It was drawn to the lack of investment in relation to education for death in undergraduate courses in the health area, which consequently influences the practice of professionals who deal with death daily.

**Keywords:** Death; Dying; Team.

## Introdução

Neste artigo iniciaremos uma breve discussão sobre a temática da saúde e da educação para a morte. Batistella (2007) discute alguns conceitos de saúde já formulados e fundamentados em diferentes modelos de saúde. No modelo biomédico, a noção de saúde é sustentada na concepção de ausência de doença. Em contrapartida, o modelo biopsicossocial concebe a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não como ausência de doença. Assim como é possível encontrar noções nas quais a saúde é descrita como resultante da alimentação, moradia, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde.

Deste modo, pode-se afirmar a existência de diferentes modelos de saúde e, por conseguinte, de diferentes noções de saúde e doença. Ancorados em paradigmas específicos (patogênico ou salutogênico), cada modelo, concebe de modo particular o que vem a ser saúde, assim como fornece ideias sobre qual lugar a morte ocupa no processo saúde-doença (Ogden, 2004). O paradigma patogênico enfoca o *pathos*, a doença e a ação terapêutica centram-se no tratamento curativo e na retirada e extinção de sintomas. Em contrapartida, o paradigma salutogênico enfatiza os processos saudáveis do ser humano que o possibilitam permanecer com a melhor saúde possível (Ogden, 2004).

Para a discussão ora proposta, partir-se-á de uma visão holística acerca da complexidade dos fenômenos da vida, da saúde, da doença, do sofrimento e da morte (Almeida Filho e Andrade, 2003). Embasados no paradigma salutogênico e no modelo biopsicossocial, conceber-se-á a morte como parte da vida. Como um momento a ser vivido por todos. Em diferentes momentos, e em diferentes perspectivas. Hora como paciente, hora como familiar ou cuidador. Ou, também, como profissional de saúde. E,

aqui, encontra-se o cerne do presente estudo. Todos que trabalham em instituições de saúde e principalmente daqueles que vivenciam o cotidiano hospitalar. Sendo, pois, imprescindível compreender como as concepções e noções sobre vida e morte influenciam na prática dos profissionais de saúde.

A morte faz parte da rotina de serviços hospitalares e, muitas vezes, a equipe de saúde vê-se confrontada com seu despreparo frente a esta temática, ao próprio processo de morrer e ao acompanhamento do paciente até o fim. Ferreira, Lira, Siqueira e Queiroz (2013) referem para o profissional saber lidar com a morte de seus pacientes é preciso anteriormente identificar como lida pessoalmente com as mortes que vivencia e com a ideia de sua própria morte. De igual modo, faz-se importante a capacitação teórica e o preparo prático dos profissionais em relação a essa temática. Todavia, o que se tem constatado é a falta de disciplinas ou espaços e cenários de aprendizado que abordem a temática da morte nos currículos durante a formação profissional inicial.

Kovács (2003, citada por França & Botomé, 2005) enfatiza que não existem disciplinas nos cursos de graduação e pós-graduação voltadas para o processo de cuidar e para a morte. De igual modo Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006) sinalizam para a preocupação de estudantes de graduação na área da saúde com relação a falta de preparo para o enfrentamento da morte. Neste sentido, enfatiza-se a importância e a urgência da inserção de disciplinas relacionadas à morte e terminalidade como processo natural da vida ao longo do ensino superior, na educação de profissionais de saúde. Proporcionando espaços de fala e de construção mais significativa sobre a morte e a terminalidade com o intuito de os auxiliarem a lidar com a morte de seus pacientes e, com isso, oferecer a eles e a seus familiares um cuidado mais humanizado.

Diante do exposto, o presente estudo teve como finalidade compreender como os profissionais de saúde da equipe multiprofissional de um setor de Cuidados Paliativos

lidam com a morte e o processo de morrer dos pacientes, a fim de melhor entender quais as repercussões que suas concepções sobre morte tem no tratamento e acompanhamento terapêutico.

## **Método**

A presente pesquisa é de natureza qualitativa, de base fenomenológica. Foi inscrita na Plataforma Brasil (N. CAAE: 52023915.2.0000.5569) e iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - FPS. Foram realizadas sete entrevistas semi-estruturadas com profissionais da equipe de Cuidados Paliativos de um hospital escola de grande porte e alta complexidade na Região Metropolitana do Recife no estado de Pernambuco. O contato com as profissionais foi feito através da enfermeira chefe do setor, que informou a pesquisadora os dias e horários que cada profissional estaria presente no local. Como o número de profissionais efetivos era pequeno e a pesquisa não incluía os residentes, a pesquisadora só não entrevistou uma profissional. As entrevistadas foram: duas médicas, uma enfermeira, uma assistente social, uma nutricionista, uma psicóloga e uma fonoaudióloga. As entrevistas foram transcritas literalmente com a preservação da identidade das participantes e em seguida foi realizada a análise temática de conteúdo segundo os passos propostos por Minayo (2001), os quais são: (1) leitura flutuante para compreensão global do conteúdo e início de familiarização com este; (2) seleção das unidades de análise a qual será norteadada pelos objetivos propostos pela pesquisa; (3) processo de categorização e sub-categorização como forma de agregar temas que apresentem similaridades e possam transmitir significados e conhecimentos relativos à pesquisa.

## **Resultados e Discussões**

Um total de 7 profissionais foram entrevistadas, todas do sexo feminino, com 1 a 8 anos de prática e idade variando entre 26 e 48 anos. Após a análise temática de conteúdo segundo Minayo (2001) foram encontrados três temas centrais, a saber: 1. Concepções sobre a morte; 2. Sentimentos relacionados à vivência da morte; 3. Educação para a morte.

Através da fala das participantes da pesquisa, pudemos constatar que a morte é concebida de diferentes formas. Como uma passagem, como parte da vida, algo natural, como o encerramento de um ciclo, como a limitação do corpo e a evolução do espírito e como a libertação de um corpo de dor e sofrimento. A religião das participantes, algumas eram espíritas e outras católicas, o modo como lidam com as perdas e como pensam a sua finitude influenciam a forma como compreendem a morte. De igual modo, os sentimentos vivenciados pelas profissionais ao presenciarem a morte de seus pacientes são de tristeza e saudade, mas também de tranquilidade e calma. E, por fim, estas apontaram que enquanto profissionais de saúde há uma falta de preparo para lidar com estas vivências no ambiente profissional. Afirmam, igualmente, a necessidade de investimentos em educação para essa temática quando dizem que não aprenderam a lidar com a morte na faculdade e que ninguém as ensinou no início da atuação prática.

### **Concepções sobre a morte**

Sobre a morte, França e Botomé (2005) a definem como o fim absoluto de um ser humano, em sua maioria associada a dor, tristeza e ruptura. Em contrapartida, Vicensi (2016) a considera um tema paradoxal, pois inspira os artistas; mas, em geral, provoca medo e desperta temor no ser humano, pois este não sabe lidar com sua própria finitude.

No que se refere à morte em contextos e ambientes profissionais de saúde, verifica-se que esta pode ser compreendida de diferentes formas. A noção do profissional irá depender particularmente da percepção individual de cada indivíduo e da sua vivência enquanto ser humano. Vivência esta que pode ser influenciada por diferentes fatores, tais como: as perdas sofridas durante a vida, as crenças religiosas que possa ou não ter e uma educação para a morte ao longo da formação profissional.

Na presente pesquisa, distintas compreensões foram encontradas sobre a morte. Cada compreensão parece enfocar diferentes dimensões da vida: biológica/corporal e espiritual/religiosa. Esta última dimensão remete ao fato de todas as profissionais entrevistadas terem alguma religião, em geral, espírita ou católica. Para algumas profissionais, a morte é compreendida como sendo parte da vida, como um processo natural. De igual modo, a morte também é entendida como uma passagem e encerramento de um ciclo terreno dando espaço e momento para uma evolução do espírito. Como pode ser visto na fala de Adriana, 27 anos, assistente social:

*Eu diria que a morte é como se fosse né, uma passagem daquilo que a gente tá vivendo, de um ciclo que tá se encerrando realmente. Acho que depende muito da religião, mas eu acredito que a gente tem muita coisa a aprender na vida e quando a morte vem meio que se encerrou um pouco desse aprendizado pra um aprendizado né, posterior. (Adriana, 27 anos, assistente social).*

As concepções de morte, as experiências e a educação para a morte que o ser humano tem muitas vezes está atrelada à educação religiosa, como refere a participante acima a qual acredita que a forma como se define a morte depende da religião. Isso porque, a morte é um fenômeno que está repleto de valores e significados que dependem do contexto sociocultural e histórico que acontece (Combinato & Queiroz, 2006). Outra participante também faz alusão à como concebe a morte a partir de sua



experiência religiosa, conforme pode ser visto a seguir na fala de Aurora, 34 anos, fonoaudióloga:

*A morte depende do ponto de vista né, pra mim pessoalmente que tenho [...] uma questão religiosa envolvida, pra mim é realmente é uma passagem (pausa) né, [...] é uma hora de dor né, de muitas vezes de muito sofrimento. (Aurora, 34 anos, fonoaudióloga).*

A partir da fala das duas participantes acima é possível perceber que a religião influencia o modo como compreendem a morte e conseqüentemente a forma como lidam com esta. A religiosidade reúne características comportamentais e doutrinárias específicas compartilhadas por um grupo e praticadas pelos indivíduos que fazem parte dele. Estreitamente relacionada, mas diferente da religiosidade, está a espiritualidade, mais ligada ao transcendente e ao direcionamento de questões sobre o significado da vida, não necessariamente tem relação com as práticas religiosas (Gobatto, 2013).

Pensando na relação entre espiritualidade e morte, consideramos que uma das principais estratégias de enfrentamento utilizadas por profissionais de saúde são as estratégias de *coping* religioso/espiritual. O *coping* religioso/espiritual é um conjunto de estratégias com o objetivo de manejar o estresse diário, sendo uma fonte de equilíbrio e fortalecimento para lidar com situações estressantes, que são vivenciadas com frequência em um setor de Cuidados Paliativos.

Elisabeth Kübler-Ross (2008) considerou que a morte ainda se constitui como um medo universal, assim como afirmou Vicensi (2016) e, conforme foi dito acima, apesar dos profissionais de saúde muitas vezes utilizarem de estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse vivenciado, estes lidam também com o medo e o sofrimento da morte, que a sociedade rejeita vivenciar, mas o profissional de saúde precisa conviver com os dois para cuidar dos pacientes (Fernandes, Iglesias & Avellar, 2009). Esse medo da morte diz da forma como se lida com a morte e com a vida, como pode ser visto na relação destes dois conceitos morte-vida feita por Amanda, enfermeira

de 26 anos: “Quando eu penso em morrer eu não tenho medo de morrer, tenho medo de não ver as coisas e não viver as coisas que eu posso fazer enquanto eu tiver viva”.

(Amanda, 26 anos, enfermeira).

Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006) consideram inicialmente que a morte é um evento biológico que encerra uma vida e que angustia o ser humano, quando este percebe-se finito. Entretanto, durante o trabalho referem que hoje a morte é vista como um processo construído socialmente e não mais como um momento específico em que os batimentos cardíacos param. Todavia, foi observado na fala de uma das participantes essa percepção da morte, como a limitação de um corpo que para de funcionar.

*A morte... [...] A gente tem o nosso corpo e limitações né, [...] a morte é a única certeza que a gente tem da vida, todo mundo vai morrer um dia, né, mas acho que é quando o nosso corpo para de funcionar, [...], quando as nossas funções orgânicas param de funcionar, mas eu como tenho minha visão né, [...] hoje acho que a morte é... É algo passageiro. (Alana, 28 anos, psicóloga).*

Percebeu-se a partir do estudo diferentes percepções acerca da morte, tanto do ponto de vista teórico como pela visão das participantes. É importante que os profissionais de saúde encarem a morte como um processo natural, que faz parte da vida, pois apesar dos avanços que prolongam a vida, a morte é a única certeza que o ser humano tem. Considerando a morte por esse aspecto, o processo de morrer será percebido como menos doloroso e com isso, os profissionais de saúde poderão enfrentar as situações diárias com menos sofrimento e estresse.

### **Sentimentos vivenciados pelos profissionais ao presenciar o processo de morrer de seus pacientes**

Essa temática é de extrema importância para a Psicologia, pois, esta é a ciência que estuda o comportamento humano e seus processos mentais. Os sentimentos fazem

parte dos processos mentais do ser humano e conseqüentemente, seus comportamentos serão influenciados por eles. Por isso, é da área de estudo da Psicologia os sentimentos vivenciados pelas pessoas e, no caso do presente estudo, os sentimentos vivenciados por profissionais que lidam diariamente com a morte e com o processo de morrer de seus pacientes.

Como a Psicologia estuda o comportamento humano, é importante considerar o ciclo da vida como um todo, englobando, dessa forma, a morte. Em especial na área hospitalar, que, exige de modo diferente, que os profissionais estejam minimamente preparados para as situações de finitude.

Ferreira et al. (2013) afirmaram que alguns profissionais sentem tristeza diante da morte do paciente e que acompanhar o sofrimento da família gera dor, compaixão, angústia e incômodo. Na percepção das participantes da pesquisa, os principais sentimentos quando da experiência e do processo de morrer são: tristeza, sofrimento, tranquilidade, calma, e dor. Como pode ser observado no relato de Alice, 48 anos, médica:

*A morte em algum momento ela chega e a morte vem, com, é, junto com limitação, vem junto com saudade, vem junto com despedida, vem junto com tristeza e a gente sabe, e a gente sabe que normalmente isso vem junto com sofrimento né, sofrimento emocional, espiritual, social, físico. (Alice, 48 anos, médica).*

No entanto, foi observado que a mesma profissional refere que a morte vem junto com tristeza e sofrimento, mas declara lidar bem com a morte devido a sua convicção religiosa, pois ela é espírita. Um aspecto já discutido anteriormente é a religião/espiritualidade como estratégia de enfrentamento a situações estressantes. “*Eu lido com isso [...] com muita tranquilidade, com muita calma né [...] a minha convicção*

*religiosa também me dá muita tranquilidade pra lidar com isso.”* (Alice, 48 anos, médica).

De acordo com os profissionais pesquisados que atuam no setor de Cuidados Paliativos, cada uma das pessoas envolvidas no processo de morrer do paciente – família, cuidador e equipe –, assim como o próprio paciente, demonstram vivenciar este momento de diferentes formas. O que pode ser vista, todavia, é o fato da maneira como cada um concebe a morte estar diretamente relacionado ao próprio processo de morrer. No caso dos profissionais da equipe responsáveis por cuidar e acompanhar os pacientes, as suas concepções de morte estão relacionadas ao modo como estes irão se vincular terapeuticamente ao paciente e realizar seu atendimento.

Ferreira et al. (2013) afirmaram também que os entrevistados acreditam ser importante não se envolver excessivamente com o sofrimento dos familiares, pois precisam se proteger de uma situação de intensas emoções. Contudo, Kovács (2003) afirma que essa postura pode comprometer a atuação profissional. O que foi percebido no atual estudo é contrário a posição dos entrevistados da pesquisa anterior, pondo como exemplo deste posicionamento a fala de Ana, 37 anos, médica:

*Às vezes as pessoas me perguntam “Ana, é errado chorar quando você tá conversando com o doente?” [...] Assim, chorar, se emocionar, a gente tá muito com o contato com as pessoas, você chora vendo um filme [...], como é que você não pode encher o olho de lágrimas em algumas situações? [...] Minha experiência ao longo da vida pra você continuar aqui você tem que continuar sentindo, entendeu? Se você não se envolve, num [...] sente. (Ana, 37 anos, médica).*

De acordo com o que foi trazido por Ferreira et al. (2013) e contrário a posição de Kovács (2003) e da médica Ana, Angerami (1994) refere que na instituição hospitalar os profissionais são proibidos de manifestar seus sentimentos, pois precisam se manter fortes diante das dificuldades vivenciadas no trabalho. Do mesmo modo, Ferreira, Iglesias e Avellar (2009) referem a evitação de um maior envolvimento com o

paciente para se proteger do sofrimento de um futuro óbito. Contudo, observa-se que a posição das participantes do estudo é contrária ao que traz a literatura, pois acreditam que para trabalhar no serviço é preciso se envolver, é preciso sentir, se não é difícil conviver diariamente nessa rotina.

Refletindo a partir da afirmação das participantes, é possível fazer uma relação com a declaração de Pessini (2004), que considera um cuidado humanizado a partir da qualidade da relação entre o profissional de saúde e o paciente. Essa relação com qualidade pode surgir quando o profissional acolhe as angústias do paciente, é sensível à situação dele, cria um vínculo a partir do diálogo e o respeita.

### **Educação para a morte**

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido fundamentada em métodos tradicionais onde o corpo é separado da mente e a razão do sentimento, dessa forma, como a temática da morte ainda é considerada um tabu, pouco se é trabalhado essa questão nos ensinos superiores. O preparo para o trabalho com a morte pode favorecer autoconhecimento, autoavaliação emocional, tolerância à frustração, além do profissional saber lidar com o afeto e estar em contínuo aperfeiçoamento teórico. Entretanto, ainda é precária na educação uma formação completa ao cuidador, englobando a morte, que faz parte do ciclo da vida.

Conforme já aponta a literatura, as profissionais entrevistadas referem que não há preparação para se trabalhar com a morte: *“não houve nenhuma preparação da equipe em relação a isso pra gente [...] a gente não aprendeu isso na faculdade”* (Ana, 37 anos, médica). O fato dessa temática não ser trabalhada na faculdade e no início da prática profissional é um aspecto negativo para o trabalho dos profissionais de saúde, já que, de acordo com Kovács (2005) *“a educação para a morte é um estudo sobre a*

possibilidade do desenvolvimento pessoal de uma maneira mais integral” (p. 486) e, no caso da educação para morte pensando, unicamente, sob o aspecto de disciplinas e espaços que discutam sobre essa temática, no Brasil, pouco está sendo trabalhado esse desenvolvimento pessoal de maneira integral.

O estudo de Faraj, Cúnico, Quintana e Beck (2013) faz uma revisão da literatura acerca do ensino sobre a morte e percebe-se falha nos ensinamentos superiores, pois tanto acadêmicos de Psicologia como de Enfermagem não se sentem preparados para lidar com a morte. Ou seja, a educação para a morte é um desafio urgente para os profissionais de saúde, já que, segundo Paiva, Júnior e Damásio (2014) a falta de conhecimento sobre a morte e o processo de morrer pode tornar a assistência aos pacientes em fase terminal apavorante para alguns profissionais.

Apesar da falta de estudo sobre a morte, que poderia ser norteadas por tópicos como a finitude humana, as fases do luto, o cuidado de si e dos outros e a valorização da vida, percebe-se que os profissionais possuem consciência da limitação humana, assim como do cuidado de si e dos outros e da valorização da vida com qualidade.

A respeito da valorização da vida com qualidade, percebe-se que o modelo dos Cuidados Paliativos se faz presente como base no trabalho dos profissionais, mesmo quando atuam fora do setor de Cuidados Paliativos, pois segundo a Organização Mundial de Saúde (2002, citado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2009), cuidado paliativo é uma abordagem que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes com doenças que ameacem a continuidade da vida e seus familiares. Desse modo, refletindo o modelo biopsicossocial, já falado anteriormente, é possível pensar um paciente saudável sob os aspectos mental e social, mesmo que doente fisicamente. O trabalho do Cuidado Paliativo pode ser percebido abaixo na fala de Ana,

37 anos, médica, que compreende o paciente para além de sua doença, considerando sua qualidade de vida:

*Se você fizer um tratamento que ele só faz ter efeito colateral ou vindo pro hospital toda semana, talvez isso não interesse pra ele, [...], agora se você conseguir espaçar pra que ele tenha um prolongamento de uma vida com qualidade, vale a pena. (Ana, 37 anos, médica)*

A partir do presente estudo foi percebido que é necessário que haja uma educação para a morte, não somente para os profissionais de saúde, mas para toda a sociedade. É fundamental que as pessoas tenham um espaço para debater sobre a morte, como por exemplo, nas escolas, nas faculdades, ao longo da formação profissional (principalmente dos profissionais de saúde e da educação) e nas instituições de saúde. Uma das participantes refere: “*A gente precisa de apoio*” (Amanda, 26 anos, enfermeira) e esse apoio não está sendo efetivo, pois, apesar de ser uma temática de interesse público, ainda é considerada um tabu, visto que, segundo Domingues et al. (2013) a sociedade nega a terminalidade e evita falar sobre a morte.

### **Considerações Finais**

O estudo alcançou seus objetivos quando compreendeu que os profissionais entrevistados lidam com a morte e o processo de morrer de seus pacientes de diferentes formas a partir de como compreendem a morte, o processo de morrer e como lidam com sua própria finitude. Foi percebido que eles compreendem a morte como uma passagem, como parte da vida e como a libertação de um corpo de sofrimento, no caso dos pacientes que estão em Cuidados Paliativos. Possuem consciência de que o ser humano é finito e que é preciso valorizar a vida, a qualidade de vida e a autonomia do paciente, assim como cuidar dele e de seus cuidadores.

Entretanto, percebem a falta de estudo sobre a morte durante a graduação, o que resulta em uma falta de preparo quando se deparam com a morte de um paciente e referem que os profissionais da equipe de saúde precisam de apoio, com isso, foi constatado a necessidade de um espaço que se fale sobre a morte e sobre as repercussões dessa morte na atuação do profissional de saúde.



### Referências Bibliográficas

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2009). Manual de Cuidados Paliativos. 1 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Almeida Filho, N. & Andrade, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. de. (Orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- Angerami-Camon, V. A. (Org.). (1994). Psicologia hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Pioneira Psicologia.
- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In A.F. Fonseca & A. D. Corbo (Orgs.), *O território e o processo saúde-doença* (PP. 51-86). Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz.
- Brêtas, J. R. S., Oliveira, J. R., & Yamaguti, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 477-483.
- Carvalho, J. S., & Martins, A. M. (2015). A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. *Rev. SBPH*, 18(2), 129-142.
- Chan, W. C. H., Tin, A. F., Wong, K. L. Y., Tse, D. M. W. T., Lau, K. S., & Chan, L. N. (2016). Impact of Death Work on Self: Existential and Emotional Challenges and Coping of Palliative Care Professionals. *Health & Social Work*, 41(1), 33-41.
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. S. (2006) Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 209-216.
- Domingues, G. R., Alves, K. O., Carmo, P. H. S., Galvão, S. S., Teixeira, S. S., & Balduino, E. F. (2013). A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 02-24.

- Faraj, S. P., Cúnico, S. D., Quintana, A. M., & Beck, C. L. C. (2013). Produção científica na área da Psicologia referente à temática da morte. *Psicologia em Revista*, 19(3), p. 441-461.
- Fernandes, P. V., Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2009) O técnico de enfermagem diante da morte: concepções de morte para técnicos de enfermagem em oncologia e suas implicações na rotina de trabalho e na vida cotidiana. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 142-152.
- Ferreira, R. A., Lira, N. P. M., Siqueira, A. L. N., & Queiroz, E. (2013). Percepções de psicólogos da saúde em relação aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes diante da morte. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 65-75.
- França, M. D., & Botomé, S. P. (2005). É possível uma educação para morte? *Psicologia em Estudo*, 10(3), p. 547-548.
- Gire, J. (2014). How Death Imitates Life: Cultural Influences on Conceptions of Death and Dying. *Online Readings in Psychology and Culture*, 6(2), 1-22.
- Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. (2010). *Coping* religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Rev. SBPH*, 13(1), 52-63.
- Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. (2013). Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicologia USP*, 24(1), 11-34.
- Kovács, M. J. (2003) Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, Fapesp.
- Kovács, M. J. (2005) Educação para a morte. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25(3), 484-497.
- Kübler-Ross, E. (2008). Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1926)

- Minayo, M. C. S. (Org.). (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Mitre, S. M., Siqueira-Batista, R., Girardi-de-Mendonça, J. M., Morais-Pinto, N. M., Meirelles, C. A. B., Pinto-Porto, C., Moreira, T. & Hoffmann, L. M. A. (2008) Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13(2), 2133-2144.
- Paiva, F. C. L., Júnior, J. J. A., & Damásio, A. C. (2014). Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. Bioét.*, 22(3), 550-560.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev. Psiq. Clín.*, 34 (1), 126-135.
- Pessini, L. & Bertachini, L. (Orgs.). (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: EDUNISC-Edições Loyola.
- Silva, E. P., & Sudigursky, D. (2008). Concepções sobre Cuidados Paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 504-508.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde. Manuais Universitários 11*. 2 Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vicenzi, M. C. (2016) Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. *Rev. Bioét.*, 24(1), 64-72.
- Von Hohendorff, J. & Melo, W. V. (2009). Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(2), 480-492.

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Trabalho de Conclusão de Curso teve como produto um artigo que será submetido à Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. Os dados da pesquisa são importantes porque aponta para o aperfeiçoamento das grades curriculares de cursos de saúde de instituições superiores, o que, posteriormente poderá influenciar na prática do profissional de saúde. A pesquisa também aponta para o cuidado ao cuidador, que não possui espaços disponíveis para falar sobre a morte e o processo de morrer de seus pacientes, uma temática que perpassa o dia a dia deles e muitas vezes os confronta com a sua própria finitude.

A morte é um assunto tabu e poucos se interessam estudar essa temática, que é de suma importância, pois faz parte do ciclo da vida. A partir da presente pesquisa, sugere-se que outras sejam feitas com um maior número de participantes, pois, além da natureza desta pesquisa ser qualitativa, o local de estudo não tinha muitos profissionais efetivos.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANCP. Manual de Cuidados Paliativos [Online]. 1 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
2. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2013. 18(9): 2577-2588.
3. Boff L. Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 20 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2014.
4. Porto G, Lustosa MA. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Rev. SBPH jun.* 2010. 13(1): 76-93.
5. Santos FS. Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Ed. Atheneu; 2009.
6. Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. 1 reimp. da 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.
7. Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping<sup>1</sup>: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* 1998. 3(2): 273-294.
8. Straub RO. Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
9. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
10. Frankel JR, Wallen NE. How to design and evaluate research in education. Boston: McGrawHill; 2009.
11. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. Bras. Enferm.* set/out 2004. 57 (5): 611-614.

## ANEXO 1

### **Normas de publicação na Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (Rev. SBPH):**

Todas as submissões de trabalhos devem seguir as Normas de Publicação da APA: Publication Manual of the American Psychological Association (5ª edição, 2001), no que diz respeito ao estilo de apresentação do trabalho e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. Quando pertinente, a cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa deve ser encaminhada na ocasião da submissão do trabalho, para que se possa dar início ao processo editorial. Os manuscritos devem ser redigidos em português, em inglês, em espanhol ou em francês.

Para um guia rápido em português, consulte [Uma Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA](#). Para exemplos de seções do manuscrito (em inglês), sugere-se [Psychology With Style: A Hypertext Writing Guide](#) (for the 5th edition of the APA Manual).

### **Formatação**

#### a) Arquivo e número de página

Os trabalhos devem estar em formato doc e não exceder o número máximo de páginas (iniciando no Resumo como página 1 e incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto) indicado para cada tipo de trabalho aceito, a saber:

- relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura: 15 a 25 páginas.
- Relatos de experiência profissional: 10 a 15 páginas.
- Carta ao editor, nota técnica e resenhas: 3 a 10 páginas.

#### b) papel: tamanho A4 (21 x 29,7 cm).

c) fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo Referências, Notas de Rodapé, Tabelas, etc.

d) margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

e) espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o trabalho, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, etc.

- f) alinhamento: esquerda
- g) recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm
- h) Numeração das páginas: no canto direito superior
- i) Cabeçalho de página: as primeiras duas ou três palavras do título devem aparecer cinco espaços à esquerda do número da página.
- j) endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos.
- k) Ordem dos elementos do trabalho: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

### **Elementos do trabalho**

- a) Folha de rosto sem identificação: título em português (máximo 15 palavras, maiúsculas e minúsculas, centralizado) e o título em inglês compatível com o título em português.
- b) Resumos em português e inglês: Parágrafo com no máximo 200 palavras (relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura) ou 150 palavras (relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica e resenhas), com o título e o resumo escrito centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar pelo menos três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula), preferencialmente derivadas da [Terminologia em Psicologia, da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia](#). O resumo em inglês (*abstract*) deve ser fiel ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical inglês. Rev. SBPH tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final do *abstract*, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. Isto é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. O *abstract* deve ser seguido das *keywords* (versão em inglês das palavras-chave).
- c) Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por

exemplo, Resultados, Método e Discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Análise dos Dados).

As palavras **Figura, Tabela, Anexo** que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Sublinhados, *Itálicos* e **Negritos**: Sublinhe palavras ou expressões que devam ser enfatizadas no texto impresso, por exemplo, "estrangeirismos", como self, locus, etc e palavras que deseje grifar. Não utilize itálico (menos onde é requerido pelas normas de publicação), negrito, marcas d'água ou outros recursos que podem tornar o texto visualmente atrativo, pois trazem problemas sérios para editoração.

Dê sempre crédito aos autores e às datas de publicação de todos os estudos referidos. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências.

#### **Exemplos de citações no corpo do manuscrito:**

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2001, 5ª edição) para verificar as normas para outras referências.

- Citação de artigo de autoria múltipla:

Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido:

Magtaz e Berlinck (2012) referem-se à temática da oralidade na melancolia (...)

A questão da oralidade na melancolia (Magtaz & Berlink, 2012) (...)

Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores só na primeira citação e nas seguintes cite o primeiro autor seguido de et al., data:

Sobre a avaliação do modelo de organização de uma unidade de emergência Santos, Scarpelini, Brasileiro, Ferraz, Dallora e Sá (2013) apontam (...)

Este assunto foi descrito em outro artigo (Santos et al., 2003) (...)



Artigo com seis ou mais autores: cite no texto apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data.

Porém, na seção de Referências Bibliográficas todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

- Citações de obras antigas e reeditadas

Segundo Foucault (1980/2011) (...)

A respeito da história das práticas institucionais (Foucault, 1980/2011) (...)

Na seção de referências, citar

Foucault, M. (2011). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense. (Trabalho original publicado em 1980)

- Citações diretas

Citações diretas com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citação com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada 5 espaços da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tais como comentários ou observações devem ser feitos entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

**Atenção:** Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA (2001, 5ª edição).

#### d) Referências Bibliográficas

Inicie uma nova página para a seção de Referências Bibliográficas, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. Continue utilizando espaço duplo e não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem

alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as **normas da APA** (veja alguns exemplos abaixo). Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2001, 5ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de referência a múltiplos estudos do(a) mesmo(a) autor(a), utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

### **Exemplos de referências:**

- Artigo de revista científica

Rosa, M. D. (2013) Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clinicopolíticas. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 41, 29-40.

- Artigo de revista científica paginada por fascículo

Proceder de acordo com o indicado acima, e incluir o número do fascículo entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume.

- Artigo de revista científica editada apenas em formato eletrônico

Maia, M. V. M., & Pinheiro, N. N. B. (2008, maio) Um mundo arcaico de vastas emoções e pensamentos imperfeitos: reflexões sobre sonhos e atos agressivos na adolescência. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line*, 5(1). Recuperado em 12 de novembro, 2013, de [www.fundamentalpsychopathology.org](http://www.fundamentalpsychopathology.org)

- Livros

Moretto, M. L. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Capítulo de livro

Albert, S. (2006). A estrutura e as redes em psicanálise. In S. Albert & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (PP. 83-100). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Obra antiga reeditada em data posterior

Nietzsche, F. W. (2006). *Introdução à tragédia de Sófocles*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1870)

- Trabalhos inseridos em coletânea de obras de um autor

Freud, S. (1969a). Além do princípio de prazer. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira*

*das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad., V.18, pp. 13-75). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Freud, S. (1969b). O ego e o id. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad., V.19, pp. 15-85). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

- Autoria institucional

Ministério da Saúde (2012). *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ*. Brasília, DF: Editora MS.

- Trabalho publicado em anais, resumos, e outras publicações de eventos

Dunker, C. I. L. (2006) Elementos para uma Metapsicologia do Corpo. *Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*: Belém, PA. São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

- Teses ou dissertações

Nogueira, L. C. (1972). *Contribuição ao estudo do inconsciente freudiano*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Documentos legislativos

Lei n. 10.216 (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República.

#### e) Anexos

Devem ser evitados sempre que possível, e acrescentados somente se contiverem informações consideradas indispensáveis, como testes não publicados ou descrição de equipamentos ou materiais complexos. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

#### f) Notas de rodapé

Devem ser evitados sempre que possível, no entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e apresentadas após os Anexos. O título (Notas de Rodapé) aparece centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Recue a primeira linha de cada nota de rodapé em 1,25cm e numere-as conforme as

respectivas indicações no texto.

#### g) Tabelas

Devem ser elaboradas em Word (.doc) ou Excel. No caso de apresentações gráficas de tabelas, use preferencialmente colunas, evitando outras formas de apresentação como pizza, etc. Nestas apresentações evite usar cores. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Dê um espaço duplo e digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento.

#### h) Figuras

Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma folha em separado. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura. Dê um espaço duplo e digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo.

As palavras Figura, Tabela e Anexo que aparecerem no texto devem, sempre, ser escritas com a primeira letra em maiúscula e devem vir acompanhadas do número (para Figuras e Tabelas) ou letra (para Anexos) respectivo ao qual se referem. A utilização de expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas, porque no processo de editoração a localização das mesmas pode ser alterada. As normas da APA (2001, 5ª edição) não incluem a denominação de Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras.

ATENÇÃO: Todo o processo editorial da Rev. SBPH é feito eletronicamente no site <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/sbph/>. Manuscritos recebidos por correio convencional, fax, e-mail ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pelo Editor-chefe.

#### **Processo de avaliação do trabalho**

Os manuscritos recebidos eletronicamente em <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/sbph/> que estiverem de acordo com as normas da revista e que forem considerados como potencialmente publicáveis por Rev. SBPH serão encaminhados pelo Editor-chefe para a Comissão Editorial, que fará o encaminhamento para o Conselho Editorial ou para os avaliadores *ad hoc*.

Os avaliadores *ad hoc* poderão recomendar à editora-chefe a aceitação sem modificações, aceitação condicional a modificações recomendadas ou a rejeição do manuscrito, com as devidas justificativas. A identidade dos avaliadores não será informada aos autores dos manuscritos. Os autores terão acesso às cópias dos pareceres dos avaliadores *ad hoc*, que conterão as justificativas para a decisão do avaliador. O texto encaminhado aos avaliadores não terá identificação da autoria.

Versões reformuladas serão apreciadas pelo Comissão Editorial e pelo Conselho Editorial, que podem solicitar tantas mudanças quantas forem necessárias para a aceitação final do texto. A decisão final sobre a publicação de um manuscrito será sempre do Editor-Chefe. A identidade dos autores poderá ser informada ao Comissão Editorial.

O Comissão Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores para agilizar seu processo de publicação. Casos específicos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

Os autores poderão acompanhar todas as etapas do processo editorial via internet.

No último número de cada ano da revista serão publicados os nomes dos avaliadores *ad hoc* que realizaram a seleção dos artigos daquele ano, sem especificar quais textos foram analisados individualmente.

Antes de enviar os manuscritos para publicação eletrônica, a Editora-Chefe enviará uma prova para a revisão dos autores. Esta revisão deverá ser feita em cinco dias úteis e devolvida à revista. Caso os autores não devolvam indicando correções, o manuscrito será publicado conforme a prova.

**Formulário de autoria e responsabilidade:**

**Título do Artigo:** XXXXXXXXXXXXX

**Nome Completo dos Autores e E-mails:**

XXXXXXXXXXXXX E-Mail: XXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXX E-Mail: XXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXX E-Mail: XXXXXXXXX

**Os autores do presente trabalho asseguram que:**

- a. Todos os autores mencionados acima participaram do trabalho de maneira a

poder responsabilizar-se publicamente por ele.

- b. Todos os autores revisaram a forma final do trabalho e o aprovaram, liberando-o para a publicação nesta Revista.
- c. Nem este trabalho, nem outro substancialmente semelhante em conteúdo, já foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, sob nossa autoria e conhecimento.
- d. Este trabalho está sendo submetido à aprovação do Conselho editorial da Revista da SBPH com o conhecimento e a aprovação da instituição e/ou organização de filiação dos autores.

**Local e Data**

Assinaturas dos autores, na mesma ordem em que constam acima.

---

Nome completo

---

Nome completo

---

Nome completo

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Título:** A morte e o morrer: compreensão de profissionais de saúde do setor de cuidados paliativos de um hospital de referência.

**Pesquisadora responsável:** Karine Vieira Mazzone

**Contato:** (81) 99800-8636/ karine\_mazzone@hotmail.com

**Pesquisadora responsável:** Thálita Cavalcanti Menezes da Silva

**Contato:** (81) 98852.1410 / thalitamenezes25@yahoo.com.br

**Pesquisadora responsável:** Juliana Monteiro Costa

**Contato:** (81) 98826.4456 / jullymc@hotmail.com

**Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP/FPS)**

**Contato:** (81) 3035.7732

**Nome do Voluntário:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos **RG:** \_\_\_\_\_

O Sr./ Sra. está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “A morte e o morrer: compreensão de profissionais de saúde do setor de cuidados paliativos de um hospital de referência”, de responsabilidade dos pesquisadores: Karine Vieira Mazzone, Thálita Cavalcanti Menezes da Silva e Juliana Monteiro Costa. Em qualquer momento, o Sr./Sra. poderá solicitar esclarecimentos sobre o estudo através dos telefones de contato presentes neste termo. Também poderá optar por desistir da participação a qualquer tempo. Será dada uma cópia deste consentimento para seu registro.

A pesquisa irá contribuir para a produção de conhecimento científico na área da tanatologia, cuidados paliativos e psicologia da saúde, e suscitará reflexões sobre a temática da morte, do processo de morrer e das formas de lidar com ambas enquanto profissional de saúde. Assim, o estudo objetiva compreender como os profissionais de

saúde da equipe multiprofissional de um setor de Cuidados Paliativos lidam com a morte e o processo de morrer dos pacientes.

Por estratégias de *coping* compreendemos a forma como *lidamos com* situações estressoras. No caso do presente estudo a morte e, principalmente, o processo de morrer, pode ser apontada como exemplos de situações estressoras a qual demanda uma maneira peculiar de ação, e isto a partir de diferentes dimensões (emocionais, cognitivas e comportamentais).

Para isso, o Sr./Sra. participará de uma entrevista individual semi-estruturada que será gravada. Sua identidade e sigilo serão preservados, assim como será garantido a confidencialidade das informações geradas no estudo. Essa participação será voluntária, ou seja, sem receber auxílio financeiro de qualquer espécie. O método de pesquisa não oferece nenhum risco à sua saúde física, emocional ou moral. No entanto, a pesquisa pode trazer riscos mínimos de constrangimento, caso haja algum desconforto, será indicado um serviço ao qual a participante poderá buscar se sentir necessidade.

A entrevista será gravada para fins exclusivos de registro da atual pesquisa e o material será arquivado de modo sigiloso. Os dados coletados serão destruídos após 5 anos arquivados. Se o Sr./ Sra. tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-FPS está situado na Avenida Jean Émille Favre, 422, Imbiribeira, Recife. Telefone (81) 3035.7732 - E-mail: [comite.etica@fps.edu.br](mailto:comite.etica@fps.edu.br). O CEP/FPS funciona de segunda a sexta-feira, nos seguintes horários: 08h30 às 11h30 (manhã) e 14h às 16h30 (tarde).

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa descrito acima.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

**Assinatura ou impressão digital do voluntário:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Testemunha**

---

**Testemunha**

---

**Karine Mazzone**  
**Pesquisadora Responsável**

---

**Thálita Cavalcanti Menezes da Silva**  
**Pesquisadora Responsável**

---

**Juliana Monteiro Costa**  
**Pesquisadora Responsável**

## APÊNDICE 2

### ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMI-ESTRUTURADA

#### I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO.

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ 3. Idade: \_\_\_\_\_ anos
3. Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de Formação: \_\_\_\_\_
4. Especialização: ( ) Pós-graduação *Latu senso*. Qual: \_\_\_\_\_  
( ) Pós-graduação *Strictu senso*. Qual: \_\_\_\_\_
5. Tempo de Trabalho na Instituição Hospitalar: \_\_\_\_\_
6. Setores de Trabalho: \_\_\_\_\_
7. Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo
8. Religião: \_\_\_\_\_

#### II – PERGUNTAS DISPARADORAS E NORTEADORAS

##### 1. Questão Disparadora

*Como você lida com a morte e o morrer?*

##### 2. Questões Norteadoras

- a) O que você compreende por morte?
- b) O que você entende por processo de morrer?
- c) Como estas noções de morte e morrer repercutem na sua ação enquanto profissional?