

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
EM ATENÇÃO À SAÚDE

JOSÉ HENRIQUE DA SILVA CUNHA

**OS SIGNIFICADOS DA MORTE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE  
AO CUIDADO À PESSOA COM CÂNCER**

UBERABA

2017

JOSÉ HENRIQUE DA SILVA CUNHA

**OS SIGNIFICADOS DA MORTE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE  
AO CUIDADO À PESSOA COM CÂNCER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo Temático: Humanização na saúde.  
Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira.

UBERABA

2017

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

C978s Cunha, José Henrique da Silva  
Os significados da morte para os profissionais de saúde frente ao  
cuidado à pessoa com câncer / José Henrique da Silva Cunha. --  
2017.  
99 f. : il., fig., graf.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017  
Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira

1. Morte. 2. Doente terminal. 3. Oncologia. 4. Pessoal de saúde.  
5. Atitude frente à morte. I. Ferreira, Lúcia Aparecida. II. Universida-  
de Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 128

JOSÉ HENRIQUE DA SILVA CUNHA

**OS SIGNIFICADOS DA MORTE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE  
AO CUIDADO À PESSOA COM CÂNCER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo Temático: Humanização na saúde.

Uberaba, 19 de dezembro de 2017.

Banca Examinadora:



Prof.ª Dr.ª Lúcia Aparecida Ferreira – Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Prof.ª Dr.ª Leiner Resende Rodrigues  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Prof.ª Dr.ª Wilson José Alves Pedro  
Universidade Federal de São Carlos

## DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus este trabalho  
Por ter me proporcionado saúde  
E aos meus queridos pacientes  
Jefferson e Renny (*in memoriam*)  
Que me fizeram despertar o  
Interesse em realizá-lo.

## AGRADECIMENTOS

Eu agradeço imensamente a Deus por ter me proporcionado vida e saúde para concluir essa pesquisa.

À professora Dra. Lúcia Aparecida Ferreira, por aceitar me orientar nesse estudo. Grato pelos ensinamentos. Foi uma honra trabalhar com a sua pessoa.

À professora Dra. Heloísa Cristina Figueiredo Frizzo, pelas contribuições e sugestões ímpares para a consecução deste trabalho e por sempre me apoiar em todos os momentos da minha vida pessoal e profissional.

À minha família, em especial ao tio Eli e a minha avó Jovelina que estão sempre a meu lado me dando forças e apoio.

Ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde *stricto sensu*, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por ter me proporcionado crescimento pessoal e profissional.

Aos profissionais de saúde que aceitaram participar desse estudo. Grato pela confiança depositada em mim e pelos ensinamentos.

Às minhas amigas Diane Coelho Pereira e Anne Marise Koenig pelo companheirismo e amizade.

Ao meu amigo Jander Barbosa Lacerda pela amizade e por me incentivar a acreditar que os sonhos podem sim ser realizados, basta apenas ter foco, força e fé.

Enfim, agradeço imensamente a todos vocês que estiveram comigo nessa jornada e que contribuíram de forma direta e indireta em minha eterna construção de conhecimento.

Muito obrigado!

“A única coisa tão inevitável quanto a morte é a vida”.

Charles Chaplin

## RESUMO

CUNHA, J. H. S. **Os significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer.** 2017. 99 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG). 2017.

**Introdução:** A morte é frequente no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde que atuam junto a pessoas com câncer, podendo causar-lhes sobrecarga, dor e sofrimento. Em sua maioria, esses profissionais são preparados para recuperar a saúde promovendo ações curativas; a ocorrência da morte traz à tona a vulnerabilidade da vida, levando-os a refletir sobre sua própria finitude. **Objetivo:** Compreender a construção dos significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória realizada em ambiente *online* com profissionais de saúde que atuam no contexto hospitalar e que cuidam de pessoas com câncer em instituições públicas de saúde que estão localizadas nos estados de Minas Gerais, São Paulo, Distrito Federal e Paraná. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada (total de 34 entrevistados) via ferramentas da tecnologia de comunicação (*chats* ou videoconferências) e interpretados seguindo a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Da análise do conteúdo das entrevistas emergiram as seguintes categorias: Significados da escolha vocacional na área da oncologia; Sentimentos vivenciados mediante a morte do paciente com câncer; Significados atribuídos às dificuldades mediante a morte do paciente com câncer; Significados atribuídos à morte do paciente com câncer. Os resultados apontam que os profissionais de saúde optaram por trabalhar na área da oncologia no intuito de ajudar os pacientes com câncer; sentem-se tristes e impotentes frente à morte de seus pacientes; identificam a capacitação e a abordagem qualificada em cuidados paliativos como importantes para o manejo do processo final de vida de seus pacientes e suporte a seus familiares; reconhecem a necessidade de acompanhamento psicológico para o enfrentamento do luto pessoal e apoio qualificado aos enlutados; e atribuíram à morte o significado de um processo natural e fim de um ciclo; de transcendência, passagem e fim do sofrimento tanto do paciente e de seus familiares quanto para a equipe de saúde que cuida dos mesmos. **Considerações finais:** Esse estudo pode contribuir para sensibilizar a gestão dos serviços de atenção oncológica para a capacitação, qualificação e implementação de ações baseadas nos cuidados paliativos e promover suporte emocional aos profissionais.

**Palavras-chave:** Morte; Pessoal de Saúde; Oncologia.

## ABSTRACT

CUNHA, J. H. S. **The meanings of death for health care professionals regarding the care of people with cancer.** 2017. 99 f. Dissertation (Master in Health Care) - Post-Graduation Program in Health Care, Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG). 2017.

**Introduction:** Death is frequent in the daily work of health professionals who work with cancer victims. It can make them feel overburdened, as it can cause pain and suffering. Most of these professionals are prepared to recover health through curative actions, but death brings to the forefront the vulnerability of life, leading them to reflect on their own finiteness. **Objective:** Understand the construction of the meanings of death for health professionals when offering care to people with cancer. **Method:** This is a qualitative, descriptive and exploratory online research with health professionals that work in a hospital context and care for people with cancer in public health institutions in the states of Minas Gerais, São Paulo, the Federal District and Paraná. Data was collected through semi-structured interviews (to a total of 34 participants) through tools from communication technology (chats or video conferences) and interpreted according to thematic content analysis. **Results:** From the content analysis of the interviews the following categories emerged: Meanings of the vocational choice for the oncology area; Feelings gone through after the death of the cancer patient; Meanings attributed to the difficulties provoked by the death of the cancer patient; Meanings attributed to the death of the cancer patient. The results point out that the health professionals chose to work in the oncology area in order to help cancer patients; they feel sad and impotent when confronted with the death of their patients; they identify the training and qualified approach to palliative measures as something important to manage the process of the end of the lives of their patients and support their family members; they recognize the need of psychological treatment to deal with personal grief and of the qualified support to those grieving; they understood death as a natural process and the end of a cycle, as transcendence and passage, and/or as end of the suffering of the patients, their families, and of the health team that cares for them. **Final considerations:** This study can contribute to make the management of oncologic care services aware of the need to train, qualify and implement actions based on palliative care and offer emotional support to the professionals.

**Keywords:** Death; Health personnel; Medical oncology.

## RESUMEN

CUNHA, J. H. S. **Los significados de la muerte para los profesionales de la salud ante el cuidado a la persona con cáncer.** 2017. 99 f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) de la Universidad Federal de Triângulo Mineiro, Uberaba (MG). 2017.

**Introducción:** La muerte es frecuente en el día de los profesionales que trabajan con personas víctimas del cáncer. Les puede hacer sentir sobrecargados, así como llevar a dolores y sufrimiento. La mayoría de esos profesionales son preparados para recuperar a la salud por medio de acciones curativas, pero la muerte hace con que la vulnerabilidad de la vida sea extremadamente clara, haciendo con que esos profesionales consideren su propia finitud. **Objetivo:** Comprender la construcción de los significados de la muerte para los profesionales de salud que cuidan de las personas con cáncer. **Método:** Esa es una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria realizada en línea con profesionales de salud que trabajan con personas con cáncer en instituciones públicas de salud de los estados de Minas Gerais, São Paulo, Distrito Federal e Paraná. Se colectó a los datos por medio de una entrevista semi-estructurada (total de 34 entrevistados) por medio de herramientas de la tecnología de comunicación (*chats* o videoconferencias) e interpretados según el análisis de contenido temático. **Resultados:** Desde el análisis de contenido temático emergieron las categorías siguientes: Significados de elegirse a la oncología como vocación; Sentimientos vividos en la muerte del paciente con cáncer; Significados atribuidos a las dificultades en la muerte del paciente con cáncer. Los resultados indican que los profesionales eligieron trabajar en la oncología para ayudar a los pacientes con cáncer; siéntense tristes e impotentes ante la muerte de sus pacientes; identifican la capacitación y un abordaje cualificado en cuidados paliativos como cosas importantes para el manejar del proceso final de la vida de sus pacientes y para el soporte de sus familiares; reconocen la necesidad de acompañamiento psicológico para el enfrentamiento del luto personal y apoyo cualificado a aquellos en luto; y también atribuyeron a la muerte el significado de un proceso natural y final de un ciclo, de transcendencia y pasaje, y del fin del sufrimiento del paciente, de sus familiares y del equipo de salud. **Consideraciones finales:** Ese estudio puede contribuir para sensibilizar la gestión de los servicios de atención oncológica para la capacitación, cualificación y implementación de acciones basadas en los cuidados paliativos, así como ofrecer soporte emocional a los profesionales.

**Palabras clave:** Muerte; Personal de salud; Oncología médica.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo .....	37
Quadro 2 - Significados da escolha vocacional na área da oncologia .....	42
Quadro 3 - Sentimentos vivenciados mediante a morte do paciente com câncer .....	48
Quadro 4 - Significados atribuídos às dificuldades mediante a morte do paciente com câncer .....	52
Quadro 5 - Significados atribuídos à morte de pacientes com câncer .....	56

## LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
IARC	Agência Internacional para Pesquisa em Câncer
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
SUS	Sistema Único de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	13
1.1	A escolha do tema .....	14
1.2	Revisão da literatura .....	19
2	OBJETIVOS .....	27
2.1	Objetivo geral .....	28
2.2	Objetivos específicos .....	28
3	MÉTODO .....	29
3.1	Delineamento do estudo .....	30
3.2	Local do estudo .....	30
3.3	População/Amostra .....	30
3.4	Critérios de inclusão .....	30
3.5	Critérios de exclusão.....	31
3.6	Procedimentos para coleta de dados .....	31
3.7	Coleta de dados .....	31
3.8	Análise dos dados .....	33
3.9	Aspectos éticos .....	33
4	RESULTADOS .....	35
4.1	Significados da escolha vocacional na área da oncologia .....	41
4.2	Sentimentos vivenciados mediante a morte do paciente com câncer	48
4.3	Significados atribuídos às dificuldades mediante a morte do paciente com câncer .....	52
4.4	Significados atribuídos à morte do paciente com câncer .....	55
5	DISCUSSÃO .....	59
5.1	Significados da escolha vocacional na área da oncologia .....	63
5.2	Sentimentos vivenciados mediante a morte do paciente com câncer	69
5.3	Significados atribuídos às dificuldades mediante a morte do paciente com câncer .....	73
5.4	Significados atribuídos à morte do paciente com câncer .....	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	80

REFERÊNCIAS .....	83
APÊNDICES .....	92
ANEXO .....	97

## 1 INTRODUÇÃO

---

## 1.1 A escolha do tema

A única certeza que o ser humano tem em sua vida é que um dia irá morrer, e abordar essa temática em nossa cultura ocidental, que vê a morte como algo que deve ser evitado e escondido das conversas cotidianas, se torna um grande desafio, principalmente quando se discute sobre isso no dia-a-dia dos profissionais de saúde. Percebe-se que, em nossa formação, nós fomos preparados para curar os pacientes, mas geralmente não fomos “preparados” para lidar com a morte, e quando nos deparamos com essa situação, ela pode nos causar certa impotência por não termos conseguido curar o paciente e evitar que essa pessoa fosse a óbito. Além disso, quando se fala sobre morte, ela nos remete à ideia de que nós somos seres finitos, ou seja, que não somos eternos nessa vida terrena, e esse fato pode nos causar angústia por não termos o controle de impedir que isso aconteça. Afinal, esse é um acontecimento que não pode ser evitado, pois faz parte da vida e do desenvolvimento humano (KOVÁCS, 2015).

Em 2014, fiz parte da Residência Multiprofissional, na área da saúde do adulto em uma instituição pública da região do Triângulo Mineiro, que tem como objetivo preparar a inserção qualificada de jovens profissionais da área da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa referida residência é considerada uma pós-graduação *latu sensu* com duração de dois anos. No primeiro ano, os coordenadores responsáveis pela mesma nos disseram para que atuássemos em um hospital de nível terciário e que um dos setores de atuação seria o da Oncologia/Hematologia. No segundo ano, nós atuamos no nível primário em uma Unidade Matricial de Saúde localizada em uma cidade do Estado de Minas Gerais. Nesse caso, eu irei falar sobre o primeiro ano, que foi o que mais me marcou durante a minha trajetória na residência multiprofissional e que fez despertar meu interesse em realizar essa pesquisa.

Confesso que durante o meu curso de graduação em Terapia Ocupacional não tive a oportunidade de trabalhar com pacientes com câncer. Apenas tive experiência em uma visita acadêmica que realizamos em um Hospital de Câncer que se localizava no interior de Minas Gerais, onde uma terapeuta ocupacional que trabalhava com crianças com câncer nos disse sobre a atuação desse profissional na área da oncologia. Assim, quando eu fui atuar no setor da Oncologia/Hematologia juntamente com outros residentes multiprofissionais das categorias profissionais de fisioterapia,

psicologia, enfermagem, educação física e biomedicina, era algo novo para mim, e ao mesmo tempo desafiador. Neste sentido, recorri a literatura sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional em oncologia, para que minhas práticas profissionais fossem todas embasadas cientificamente levando sempre em consideração as necessidades dos pacientes e as atividades que eram significativas para os mesmos e concomitante trabalhar de forma multiprofissional (DE CARLO; QUEIROZ, 2008; OTHERO, 2010).

No setor supracitado, havia as categorias profissionais de medicina, enfermagem e técnicos de enfermagem. Quando fomos apresentados pela coordenadora da residência da área da saúde do adulto, que no caso era a minha orientadora, para a enfermeira responsável deste setor, a mesma, de imediato, ficou feliz pela nossa presença e nos apresentou todos os profissionais de sua equipe que realizava assistência aos pacientes com câncer.

Em relação ao trabalho da equipe multiprofissional da residência, avaliávamos os pacientes com câncer e após discutíamos os casos para propor um plano terapêutico para que pudéssemos ajudá-los em suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Essa discussão era realizada semanalmente em um local reservado do hospital juntamente com a minha orientadora.

Após dois meses de atuação no setor da Oncologia/Hematologia, a equipe multiprofissional da residência começou a presenciar a morte de vários pacientes com câncer, principalmente a daqueles que tinham leucemia, doença maligna dos glóbulos brancos que tem como principal característica o acúmulo de células jovens (blásticas) anormais na medula óssea que substituem as células sanguíneas normais (INCA, 2014). A morte dessas pessoas não era discutida entre os profissionais de saúde que cuidavam do paciente, apenas se falava que o paciente havia morrido e o trabalho em seguida era realizado com os demais pacientes.

No decorrer do tempo, outros pacientes morriam pelas complicações clínicas do câncer. Entre eles, dois me marcaram profundamente com suas mortes, por serem extremamente jovens e por eu ter criado um vínculo muito forte com os mesmos. O primeiro tinha o diagnóstico de leucemia mieloide aguda, câncer que se caracteriza por um aumento rápido no número de células imaturas no sangue, o que faz com que a medula óssea seja incapaz de reproduzir células sanguíneas saudáveis resultando em uma queda na contagem de glóbulos vermelhos, plaquetas e de leucócitos normais (INCA, 2014), estava com 23 anos e falava constantemente que quando se curasse iria fazer um curso de engenharia. Eu percebia que todos os profissionais

havam criado um vínculo com este paciente, inclusive nós da residência multiprofissional. Lembro que quando foi o dia do seu aniversário, fizemos uma festa para ele. Enfeitamos seu quarto com balões, compramos bolo, suco, e posteriormente cantamos parabéns. Como foi bom ver este momento de alegria daquele paciente e de seus familiares, mas também já presenciei momentos tristes em sua internação como vômitos, náuseas, perda de cabelo e fadiga que são efeitos colaterais do tratamento quimioterápico.

Em um dos atendimentos, ao adentrar em seu quarto, o mesmo disse que não estava muito bem, apresentava dispneia solicitando que voltasse em um outro horário, respeitando sua solicitação, fui atender outros pacientes e realizando as anotações nos prontuários.

Neste intervalo, fui informado que ele apresentou outras complicações e foi necessário entubá-lo. Naquele momento, me senti triste e fui ver o paciente. Ao entrar em seu quarto, vi aquele ser humano sobre o seu leito e entubado, logo veio a meus pensamentos o desejo de fazer uma oração para este paciente. Fiz uma prece e solicitei a uma força superior que acredito ser Deus que o protegesse e o amparasse naquele momento difícil que estava passando em sua vida.

Por volta das 18 horas, os médicos chamaram os familiares do paciente e disseram que, infelizmente, ele havia morrido em decorrência das complicações do câncer. Solicitaram a intervenção do profissional de psicologia para poder acolher aqueles familiares. Como eu estava também atendendo aquele paciente e tinha vínculo forte com a família, solicitei ao profissional da psicologia para acompanhá-lo para dar suporte e apoio aos familiares do paciente que havia morrido. Após esse período, eu entrei no quarto, onde se encontrava o paciente, e ver aquele corpo sem vida, me despertou certa angústia e me fez refletir que realmente não temos controle sobre nada na vida e recordo-me de ter me despedido com uma oração, e pedido a Deus que o amparasse nesse momento.

Na manhã seguinte, ao entrar no setor, percebia silêncio e tristeza no rosto de todos os profissionais que atenderam o paciente, mas apenas falavam que ele havia morrido e não comentavam mais nada sobre o assunto.

O segundo paciente tinha o diagnóstico de linfoma de burkitt, tipo de câncer chamado linfoma não Hodgkin, muito agressivo, originário dos gânglios ou linfonodos, organismos essenciais no combate a infecções (INCA, 2014), com idade de 28 anos e relatava que estava assustado com a doença e que tinha medo de morrer. Durante

as intervenções terapêutico-ocupacionais, eu estava trabalhando com esse paciente justamente a parte emocional, por meio de atividades que eram significativas para aquela pessoa. Esse paciente estava casado e durante as intervenções mencionava o desejo de ser pai. Sabe-se que o tratamento quimioterápico pode afetar a capacidade reprodutiva (fertilidade) da pessoa, e que antes de realizar a primeira sessão de quimioterapia, esse paciente havia recebido a notícia de que sua esposa estava grávida. Lembro-me que o mesmo ficou muito feliz com a notícia e me relatou que se um dia ele fosse morrer, antes disso gostaria de pegar seu filho (a) nos braços.

Próximo aos nove meses de tratamento, infelizmente o câncer se espalhou (metástase) para o cérebro desse paciente, ocasionando paralisia facial, entre outras complicações. Esse paciente relatava que estava com dispneia, fadiga e que desejava ver o seu filho (a) antes de morrer, e dizia que sua morte estava próxima. Ele solicitou à sua mãe que gravasse um vídeo dele para o seu filho (a) e assim foi feito.

Aos nove meses de gravidez, próximo ao momento de realizar o parto, a sua esposa, conhecendo o desejo de seu marido, conversou com a equipe médica se poderia antecipá-lo. Assim, a equipe médica avaliou essa mãe e conversou com todos os profissionais de saúde que estavam acompanhando aquele caso, e optaram, a pedido da esposa e dos familiares daquele paciente, por antecipar o parto, já que após a avaliação clínica dos médicos foi constatado que esse procedimento não ocasionaria riscos à saúde da mãe ou a seu bebê.

Na manhã seguinte, após o parto, eu estava no setor e fui convidado pela mãe desse paciente a tirar uma foto dele com o seu filho. Ao entrar no quarto, o paciente disse para mim que havia realizado o seu maior desejo e que agora poderia descansar em paz. Horas depois, esse paciente morreu.

No outro dia, novamente, quando fui realizar os atendimentos no setor, percebia mais uma vez que a equipe de saúde parecia estar triste em relação à morte daquele paciente, mas esse assunto não era discutido, pela falta de educação permanente a esses profissionais a respeito de assuntos voltados a finitude da vida/morte e cuidados paliativos, e cada um procurava atender outros pacientes.

Ao longo de um ano, vários pacientes com câncer morreram. Certa vez, alguns profissionais de saúde que trabalhavam no setor de Oncologia/Hematologia disseram para mim e para a equipe multiprofissional da residência que não estavam conseguindo lidar com a morte desses pacientes e que estavam se sentindo tristes, angustiados, impotentes e que precisavam ser acolhidos. Outros haviam pedido para

a chefia para mudar de setor por não estar conseguindo mais trabalhar com aqueles pacientes com câncer, principalmente em decorrência da morte. Ressalta-se que os residentes multiprofissionais relatavam que também estavam precisando ser acolhidos e que estavam com dificuldades em lidar com a morte dos pacientes.

Dessa forma, nós residentes fomos conversar com a nossa coordenadora, que posteriormente seria a minha orientadora de mestrado, sobre a necessidade que esses profissionais de saúde relataram em serem acolhidos. Após essa conversa, decidimos criar um projeto de extensão intitulado “Cuidando de quem Cuida” registrado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), com o objetivo de cuidar desses profissionais de saúde. Nesse projeto, realizávamos atividades expressivas para trabalhar o emocional desses profissionais. Essas atividades eram realizadas quinzenalmente.

Em uma das reuniões com a minha tutora, que era terapeuta ocupacional e responsável por me orientar nas intervenções específicas da terapia ocupacional, relatei que nós residentes também tínhamos a necessidade de sermos acolhidos. Como ela era especialista na área de arteterapia, decidiu realizar algumas atividades expressivas para trabalhar a nossa habilidade de regulação emocional, no intuito de cuidar da nossa saúde mental e nos proporcionar momentos de lazer e interação. Tais atividades eram realizadas uma vez por mês na Casa da Residência Multiprofissional da UFTM.

Ao perceber durante a minha trajetória na residência multiprofissional as dificuldades que eram relatadas por esses profissionais em relação à temática morte, principalmente nesse projeto de extensão, eu decidi conversar com minha orientadora sobre a possibilidade de desenvolver e escrever um projeto de mestrado que abordasse esse assunto, para que pudéssemos compreender os motivos que levavam os profissionais de saúde a trabalhar na área da oncologia, quais eram os sentimentos despertados frente à morte de seus pacientes com câncer, quais as dificuldades enfrentadas ao lidar com a morte desses pacientes e quais eram os significados que eram construídos em relação a essa morte. Nesse caso, eu queria conhecer a visão multiprofissional sobre esse assunto e tive a felicidade da minha orientadora aceitar me orientar.

Assim, acredito que iniciar um estudo sobre os significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer poderia nos proporcionar a oportunidade de compreender os questionamentos supracitados, a fim

de que possamos desenvolver posteriormente algumas ações, no intuito de acolher esses profissionais e ao mesmo tempo criar espaços para discutir sobre a temática morte, que é considerada um tabu pela nossa cultura ocidental. Afinal, a única certeza que nós temos é da nossa mortalidade e discutir esse assunto se faz necessário, principalmente com os profissionais de saúde que trabalham com pacientes com câncer e lidam diariamente com a finitude da vida.

## 1.2 Revisão da literatura

A morte se constitui como um dos temas mais temidos e ignorados pela sociedade e pelos indivíduos. Esse processo natural, que complementa a vida, mas que muitos acreditam ser oposto a ela, é uma das poucas realidades concretas para todos os seres vivos (SANTOS; BUENO, 2011; BENEDETTI et al., 2013).

Sabe-se que, no decorrer da história, a morte é um evento social fundante da humanidade, fazendo parte de seu desenvolvimento, acompanhando seu ciclo vital e deixando suas marcas (GIACOMIN; SANTOS; FIRMO, 2013). Em cada cultura, é percebida como um universo de símbolos e significados (COMBINATO; QUEIROZ, 2011; GIACOMIN; SANTOS; FIRMO, 2013).

Esse evento inevitável da vida pode ser visto de modos diferentes, como o fim de um organismo vivo, um processo social, ou um momento de transcendência (KUHN; LAZZARI; JUNG, 2011). Embora os conceitos ou concepções de morte sejam variados, eles mantêm características comuns entre si, tais como a parada das funções vitais, a separação do corpo e da alma e/ou o estágio final do desenvolvimento humano (KUHN; LAZZARI; JUNG, 2011; FERREIRA; WANDERLEY, 2012; BARBOSA; MASSARONI; LIMA, 2016).

Observa-se que na Idade Média a morte era um evento considerado natural, domiciliar e familiar, com amplo significado religioso. Nessa época, tanto a morte quanto o adoecimento eram atrelados à vontade divina. A pessoa adoecida cumpria uma espécie de ritual; pedia perdão por suas faltas, legava seus bens e, posteriormente, esperava que a morte a levasse (SANTOS; BUENO, 2011; ARIÈS, 2012; SANTOS; HORMANEZ, 2013; ABRÃO et al., 2013).

No entanto, a partir do século XX, a morte começou a ser compreendida como um evento vergonhoso, deixando de ser percebida como um fenômeno natural, passando a ser vista como sinônimo de fracasso e impotência, fato que se deve aos

avanços tecnológicos, bem como ao afastamento do pensamento religioso (ARIÈS, 2012). Desse modo, a cultura ocidental transformou a morte em tabu, considerando-a um momento de fragilidade e vergonha, escondido das crianças e excluído das conversas cotidianas (KUHN; LAZZARI; JUNG, 2011; ARIÈS, 2012).

Cabe ressaltar que, em decorrência dos avanços tecnológicos, a medicina contribuiu para consolidar uma mudança decisiva na representação coletiva da morte (SANTOS; HORMANEZ, 2013; KOVÁCS, 2014). Sendo que o processo de viver prolongou-se de uma forma exponencial nas últimas décadas, demonstrando que a morte é encarada não mais como um episódio e sim como um processo às vezes até prolongado, demorando anos e mesmo décadas dependendo da enfermidade (KUSTER; BISOGNO, 2010; HERMES; LAMARCA, 2013). Isso se deve ao avanço dos conhecimentos e tecnologias médicas na prevenção e no tratamento das doenças, que possibilitaram um aumento considerável na expectativa de vida da população. As pessoas passaram a sobreviver até uma idade avançada, e geralmente se encaminham para morrer no hospital, em vez de em casa como ocorria no passado, o que torna mais comum para os profissionais lidar com estas situações de morte de seus pacientes (KOVÁCS, 2015).

Entretanto, junto com o prolongamento da vida, os profissionais de saúde começaram a perceber que, mesmo não havendo cura para algumas enfermidades, há uma possibilidade de atendimento com ênfase nos cuidados aos pacientes (HERMES; LAMARCA, 2013).

Isso vai ao encontro do que Fernandes et al. (2013) nos traz sobre o ato de cuidar, que é uma atividade humana que objetiva promover o bem-estar do ser fragilizado. Ainda de acordo com essas autoras, o cuidado é parte integrante da vida. Sem ele, o ser humano não conseguiria sobreviver. É uma relação de afetividade que se configura numa atitude de responsabilidade, atenção, preocupação e envolvimento com o cuidador e o ser cuidado. Nesse sentido, torna-se necessário que o profissional de saúde esteja preparado para cuidar dos pacientes, compreendendo suas reações e comportamentos, visando atender suas necessidades durante o processo de morte e morrer (KUSTER; BISOGNO, 2010; HERMES; LAMARCA, 2013).

Vale ainda, ressaltar que o perfil demográfico do Brasil vem sofrendo mudanças em consequência dos avanços da ciência e da tecnologia, do processo de urbanização populacional e da industrialização (INCA, 2014). Esse processo de mudança demográfica associado à transformação nas relações entre as pessoas e

seu ambiente, trouxe uma alteração importante no perfil de morbimortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas, prevalecendo o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que são geralmente de desenvolvimento lento e com longa duração. Algumas levam um maior tempo para serem curadas e em alguns casos, não tem cura (GOULART, 2011; INCA, 2014).

Entre as DCNT destaca-se o câncer, que tem merecido particular importância no olhar das políticas e das organizações de saúde, tanto no Brasil quanto no cenário internacional (CORDEIRO et al., 2013). Essa doença é a segunda principal causa de morte no mundo e é caracterizada pela multiplicação anormal de células em determinados órgãos do corpo, afetando as células normais e produzindo novos focos invasivos à distância (metástases), resultando em uma degradação funcional severa na pessoa acometida (GOURLART, 2011; INCA, 2014). Salieta-se que a incidência dessa doença em nosso país e no mundo cresce paralelamente ao ritmo do envelhecimento populacional resultante do aumento da expectativa de vida (CORDEIRO et al., 2013).

De acordo com a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) houve 14,1 milhões de casos novos de câncer, com um total de 8,2 milhões de mortes em todo o mundo no ano de 2012. E para o ano de 2030, estima-se que, em todo mundo, o número de casos novos de câncer será de 21,4 milhões e o número de mortes, em torno de 13,2 milhões (INCA, 2014).

Além desses dados alarmantes a respeito do câncer, a literatura traz que essa doença possui uma representação social negativa por estar associada à ansiedade e ao medo, à dor e à perda, inclusive sendo vista pela sociedade como sinônimo de sofrimento e de morte (CARVALHO, 2014). Dessa forma, tanto o paciente com câncer quanto a sua família, além do acompanhamento técnico, poderão requerer suporte emocional dos profissionais de saúde que os acompanham (CARVALHO, 2014). Percebe-se, assim, que esses profissionais devem se preparar cientificamente e psicologicamente buscando compreender seus próprios sentimentos, para que possam dar a atenção necessária ao paciente com câncer, ajudando-o até mesmo a se preparar para a morte (KAPPAUN; GOMEZ, 2013).

No que diz respeito à morte, os profissionais da área da saúde, em sua maioria, têm dificuldade em mudar uma visão curativa e reconhecer quando o paciente se encontra fora das possibilidades terapêuticas de cura, e que acabará morrendo em virtude de sua doença (KAPPAUN; GOMEZ, 2013; MACHADO et al., 2016). Esse fato

pode ser explicado, pois em sua formação, geralmente, eles são preparados desde a graduação para recuperar a saúde e preservar a vida; e a ocorrência da morte de seus pacientes os faz refletir em sua própria finitude e na de seus familiares (OLIVEIRA et al., 2013). Essa dificuldade em lidar com a morte tem provocado problemas que atingem diretamente o sistema de saúde público e privado do país, especialmente em virtude do adoecimento dos profissionais (KUSTER; BISOGNO, 2010; SANTOS; BUENO, 2011; KUNH; LAZZARI; JUNG, 2011). Corroborando com estudos que mostram que a convivência da morte faz parte do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, pode lhes causar sobrecarga emocional, ansiedade e depressão (OLIVEIRA et al., 2013; SANTOS; HORMANEZ, 2013). Esta vivência com a finitude pode gerar sofrimento para os profissionais que lidam com a morte de seus pacientes com câncer (SANTOS; BUENO, 2011; OLIVEIRA et al., 2013; SANTOS; HORMANEZ, 2013; MARTI-GARCIA et al., 2014).

Quanto a isto, outra questão importante a ser destacada é que o processo de morte do paciente com câncer gera um processo de luto do profissional de saúde, que é uma resposta subsequente a uma perda. Para que ele aconteça, é necessário que haja uma perda significativa antes (CORRÊA, 2010), que no contexto dessa pesquisa é a perda de pacientes com câncer com quem o profissional de saúde havia estabelecido um vínculo afetivo.

Autores como Parkes (1998, p.24) nos auxiliam a compreender o luto, definindo-o como uma “reação à perda, a perda de uma pessoa, em especial uma pessoa amada”. Para Bolwby (2002) em seu livro intitulado “Apego e perda: a natureza do vínculo” a primeira experiência de perda que vivenciamos em nossa vida surge na infância, quando a ausência da mãe é percebida pelo bebê, que sente que esta não é onipresente. Essa ausência é sentida como morte, porque gera neste indivíduo um sentimento de solidão e desamparo, porém são momentos rápidos, com rápido retorno da mãe. Para esse autor, o luto seria um processo normal e esperado de elaboração de perdas e é importante para o desenvolvimento da saúde mental da pessoa, já que proporciona a reconstrução de recursos de adaptações às mudanças. Assim, diante do luto de um ente querido, o enlutado é obrigado a dar algum sentido àquela perda a fim de retomar o curso de sua vida e sua relação com o mundo.

O processo de elaboração à perda, o enlutamento, segue algumas fases, com sentimentos próprios e inerentes a cada etapa (BOSCO, 2008). Para Parkes (1998), o enlutamento é uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem,

sendo a primeira fase a do entorpecimento, que dá lugar à saudade ou à procura pelo outro, seguida da desorganização e do desespero, surgindo somente depois a fase de recuperação (BOSCO, 2008). Dessa forma, um processo de luto saudável é aquele em que há aceitação da modificação do mundo externo, ligada à perda definitiva do outro, e a consequente modificação do mundo interno e representacional, com reorganização dos vínculos que permaneceram (KOVÁCS, 2015).

A qualidade da expressão dos sintomas, bem como o tempo de duração das fases do luto, não segue um padrão ou uma regra, mas assume diferentes formas, de acordo com o desenvolvimento emocional de cada pessoa (KOVÁCS, 2015). Um dos fatores de suma importância no processo de elaboração do luto é a qualidade do vínculo estabelecido entre o enlutado e o objeto perdido (BOLWBY, 2002; BOSCO, 2008).

Quando a pessoa não dispõe de recursos psicológicos próprios para elaborar a perda, ocorre o que se chama de luto patológico, atualmente, mais conhecido como luto complicado, que é a exacerbação dos processos presentes no luto normal, com uma duração muito longa e com características de obsessão que o configuram como um processo patológico (BOLWBY, 2002; KOVÁCS, 2015). Uma das características deste luto aparece quando a pessoa experimenta uma desorganização prolongada que a impede de retomar suas atividades com a qualidade anterior (BRAZ; FRANCO, 2017).

Nos dias atuais, percebe-se que há uma preocupação de pesquisadores em ampliar a investigação sobre o luto e sobre as consequências que uma perda pode ocasionar na pessoa enlutada. Dentre os aspectos abordados, destacam-se: o relacionamento com os outros, a construção de uma narrativa ou biografia do morto, efeitos positivos relacionados à perda e crescimento pessoal (FRANQUEIRA; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2015). Nesse sentido, a teoria da construção de significados tem ganhado espaço, e um dos pesquisadores contemporâneos que tem estudado o tema da construção de significados na vida do enlutado é Neimeyer (SEBASTIÃO, 2017).

A construção de significados de acordo com esse autor é embasada no construcionismo (construtivismo), em que a pessoa é vista como uma construtora ativa de significados e tem por base a ideia de que os sistemas humanos, desde o indivíduo singular às organizações e comunidades, procuram constantemente seu lugar no mundo e dar significado às suas experiências (NEIMEYER, 2007).

De acordo com Sebastião (2017), o construcionismo acaba defendendo o papel ativo das pessoas na construção de suas experiências humanas e a atribuição de significado em face a essas experiências é um processo de construção por parte desse indivíduo que recorre à linguagem para dar significado e para expressar dimensões importantes da sua experiência no mundo. E se preocupa em explicar os processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam, ou representam o mundo em que vivem.

Nesse sentido, Neimeyer (2007), com base no construcionismo, defende um novo paradigma para a compreensão do luto, ao afirmar que a construção de significados é um processo ativo diante da perda. A narrativa escolhida pelo enlutado para contar a sua história de perda e os significados atribuídos a ela são de vital importância para o desenvolvimento de um luto saudável.

É por meio das narrativas que organizamos, damos significado ao mundo. Em razão disso, elas estruturam o nosso sentido de individualidade, o que possibilita ao investigador obter dados importantes em relação à forma como a pessoa constrói seus significados perante a perda de alguém que foi significativo em sua vida (NEIMEYER, 2007).

Para Franqueira (2013), as narrativas são formas de sobrevivência através da construção de novos significados que dão sentido ao abalo que desorganizou vidas. Vista dessa forma, a narração torna-se uma ferramenta que permite esclarecer o mundo e dar-lhe um novo sentido. Ademais, o ato de narrar está associado a um processo de autorreflexão, onde a pessoa, ao narrar a sua experiência está a relatar sua vida e sua própria história (NEIMEYER, 2007; SEBASTIÃO, 2017).

Para Neimeyer, um denominador comum da maioria das teorias tradicionais sobre o luto é a identificação de uma série de etapas ou fases de adaptação, começando com a morte real e iminente de um ente querido e que se segue por uma espécie de “peregrinação” por meio de vários tipos de reações emocionais até que a pessoa afetada encontre a recuperação diante da perda (NEIMEYER, 2007; FRANQUEIRA, 2013). Assim, em sua perspectiva, muitos pesquisadores ainda ficam engessados em modelos antigos, não validando em suas pesquisas novos métodos e novos conceitos a serem revelados nos estudos sobre o luto, baseando-se numa concepção antiga de luto, provocada pela publicação da obra de Elisabeth Kübler-Ross, em 1969, intitulada “Sobre a morte e o morrer” que dominou o século XX e na qual se seguia as fases de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação

(FRANQUEIRA, 2013). Interpretações “errôneas” desta concepção concluíram que um processo “normal” de luto seria aquele que respeitasse a sequência de fases esperadas a cada período até o momento em que estivesse solucionado. Quaisquer manifestações diferentes desse padrão implicavam em um processo patológico. Depois de algum tempo do domínio desse modelo, o foco das pesquisas começou a mudar, já que alguns pesquisadores começaram a colocar em questão se os estados emocionais deveriam ser o centro das atenções no processo de luto ou se os significados aprendidos após a morte de alguém e as ações apreendidas pelas pessoas não seriam mais importantes (FRANQUEIRA, 2013).

Nota-se, assim, que Neimeyer é um crítico das teorias tradicionais sobre o luto e questiona se as pessoas que sofreram perdas ou processos de luto vivenciam, necessariamente, uma recuperação, tendo passado por uma sequência universal de etapas ou tarefas. Esse autor não acredita que as pessoas afetadas pela perda superem toda uma série de transições psicológicas provocadas por acontecimentos externos sem a necessidade de ação. Além desses aspectos, questiona se as respostas emocionais devem ser o foco principal das teorias do luto, excluindo ou minimizando a importância dos comportamentos e significados, levantando-se, assim, dúvidas sobre o viés individualista das teorias tradicionais do luto que tendem a compreender a elaboração do mesmo como um processo totalmente privado, experimentado fora do contexto relacional (NEIMEYER, 2007).

Apesar de a perda ser algo comum na vida das pessoas, os significados que se atribui a ela são únicos e particulares. Desse modo, após a perda, os enlutados têm que procurar não só o sentido para a perda ocorrida, mas também o novo sentido para as suas próprias vidas, o que torna a construção e reconstrução de significado uma prioridade no processo de luto, ou seja, a construção de significado sobre a perda pode contribuir para a adaptação à mesma (NEIMEYER, 2007)

Diante disso, Neimeyer propôs um modelo de luto com base no construcionismo ou na construção narrativa de sentido, após a ocorrência de uma perda significativa que a pessoa vivencia no decorrer da sua vida, o que permite revelar como é a realidade da morte ou da perda para cada pessoa, em vez de afirmar que a morte tem um significado universal para todos os indivíduos. Esse referencial teórico sobre a construção de significados na vida do enlutado nos permite compreender que os significados atribuídos à morte, apesar de ser um fenômeno universal para todos os seres humanos, independentemente do seu contexto histórico,

cultural ou familiar, são pessoais, e, portanto, diferentes para cada pessoa (NEIMEYER, 2007).

Com base nessas informações, apesar das diferentes categorias profissionais que cuidam de pessoas com câncer vivenciarem a morte de seus pacientes diariamente, os sentidos e os significados que irão construir e atribuir a esse acontecimento inevitável da vida serão diferentes e únicos para cada um desses indivíduos. Assim, compreender os significados da morte para esses profissionais dará a oportunidade de compreender a maneira como eles atribuem os significados à morte de pessoas com câncer, e frente a esse conhecimento, poderemos desenvolver posteriormente algumas ações com o objetivo de acolhê-los e ao mesmo tempo criar espaços para discutir a temática morte, que é considerada um tabu por nossa cultura ocidental. Afinal, a única certeza que temos em nossa vida é da nossa mortalidade, e discutir sobre esse assunto se faz necessário com esses profissionais de saúde, por lidarem constantemente com a finitude da vida no decorrer do exercício de sua atividade laboral na área da oncologia.

Além disso, a literatura mostra que a ocorrência da morte para os profissionais de saúde não é um fenômeno vivido de forma natural, mas acompanhado de inúmeras dificuldades, que sugerem que o sofrimento resultante do contato rotineiro com situação de terminalidade quase sempre é velado e silenciado; e há poucos estudos dedicados a analisar os significados da morte para os profissionais de saúde, embora tenha despertado interesse crescente nos últimos anos (SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013). Daí a importância de se realizar esse estudo, que tem como questão norteadora: Qual é a construção dos significados da morte para os profissionais de saúde, frente ao cuidado à pessoa com câncer?

## **2 OBJETIVOS**

---

## **2.1 Objetivo geral**

Esta pesquisa tem, como objetivo geral, compreender a construção dos significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer.

## **2.2 Objetivos específicos**

Os objetivos específicos são:

- a) Caracterizar os profissionais de saúde participantes deste estudo em relação ao perfil sociodemográfico;
- b) Identificar os motivos que os levaram a atuar na área da oncologia;
- c) Identificar os sentimentos despertados nesses participantes diante da morte de seus pacientes com câncer;
- d) Identificar as dificuldades que esses profissionais de saúde enfrentam ao lidar com a morte de seus pacientes com diagnóstico de câncer;
- e) Apreender os significados construídos frente à morte de seus pacientes com câncer.



### **3.1 Delineamento do estudo**

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Optou-se por esse tipo de abordagem por ela possibilitar explorar aspectos de uma dada situação e descrever as características de uma determinada população ou fenômeno (SABATÉS; BORBA, 2005; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006; GIL, 2010). Este desenho metodológico admite que o homem seja capaz de refletir sobre si mesmo, e através das interações sociais vir a constituir-se como pessoa. Além desses aspectos, tem ainda como objetivo interpretar o fenômeno que observa. Não existem hipóteses pré-concebidas, pois estas são constituídas após a observação do fenômeno estudado (ABREU; BALDANZA; GONDIM, 2009; MINAYO, 2014).

### **3.2 Local do estudo**

Este estudo foi realizado em ambiente *online*, que é um modo de realizar a pesquisa qualitativa no contexto de trabalho de pesquisa na *internet*, e pode ser vantajoso para poder integrar participantes que não sejam facilmente acessíveis, por viverem em lugares distantes. Além disso, o pesquisador tem a possibilidade de utilizar ferramentas de comunicação, tais como *chats* ou videoconferências, como recursos para o contato e interação com os participantes da pesquisa (FLICK, 2009).

### **3.3 População/Amostra**

A população deste estudo foi composta por 34 profissionais de saúde que atuam no contexto hospitalar e cuidam de pacientes com câncer em instituições públicas de saúde localizadas nos estados de Minas Gerais, São Paulo, Distrito Federal e Paraná.

### **3.4 Critérios de inclusão**

- a) Profissionais de saúde que cuidam de pacientes com câncer e vivenciam a possibilidade de finitude dos mesmos;
- b) Ter aceitado participar da pesquisa, a partir da interação *online*. Uma vez

participando *online* da pesquisa, por meio da entrevista, o participante estará declarando o consentimento para participar.

### **3.5 Critérios de exclusão**

- a) Profissionais de saúde que não atendem pacientes com câncer.

### **3.6 Procedimentos para coleta de dados**

Para a seleção dos participantes, utilizou-se a técnica *snowball sampling* (bola de neve) que possibilita a identificação de participantes para a pesquisa indicando pessoas que compartilham ou conhecem outras que possuem características de interesse para o estudo (VINUTO, 2014).

Inicialmente, para a execução da população não probabilística da bola de neve foram contatados, por meio do contato *online* (*e-mail*), profissionais de saúde que cuidam de pessoas com câncer e que trabalham na área hospitalar em uma instituição pública da região do Triângulo Mineiro. Esses profissionais contatados ajudaram o pesquisador a iniciar seus contatos também *online* e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, foi solicitado às pessoas indicadas por esses profissionais que indicassem novos contatos com as características desejadas por esta pesquisa, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente. Dessa forma, o pesquisador responsável pôde entrevistar diferentes categorias profissionais que atuam no contexto hospitalar e que cuidam de pacientes com câncer em instituições públicas de saúde localizadas nos estados de Minas Gerais, São Paulo, Distrito Federal e Paraná.

Para a definição do número de participantes, utilizou-se o critério de saturação dos dados, como é comum em pesquisa qualitativa, que consiste na suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados das entrevistas passam apresentar redundância ou repetição, não sendo relevante persistir na coleta (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

### **3.7 Coleta de dados**

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado,

construído no programa do *Microsoft Word* versão 2010 e submetido à revisão de um profissional de saúde especialista em morte e luto.

Este roteiro continha questões sobre as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa (nome, sexo, idade, data de nascimento, grau de escolaridade, estado civil, religião, profissão, especialidade, local de trabalho e tempo de trabalho no cuidado à pessoa com câncer) e cinco perguntas norteadoras: Quais motivos o (a) levaram a escolher trabalhar junto à pessoa com câncer?; Na sua perspectiva, qual o significado que você atribui ao câncer?; Quais sentimentos são despertados em você diante da morte de seu paciente com câncer?; Para você, quais dificuldades os profissionais de saúde enfrentam ao lidar com a morte de pacientes com câncer?; Na sua perspectiva, qual o significado/sentido que você atribui à morte de uma pessoa com câncer que está sob seus cuidados?

As entrevistas foram realizadas individualmente, em ambiente *online*, no período de março a abril de 2017, com os participantes que foram selecionados a partir dos critérios de inclusão. Teve a duração aproximada de uma hora, aconteceu por meio de ferramentas da tecnologia de comunicação (*chats* ou videoconferência) e se deu em horários agendados pelo próprio participante em sua melhor conveniência após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi enviado a seu *e-mail*. Depois de ter lido, se esclarecido e aceito o convite, o participante assinou o mesmo e o enviou ao *e-mail* do pesquisador responsável. Salienta-se que todos os participantes foram orientados sobre os objetivos do estudo, a metodologia que seria utilizada, receberam a garantia de que não seriam identificados e do sigilo das informações, além de serem notificados quanto à liberdade de se recusarem ou saírem a qualquer tempo desse estudo.

Dos 34 participantes deste estudo, apenas dois optaram ser entrevistados em ambiente *online* por videoconferência. Nesse caso, o áudio da entrevista foi gravado por meio de um gravador e as falas foram transcritas na íntegra, além de checadas duas vezes por dois pesquisadores para garantir sua fidedignidade.

Para os demais 32 participantes que optaram ser entrevistados em ambiente *online* por meio de *chats*, onde as entrevistas ficaram registradas por escrito (que era também uma das possibilidades de participar deste estudo), o conteúdo dos dados das mesmas foi analisado.

Para garantir o anonimato dos participantes, foram utilizadas letras para representar as seguintes categorias profissionais: E (enfermeiros), M (médicos), TO

(terapeutas ocupacionais), P (psicólogos), F (fisioterapeutas), N (nutricionistas), seguidas do número sequencial das entrevistas.

### **3.8 Análise dos dados**

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática, seguindo as fases de pré-análise; exploração do material; tratamento e interpretação dos resultados obtidos (MINAYO, 2014). Na pré-análise foi realizada uma leitura flutuante do material proveniente das entrevistas com o objetivo de haver impregnação desse conteúdo pelo pesquisador. Na exploração do material, os temas foram sendo agrupados conforme seus conteúdos, a partir das unidades de significado originadas do material, até se obter a formação de categorias. Já o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos foram embasados com os referenciais teóricos utilizados, que subsidiaram a formação das seguintes categorias: Significados da escolha vocacional na área da oncologia; Sentimentos vivenciados mediante a morte do paciente com câncer; Significados atribuídos às dificuldades mediante a morte do paciente com câncer; Significados atribuídos à morte do paciente com câncer.

Para melhor compreensão dos dados das entrevistas desses profissionais de saúde que cuidam de pacientes com câncer e que vivenciam a possibilidade de finitude dos mesmos, utilizou-se o referencial teórico de Robert A. Neimeyer sobre a “Construção dos Significados” perante o luto, que é embasado na teoria do construcionismo. Esse referencial teórico auxiliou o pesquisador na compreensão dos significados da morte para estes profissionais, pois apesar de a morte ser um fenômeno universal para todos os seres humanos, os significados atribuídos a ela são pessoais, e, portanto, diferentes para cada pessoa (NEIMEYER, 2007).

### **3.9 Aspectos éticos**

Por se tratar de uma investigação envolvendo seres humanos, essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM), sendo aprovada sob o parecer nº 1.781.468 como preconiza a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Com o propósito de atender aos princípios éticos da resolução supracitada,

cada participante envolvido na pesquisa foi informado sobre os objetivos da mesma, a metodologia que seria utilizada, teve a garantia de seu anonimato e do sigilo das informações, e a liberdade de se recusar ou sair a qualquer tempo do estudo sem penalização alguma.

As despesas básicas necessárias para a realização dos procedimentos deste estudo foram de responsabilidade dos pesquisadores, não acarretando ao participante gasto adicional. Não foi feito nenhum procedimento que lhe trouxesse qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Aquele que aceitou participar, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi enviado ao seu *e-mail*. Depois de ter lido, ser esclarecido e aceitado o convite, o participante procedeu à assinatura do mesmo e o enviou ao *e-mail* do pesquisador responsável.

## **4 RESULTADOS**

---

No que se refere ao perfil sociodemográfico, participaram deste estudo 34 profissionais de saúde que atuam no contexto hospitalar e que cuidam de pacientes com câncer em instituições públicas de saúde que estão localizadas nos estados de Minas Gerais, São Paulo, Distrito Federal e Paraná (Quadro 1).

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo

Nome	Sexo	Idade	Estado Civil	Religião	Profissão	Grau de Escolaridade	Especialidade	Tempo de trabalho na Área da Oncologia/Anos	Local do Trabalho/Estado
E1	Feminino	27	União estável	Católica	Enfermagem	Nível superior/pós-graduação	Oncologia em curso; Residência em Clínica Médica	4	Distrito Federal
E2	Feminino	29	Casada	Católica	Enfermagem	Nível superior/mestrado	Oncologia	7	Minas Gerais
E3	Masculino	28	Solteiro	Evangélico	Enfermagem	Nível superior/mestrado	Atenção à Saúde	2,4	Minas Gerais
E4	Feminino	33	Solteira	Católica	Enfermagem	Nível superior/mestrado	Cardiologia e Hemodinâmica	7	Minas Gerais
E5	Feminino	35	Solteira	Católica	Enfermagem	Nível superior/pós-graduação	Oncologia	2,4	Minas Gerais
E6	Feminino	29	Solteira	Não possui	Enfermagem	Nível superior/mestrado	Oncologia	5	Minas Gerais
E7	Feminino	36	Casada	Católica	Enfermagem	Nível superior/pós-graduação	Urgência e emergência	2	Minas Gerais
E8	Feminino	36	Solteira	Católica	Enfermagem	Nível superior/pós-graduação	Controle de Infecção Hospitalar	3	Minas Gerais
E9	Feminino	32	Casada	Não possui	Enfermagem	Nível superior/pós-graduação	Oncologia	9	Minas Gerais
E10	Feminino	30	Casada	Evangélica	Enfermagem	Nível superior/pós-graduação	Oncologia	5	Minas Gerais
M1	Feminino	33	Solteira	Espírita	Medicina	Nível superior/pós-graduação	Clínica médica; Geriatria	2	São Paulo
M2	Feminino	25	Solteira	Católica	Medicina	Nível superior/pós-graduação em curso	Residência em Radioterapia em curso	1	Distrito Federal
M3	Feminino	31	Solteira	Católica	Medicina	Nível superior/pós-graduação	Clínica Médica; Residência em Oncologia em curso	1,2	Distrito Federal
M4	Masculino	36	Casado	Espírita	Medicina	Nível superior/pós-graduação	Hematologia/Hemoterapia	9	Minas Gerais
M5	Feminino	30	Casada	Católica	Medicina	Nível superior/pós-graduação	Clínica Médica; Hematologia/Hemoterapia	4	Minas Gerais

<b>M6</b>	Feminino	45	Divorciada	Budista	Medicina	Nível superior/pós-graduação	Endocrinologia; Geriatria; Cuidados Paliativos e Dor	12	São Paulo
<b>TO1</b>	Feminino	25	Solteira	Espírita	Terapia Ocupacional	Nível superior/pós-graduação em curso	Residência Multiprofissional em Oncologia em curso	1,2	São Paulo
<b>TO2</b>	Feminino	49	Casada	Católica	Terapia Ocupacional	Nível superior/pós-graduação	Neurologia Clínica; Cuidados Paliativos	9	São Paulo
<b>TO3</b>	Feminino	25	Solteira	Católica	Terapia Ocupacional	Nível superior/pós-graduação em curso	Residência Multiprofissional em Oncologia em curso	1,1	Distrito Federal
<b>TO4</b>	Feminino	24	Solteira	Católica	Terapia Ocupacional	Nível superior/pós-graduação	Residência Multiprofissional em Oncologia	2,5	Distrito Federal
<b>TO5</b>	Feminino	33	Casada	Espírita	Terapia Ocupacional	Nível superior/mestrado	Contextos Hospitalares; Onco-Hematologia	7	Paraná
<b>TO6</b>	Feminino	29	Solteira	Espírita	Terapia Ocupacional	Nível superior	Aperfeiçoamento em Geriatria e Gerontologia	7	São Paulo
<b>TO7</b>	Feminino	25	Solteira	Espírita	Terapia Ocupacional	Nível superior/pós-graduação em curso	Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto em curso	1	Minas Gerais
<b>TO8</b>	Feminino	25	Solteira	Espírita	Terapia Ocupacional	Nível superior/pós-graduação	Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto	1	Minas Gerais
<b>P1</b>	Feminino	26	Solteira	Católica	Psicologia	Nível superior/pós-graduação	Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto	1	Minas Gerais
<b>P2</b>	Feminino	41	Casada	Não possui	Psicologia	Nível superior/doutorado	Psico-Oncologia	12	Distrito Federal
<b>P3</b>	Feminino	32	Casada	Não possui	Psicologia	Nível superior/pós-graduação	Psico-Oncologia	4,5	Minas Gerais
<b>F1</b>	Feminino	24	Solteira	Católica	Fisioterapia	Nível superior/pós-graduação em curso	Residência Multiprofissional em Oncologia em curso; Geriatria	1,2	São Paulo
<b>F2</b>	Feminino	28	Solteira	Espírita	Fisioterapia	Nível superior/pós-graduação	Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto	1	Minas Gerais

<b>F3</b>	Feminino	26	Solteira	Não possui	Fisioterapia	Nível superior/pós-graduação	Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto	1	Minas Gerais
<b>N1</b>	Feminino	26	Solteira	Católica	Nutrição	Nível superior/pós-graduação	Residência em Reabilitação Física; Residência Multiprofissional em Oncologia em curso	1,1	São Paulo
<b>N2</b>	Feminino	24	Solteira	Evangélica	Nutrição	Nível superior/pós-graduação em curso	Residência Multiprofissional em Oncologia em curso; Aperfeiçoamento em Nutrição Clínica em Cirurgia	3	São Paulo
<b>N3</b>	Feminino	29	Casada	Católica	Nutrição	Nível superior/pós-graduação	Terapia Nutricional Hospitalar Multiprofissional; Treinamento Interno em Cuidados Paliativos	4	São Paulo
<b>N4</b>	Feminino	25	Solteira	Católica	Nutrição	Nível superior/pós-graduação	Residência Multiprofissional em Oncologia	2	São Paulo

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

Dos 34 participantes, têm-se as seguintes categorias profissionais: enfermeiros (10), terapeutas ocupacionais (8), médicos (6), nutricionistas (4), fisioterapeutas (3) e psicólogos (3). Suas idades variaram entre 24 e 49 anos, sendo a média de 30,32 anos. Dentre eles, 32 são do sexo feminino e dois do sexo masculino.

Em relação ao estado civil, 21 profissionais relataram serem solteiros, 11 casados, um divorciado e o restante refere-se estar em uma união estável.

Quanto à crença religiosa, 17 declararam-se católicos, oito espíritas, três evangélicos, um budista, e cinco disseram não seguir nenhuma religião. Observa-se que a maior parte deles se denominou católica.

Sobre o grau de escolaridade, todos os participantes possuem nível superior e relataram que fizeram ou estão fazendo pós-graduação (residência, especialização, mestrado ou doutorado). Alguns membros das categorias profissionais de Enfermagem e Terapia Ocupacional possuem mestrado (E2, E3, E4, E6 e TO5) e apenas um profissional de psicologia possui doutorado (P2).

Em relação à especialidade, na categoria profissional da Enfermagem, cinco participantes têm especialização em Oncologia e apenas um está fazendo especialização nessa área e possui Residência em Clínica Médica. Os demais enfermeiros fizeram especialização em outras áreas: Cardiologia e Hemodinâmica (1); Atenção à Saúde (1); Controle de Infecção Hospitalar (1); Urgência e Emergência (1).

No que diz respeito à Medicina, três participantes possuem especialização em Clínica Médica. Dentre eles, um fez especialização em Geriatria, um em Hematologia/Hemoterapia e o outro está fazendo Residência em Oncologia. Os demais participantes fizeram especialização nas áreas de: Hematologia/Hemoterapia (1); Endocrinologia/Geriatria/Cuidados Paliativos e Dor (1); e Residência em Radioterapia (1).

Quanto à Terapia Ocupacional, dois participantes estão fazendo Residência Multiprofissional em Oncologia e apenas um já fez essa especialização. Os demais participantes fizeram especialização em outras áreas: Cuidados Paliativos/Neurologia Clínica (1); Contextos Hospitalares/Oncologia-Hematologia (1); Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto (1). Salienta-se que um terapeuta ocupacional está fazendo Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e outro possui aperfeiçoamento em Geriatria e Gerontologia.

Em relação à Psicologia, dois participantes fizeram especialização em Psico-oncologia e apenas um fez especialização em Residência Multiprofissional em Saúde

do Adulto.

Na Fisioterapia, dois participantes fizeram especialização em Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e apenas um possui especialização em Geriatria e está fazendo Residência Multiprofissional em Oncologia.

Sobre a categoria profissional da Nutrição, um fez Residência Multiprofissional em Oncologia e dois estão fazendo essa mesma especialização. Dentre eles, um fez Residência em Reabilitação Física e o outro possui aperfeiçoamento em Nutrição Clínica e Cirurgia. O restante fez especialização em Terapia Nutricional Hospitalar e possui treinamento interno em Cuidados Paliativos.

Por meio dessas informações, nota-se que a maior parte dos profissionais de saúde supracitados possui especialização na área da Oncologia. O tempo médio de experiência profissional de todos os participantes nessa área é de 4,01 anos.

Observa-se que somente nas categorias profissionais da Medicina e da Terapia Ocupacional (M6 e TO2) há profissionais que possuem especialização na área de Cuidados Paliativos. E apenas um profissional da Nutrição (N3) possui treinamento interno nessa área.

A partir da análise dos dados das entrevistas por meio da análise de conteúdo temática nas fases de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados obtidos, emergiram quatro categorias: Significados da escolha vocacional na área da oncologia; Sentimentos vivenciados mediante a morte do paciente com câncer; Significados atribuídos às dificuldades mediante a morte do paciente com câncer; Significados atribuídos à morte do paciente com câncer. Tais categorias serão apresentadas a seguir:

#### **4.1 Significados da escolha vocacional na área da oncologia**

Esta categoria diz respeito aos significados da escolha vocacional que impulsionaram os participantes desta pesquisa a trabalhar com pacientes com câncer. Esses significados estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Significados da escolha vocacional na área da oncologia

<b>Significados atribuídos</b>	Interesse em ajudar os pacientes com câncer
	Contato com pessoas com câncer em programas de residência médica e multiprofissional
	Oportunidade de trabalho
	Experiências pessoais de casos de câncer na família, em amigos e em si mesmos

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

O “Interesse em ajudar os pacientes com câncer” foi despertado nesses profissionais de saúde desde o período da graduação e de outras experiências que tiveram fora do contexto universitário, como é o caso de realizarem visitas em hospitais que tratavam de pessoas com câncer. Observa-se que esses participantes almejavam proporcionar a esses indivíduos conforto e o melhor tratamento possível na tentativa de sanar suas dificuldades físicas, emocionais, sociais e espirituais, como pode ser evidenciado nas seguintes falas:

*“Pelo fato da doença crônica como o câncer exigir inúmeros cuidados específicos, o interesse em trabalhar com esses pacientes foi despertado. O trabalho com o doente com câncer é multiprofissional e requer o envolvimento de todos para proporcionarmos uma qualidade de vida melhor ao paciente devido aos inúmeros sintomas da doença, às incapacidades que ela gera além do cuidado emocional e principalmente com a família”. (E3)*

*“Sempre tive um forte apego à área de oncologia mesmo antes de decidir fazer enfermagem (...) tenho um tio que é médico oncologista, sempre que podia me levava ao hospital e eu ficava horas conversando com os pacientes quando estavam fazendo a quimioterapia, levava bolo e café (...) quando entrei na faculdade de enfermagem, logo no primeiro período eu entrei para a liga de oncologia (...) naquele momento meu coração já era totalmente tomado pela oncologia”. (E4)*

*“Meu interesse pela oncologia e pelos mecanismos celulares de surgimento e desenvolvimento dos tumores como pelos tratamentos”. (E6)*

*“Desde a faculdade, o meu interesse era grande, queria fazer algo, achava que as situações já eram difíceis e poderia oferecer assistência com qualidade, e também oferecer conforto, apoio emocional e espiritual”. (E10)*

*“Desde a graduação me interessei pela hematologia, mas sem saber ao certo a dimensão de trabalhar com onco-hematologia”. (M5)*

*“Acredito que a Terapia Ocupacional contribui significativamente para melhoria da qualidade de vida e bem-estar de pacientes com câncer. São pessoas que passam por muitas rupturas em seu cotidiano (...)”. (TO5)*

*“Eu sei que sempre tive interesse por essa área desde que eu entrei na faculdade, desde o meu primeiro semestre de faculdade, eu leio e “engulo” leituras a respeito de psico-oncologia. Não tenho casos na família, não tive experiência pessoal (...) eu só sei que sempre quis fazer isso e nunca quis fazer mais nada e nem quero fazer outra coisa. Eu sinto como se fosse uma missão que eu tenho que cumprir enquanto eu estiver aqui”. (P2)*

*“A carência do paciente oncológico no cuidado específico e a possibilidade*

*de contribuir muito para um paciente mesmo com poucos recursos”. (F1)*

*“Primeiro que é uma área que está crescendo muito. E são pacientes que necessitam de mais cuidados, de mais atenção. E eu gosto de poder ajudar as pessoas e ver que elas têm melhores resultados com minhas orientações, muitas vezes até aumentando a sobrevivência delas”. (N1)*

*“Desde quando iniciei a minha graduação sempre quis fazer a diferença na vida dos meus pacientes (...) quando conheci a área da oncologia por meio de uma palestra quando estava no segundo ano da graduação eu entendi isso e me apaixonei”. (N2)*

O “Contato com pessoas com câncer em programas de residência médica e multiprofissional” fez com que esses profissionais de saúde despertassem o interesse de atuar na área da oncologia:

*“A princípio o local da residência em clínica médica era voltado para onco-hematologia”. (E1)*

*“Trabalhava com esses pacientes na residência de clínica médica e gostava do cuidado amplo que eles precisavam”. (M1)*

*“Quando eu terminei a residência de clínica médica, eu estava muito indecisa do que eu queria. Eu fiquei entre reumato, endócrino e oncologia justamente porque são áreas que você tem que conversar, todas as áreas, mas assim, você tem que gostar de conversar com o paciente e eu me identifiquei muito com a parte de oncologia, com os pacientes, então foi por isso que eu escolhi”. (M3)*

*“(…) durante a especialização (residência) muitos eram os pacientes que tinham câncer e o tratamento era desafiador, exigindo empenho e apreço, a despeito da elevada mortalidade. Portanto, acredito que a complexidade do paciente com câncer, não apenas do ponto de vista biológico, seja o que mais fascina e motivo da aparente escolha”. (M4)*

*“Ao entrar no programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, um dos setores de locação da Terapia Ocupacional era o de onco-hematologia”. (TO7)*

*“Inicialmente foi um dos setores de atuação da residência (multiprofissional). Na residência, a sua carga horária de práticas são divididas nos setores do Hospital de Clínicas, dentre esses tinha o setor de oncologia/hematologia onde atuei”. (TO8)*

*“Fiz parte de um programa de residência multiprofissional, em que um dos setores que os residentes passavam era no setor de onco-hematologia do hospital de clínicas (...) era um trabalho que fazia parte do programa da residência”. (P1)*

*“Na verdade, eu não escolhi, o estágio na área de onco-hematologia fazia parte da pós-graduação (residência multiprofissional) que eu fiz”. (F2)*

*“Na verdade, trabalhei nessa área, pois fiz a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, e uma das áreas hospitalares que atuamos foi na onco-hematologia”. (F3)*

Seguido pelo sentido atribuído de “Oportunidade de trabalho” já que alguns

desses profissionais eram recém-formados:

*“Inicialmente foi ao acaso. Iniciei, recém-formada, como primeira oportunidade de trabalho, fui escolhida em um processo (...) naquele momento eu queria qualquer vaga, mas acabou se tornando uma grande paixão”. (E2)*

*“Não foi exatamente uma escolha. Quando fui convocada no concurso tinha algumas opções de setor e eu escolhi a oncologia/hematologia (...) quando eu fui escolher o local de trabalho eu nem sabia ao certo como seria. Se eu iria trabalhar com criança ou com adultos, se o setor era grande ou pequeno”. (E7)*

*“Fui convidada por uma amiga para fazer parte da equipe. Interessei-me pelo projeto e aceitei o convite para aquisição de novos conhecimentos”. (E8)*

*“Na verdade, foi o rumo que a vida trilhou para mim (...) uma professora de faculdade que se tornou muito minha amiga, trabalhava paralelamente em um ambulatório de quimioterapia pequeno e me convidou para cobrir as férias dela, se comprometeu em me treinar para essa função, e eu fui. Depois desse período, ela me indicou como responsável técnica de outra clínica, na qual fiquei por dois anos e dali passei por outras instituições”. (E9)*

*“Não foi uma escolha, foi uma oportunidade. Eu me formei e mudei para a Bahia e quando voltei para o Estado de São Paulo apareceu essa oportunidade de trabalhar no hospital (...) era uma experiência que eu não tinha, fui com um pouco de medo, mas foi uma oportunidade e não foi uma escolha”. (TO2)*

*“(...) quando me formei, eu já trabalhava no hospital há dois anos como recreadora infantil, assim que me formei já fui ficando por lá e fui promovida para vaga de Terapia Ocupacional para o transplante de medula óssea, onde atenderia adultos”. (TO6)*

*“Interesse pelo campo hospitalar, vontade de ajudar as pessoas em adoecimento, afinidade com o ambiente e também via concurso público (...) não escolhi o setor de oncologia, mas sempre gostei e, no meu caso, a oportunidade e o desejo se encontraram”. (P3)*

Nota-se que as “Experiências pessoais de casos de câncer na família, em amigos e em si mesmos” que alguns desses profissionais de saúde tiveram em suas respectivas vidas os levaram a despertar também o interesse em trabalhar com pessoas com câncer, principalmente por presenciarem as dificuldades que seus entes queridos estavam enfrentando, dentre as quais há aquelas no desempenho de atividades cotidianas, que fez com que esses participantes buscassem informações e se especializassem na área da oncologia no intuito de ajudar no tratamento das pessoas que faziam parte de suas vidas:

*“Na verdade, foi por um motivo único. Vivi no ano de 2008 um câncer na família. Minha mãe fora diagnosticada com um carcinoma invasivo e infiltrativo na mama esquerda. Assim que consolidado o tratamento da mamãe, procurei uma instituição de ensino, na qual eu pudesse aprofundar sobre oncologia e assim poder ajudá-la e curá-la”. (E5)*

*“Vários familiares morreram devido ao câncer, o que me fez acompanhar a*

*luta de cada um deles e o desejo de poder ajudar de alguma forma". (M2)*

*"(...) por motivos pessoais por ter sido cuidadora de familiares com câncer e por ser sobrevivente de câncer". (M6)*

*"Tive um familiar que teve câncer com 10 anos de idade, acompanhei de perto todas as dificuldades que encontrou durante o tratamento, como dificuldade em desempenhar atividades cotidianas, com impacto significativo em uma de suas principais áreas de desempenho, a educação. Desde então, me interessei por esse perfil de pacientes". (TO3)*

*"Comecei a me interessar pela área quando minha melhor amiga, em 2013, recebeu o diagnóstico de linfoma (...) por termos a mesma idade e observar como ela reagia a cada etapa, as dificuldades e limitações, fui estudar para ajudá-la". (TO4)*

*"Enquanto eu estava na faculdade um amigo meu descobriu que tinha câncer. Hoje ele está bem (curado). Mas na época, isso me despertou muito interesse pelo assunto. Me senti chamada mesmo a trabalhar com essa especialidade". (N4)*

Além disso, a maioria dos profissionais de saúde atribuiu ao câncer o sentido de uma doença crônica, que carrega fortes estigmas sociais por estar associada à mortalidade:

*"O câncer é uma das piores doenças em minha opinião, principalmente pelo fato de ser silenciosa, apresenta fatores de risco intrínsecos e por isso, em alguns casos, o controle é difícil ou impossível (...) é uma doença que afeta totalmente a qualidade de vida do doente e por isso ela consegue gerar tanto medo principalmente da morte". (E3)*

*"Esse diagnóstico para mim representa quase uma sentença de morte, eu vivi muitos casos tristes, muito conflitantes para mim, horas por uma cura e horas pela morte rápida e o fim do sofrimento de algum". (E9)*

*"Doença de alta mortalidade e morbidade que tem crescido em incidência e que devemos juntar todos os esforços para combatê-la (...)". (M2)*

*"O câncer é uma doença que causa muito medo no imaginário popular porque está muito associado à morte. Então para mim, o câncer vem como uma notícia que abala completamente o indivíduo (...) acho que o câncer diferente de outras doenças é uma das poucas que a pessoa recebe a notícia já com um veredito por trás de que pode morrer a qualquer momento". (P1)*

*"O câncer é uma doença muito estigmatizada, tornando a pessoa com essa doença vulnerável, carente de recursos, atenção, cuidados e compreensão". (E4)*

*"O câncer é uma doença que, embora tenha evolução de doença crônica, ainda carrega um estigma social grande". (M6)*

*"O câncer é estigmatizado pela sociedade, isto é um fato, aliás, estigmatizante, parece natural pensar em câncer e pensar também em morte mesmo tendo tido uma vitória dessa doença em família". (E5)*

*"Doença crônica, de difícil tratamento, difícil aceitação e estigmas muito fortes. Pela minha trajetória, pelo que vivi em casa quanto com meus pacientes, vejo que eles encaram o câncer como um sinônimo de morte ou*

*de sofrimentos muito fortes”. (E6)*

*“É uma doença que representa medo ou representava mais no começo (...) acho que por tudo isso, por ainda, muitas pessoas morrerem com câncer. Então, eu acho que é o medo da proximidade de ter a morte tão perto. É uma doença que ainda é estigmatizada”. (TO2)*

*“É uma doença com um estigma muito forte. Quando os pacientes recebem o diagnóstico, para eles é o mesmo que receber um atestado de óbito”. (TO3)*

*“É uma doença muito complicada fisicamente e mais ainda psicologicamente. E infelizmente muito forte, parece que só o nome da doença já representa uma sentença de morte”. (F1)*

*“Quebra de expectativa de vida (...) por ser uma doença grave”. (N3)*

Observa-se que, além de estar associado à mortalidade, ainda é atribuído ao câncer o sentido de dor e sofrimento, tanto para o paciente quanto para os seus familiares, impondo mudanças no cotidiano de ambos graças ao tratamento dessa doença:

*Trata-se de uma doença ameaçadora da vida, cujos sinais/sintomas e os efeitos adversos dos tratamentos interferem significativamente em todas as áreas de ocupação do paciente e, quase sempre, de sua família”. (TO5)*

*“Para mim representa dor e luta tanto para o paciente quanto para a família, dor em todos os sentidos (...) a palavra assusta, e por mais que eu tente desmistificar esse conceito de câncer e morte, por trabalhar no hospital, no fundo e no fundo assusta quando vem a possibilidade de alguém ter na família. A gente esquece tudo que pode dar certo e só pensa na luta e no medo da morte durante o tratamento”. (TO6)*

*“É uma doença difícil, que traz muita tristeza para quem a possui e para os que estão à sua volta porque há muitas perdas durante o processo de adoecimento (...) perda da saúde, perda dos cabelos pela quimioterapia, perda de diversas atividades realizadas antes. E isso causa sofrimento tanto para o paciente, quanto para a família, amigos e profissionais”. (TO7)*

*“É uma doença que acarreta mudanças no cotidiano do paciente e de seus familiares por conta da nova rotina de consultas médicas e o tratamento, seja ele quimioterápico, radioterápico (...) o câncer é visto como uma linha tênue entre a vida e a morte”. (TO8)*

*“Acho que o câncer é uma das doenças mais desafiadoras da nossa época. Desafiador o tratamento em si, o enfrentamento dos pacientes e suas famílias, para os profissionais da saúde (...) acho que o câncer significa uma jornada de muita luta para todos os envolvidos”. (F2)*

*“É uma doença que não escolhe idade, sexo, não vê status, não vê se você foi uma pessoa boa ou ruim (...) ela simplesmente aparece e muda sua vida para sempre e a vida das pessoas que estão com você (...)”. (N1)*

Percebe-se, por meio dessas falas, que o câncer pode significar uma experiência desafiadora tanto para o paciente e seus familiares quanto para os profissionais de saúde, por ser uma doença que se reveste de estigmas, estando

quase sempre associada a uma sentença de morte, podendo causar dor e sofrimento a todas as pessoas que estão envolvidas com o paciente com câncer. Por outro lado, essa doença pode se constituir em uma experiência de aprendizado e crescimento pessoal para todos os envolvidos, incluindo os profissionais de saúde que cuidam desses pacientes e seus familiares e adquirem assim experiência profissional. Dessa forma, o câncer é um desafio tanto para o paciente e seus familiares quanto para os profissionais de saúde, possibilitando a ressignificação de seus valores e crenças:

*“O paciente oncológico em sua fragilidade tem muito a nos ensinar em relação à fé, a agradecer por cada dia. Coloca-nos a pensar sobre as reclamações do dia a dia mostrando a coragem para enfrentar tudo o que está por vir se revela como é”. (E1)*

*“Representa muito sofrimento associado com muito aprendizado (...) o tratamento traz muito sofrimento aos pacientes e familiares (...) efeitos colaterais, autoestima, dores, mas sempre percebo associado a uma mudança de pensamento, de estilo de vida, de como encarar a vida. Isso sempre traz à tona reflexões sobre a minha vida, por isso o ensinamento”. (E2)*

*“Uma forma de aprendizado. Uma oportunidade de repensar os valores, sobre as decisões, sobre o que é importante, sobre si, sobre os outros”. (M1)*

*“É uma doença que a gente tem que ressignificar muita coisa. Para o paciente é uma doença que ela ressignifica muitas coisas, do que realmente é importante, o tempo que a gente tem, ele é ressignificado, mais valorizado. A gente faz uma retrospectiva também, faz outros tipos de planos. Então, tanto para mim quanto para o paciente, eu acho que é um momento de ressignificar as coisas. Ressignificar no sentido de que o que era antes importante, hoje em dia não é tão importante e o que antes não era dado valor, agora se dá mais valor, mudam os valores”. (M3)*

*“É uma doença que causa sofrimento, dor e é debilitante, mas é uma doença em que traz para gente muito conhecimento pessoal e profissional (...) cada dia ela modifica algo no paciente e modifica algo em você, é desafiador (...) cresci muito como pessoa por dentro e conheci muitas histórias de amor, dor, sofrimento, luta e superação (...) posso me considerar outra pessoa depois de estar ali dentro”. (TO1)*

*“Acredito que seja uma doença que ocorre para modificar o curso de vida tanto de quem está nessa condição naquele momento, quanto das pessoas que se relacionam (ou rede próxima ou que passam a fazer parte no período da doença e posterior). Modificar o curso de vida no sentido de que, geralmente, são repensados muitos fatores da vida dessas pessoas (...) o câncer é uma doença que vem para somar e acrescentar formas novas de ver a vida. O que sinto ao pensar em câncer ou oncologia é gratidão de saber que posso sim, ser uma pessoa melhor, um profissional melhor, ou se dedicar a quem precise de suporte (desde o início até o fim de vida)”. (TO4)*

*“Eu não vejo essa doença como uma praga, uma coisa que vai destruir, mas sim como um grande desafio que a pessoa precisa enfrentar (...) eu acho que ele é um grande ponto de mutação na vida dos indivíduos, não estou dizendo que é sempre para positivo, mas ele é um desafio e ninguém sai do mesmo jeito depois da doença oncológica”. (P2)*

*“Tenho aprendido com os pacientes que o câncer pode ser uma doença como*

*muitas outras, apesar de grave e, algumas vezes, ameaçadora à vida, tenho entendido também como uma possibilidade de ressignificar a vida”. (P3)*

Nota-se, nessas falas, que o câncer se torna uma experiência que renova os valores tanto do paciente quanto dos seus familiares. Apesar disso, algumas famílias, pelas repercussões clínicas dessa doença, tendem a ficar mais unidas, enquanto outras ficam mais vulneráveis, podendo se fragmentar e se desfazer:

*“Quando alguém descobre que tem câncer, se é casado (a), ou seu relacionamento fortalece ou o cônjuge o abandona. O que vai fortalecer ou destruir uma família (...) na minha experiência que estou tendo na oncologia/hematologia, eu já presenciei o fortalecimento da família e também o abandono pelo cônjuge em decorrência do câncer (...) já vi o fortalecimento também, pedido de perdão, promessas, união da família, mesmo sabendo que o prognóstico não é bom, ou seja, mesmo sabendo que a pessoa vai morrer”. (E7)*

*“Vejo o outro lado da doença, o câncer é bom, ele na maioria das vezes, consegue unir vidas, unir famílias. Na maioria das minhas experiências, as pessoas tiveram a chance de se despedir, arrumar a vida e pedir perdão. Nunca vi um contexto familiar tão unido, como em volta de um portador oncológico”. (E10)*

## 4.2 Sentimentos vivenciados mediante a morte do paciente com câncer

Essa categoria refere-se aos sentimentos vivenciados pelos participantes deste estudo, mediante a morte de seus pacientes com câncer, que foram de tristeza, impotência, compaixão, frustração e desesperança. Sentem-se impotentes e frustrados quando percebem que mesmo com os cuidados ofertados ao paciente, o mesmo vai a óbito por causa das complicações clínicas do câncer (Quadro 3).

Quadro 3 – Sentimentos vivenciados mediante a morte do paciente com câncer

<b>Sentimentos atribuídos</b>	Tristeza
	Impotência
	Compaixão
	Frustração
	Desesperança

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

Tais sentimentos são observados nas seguintes falas:

*“Tristeza pela perda, pelo afeto adquirido ao longo do tratamento”. (E1)*

*“A gente fica em um momento triste, mas é uma tristeza que é envolvida de muita paz e de amor também”. (M3)*

*“Sentimentos de esforço e determinação e de tristeza”. (M6)*

*“No início e até hoje, tristeza. E acredito que se algum dia eu não sentir, não estarei mais no local que deveria estar (...).” (TO4)*

*“Geralmente é de tristeza, porque as pessoas que a gente atendia na onco-hematologia eram pessoas que até a pouco tempo estava vivendo normalmente”. (F2)*

*“Tristeza, com um tom de respeito por aquilo que aquele ser humano foi durante o tempo que viveu”. (N4)*

*“Diante de pacientes que estão lutando, que estão interrompendo fases de vida, que estão interrompendo os planos, eu sinto tristeza, eu sinto pesar, eu sinto compaixão (...).” (P2)*

*“O principal sentimento é o pesar. Quando prestamos cuidados a qualquer paciente, desejamos ver a sua reabilitação e cura e quando cuidamos do paciente com câncer, a reabilitação e cura para grande parte não é possível e leva o doente a óbito”. (E3)*

*“Um sentimento muito forte de pena, de perda (...) perda da pessoa em si”. (E6)*

*“Algumas vezes tenho o sentimento de impotência, pois por mais que tentasse fazer o melhor não dependia muito do que eu fizesse e o paciente teve uma morte sofrida”. (E4)*

*“O maior deles é a impotência. Saber que não poderia fazer mais nada para reverter a situação”. (E8)*

*“Impotência, não só para mim, mas vejo que muitas vezes eu e meus colegas de trabalho temos esse sentimento”. (TO6)*

*“Eu acho que é impotência, decepção, como se algo tivesse dado errado”. (P1)*

*“Tristeza e impotência. Impotência por não ter conseguido o êxito de levar o paciente à cura, tristeza pela morte mesmo do paciente e também por não dispormos de tratamentos mais eficazes”. (M2)*

*“Muita tristeza, às vezes até sentimento de impotência por não conseguir fazer mais pelo paciente”. (F3)*

*“Eu sempre fico chateada, triste e impotente quando eles morrem, porém tento me conformar que ele estava sofrendo muito”. (N2)*

*“São diversos, tristeza, compaixão, impotência e frustração. Tristeza porque muitas vezes são pacientes que você vê que tem uma vida pela frente e que a gente se identifica por vários motivos. Causa tristeza não dá para dizer que não. Compaixão, porque a dor que a pessoa senti, a vontade de ficar bem, de viver, porque de certa forma ela está entendendo que não vai muito longe e entender esse sentimento e se compadecer com esse sentimento dessa pessoa. Impotente porque nossa, eu queria muito poder fazer muitas outras coisas para muitos pacientes e às vezes eu sinto limitada e frustrada por não ter mais recursos”. (TO2)*

*“Casos em que o óbito acontece muito rápido, às vezes sem dar tempo da equipe médica nem da família absorver essa situação, geralmente o sentimento é de mais tristeza e às vezes frustração”. (M5)*

*“Desesperança, mas faço o meu trabalho. Um sentimento de que eu já esperava por isso (...)”. (E5)*

Nota-se, nas falas dos participantes abaixo, que em alguns momentos a morte de seus pacientes com câncer causa mais sofrimento e tristeza que a de outros, e isso se deve ao fato de que alguns pacientes permanecem mais tempo em contato com esses profissionais, favorecendo a criação do vínculo. Quando ocorre a morte do indivíduo, o vínculo é rompido, o que gera também sentimentos de tristeza e de perda, ou seja, provoca o luto, que é uma reação subsequente a uma perda ou separação:

*“Às vezes sinto sentimentos de tristeza, surpresa, sensação de missão cumprida não só da minha pessoa, mas também do paciente. Depende da situação, do paciente, da minha história e vínculo com ele”. (M1)*

*“Luto, tristeza, porque normalmente convivemos muito tempo com os pacientes pelo fato do tratamento ser longo, criamos um vínculo. Acabamos por conhecer a vida pessoal dos pacientes e nos envolvemos com eles”. (E7)*

*“Inúmeros. Compaixão, tristeza (...) depende do envolvimento pessoal e profissional com o paciente”. (E2)*

*“Os profissionais ficam abalados, porque se apegam, constroem vínculos e história com aquele indivíduo. São pacientes que retornam várias vezes na enfermaria e cada vez mais graves em cada internação”. (TO1)*

*“Depende muito, depende do tipo de vínculo que você estabelece com cada paciente porque a gente atende muitos pacientes, com alguns acaba gerando sofrimento e com outros nem tanto (...) depende muito de cada caso, do envolvimento que você tem com aquela pessoa”. (TO2)*

*“Quando você trabalha com o paciente oncológico, o vínculo é muito intenso, muito estreito; uma vez que as reinternações são constantes e eles passam a maior parte do tempo conosco. Então a tristeza, a sensação de impotência são presentes”. (TO7)*

*“Fico mais mobilizada com o paciente que construiu melhor vínculo comigo, que fizemos um bom trabalho terapêutico”. (P1)*

*“Isso depende do vínculo que construí com esse paciente, do tempo de acompanhamento, do quanto participei de outras etapas do adoecimento como diagnóstico, prognóstico, entre outros. Porém, de um modo geral, sinto tristeza e pesar, próprios de um luto”. (P3)*

Além disso, percebe-se que, o sentimento atribuído de perda e tristeza em relação ao paciente com câncer torna-se mais intenso para esses entrevistados quando ocorre a morte de pacientes jovens ou ainda crianças, por tratar-se de pessoas que estão começando a viver; e por pensarem que suas mortes apenas deveriam ocorrer na velhice. Já a morte de idosos é considerada de mais fácil aceitação, por fazer parte do percurso natural da vida (nascimento, crescimento,

envelhecimento e morte):

*“Alguns pacientes nos chocam mais, os mais jovens e as crianças. A morte de jovens sempre me impactou muito, eu ficava impressionada e pensando em tudo que o jovem tinha o potencial de viver e não tinha mais oportunidade”. (E6)*

*“Sinto às vezes raiva porque é difícil aceitar que um bebê que não tem nenhum hábito de vida errado e não tem maldade sofre e morra sem ter vivido, ou talvez um jovem da minha idade ou até mais jovem que eu com sonhos que são quebrados pela morte”. (N1)*

*“Quando o paciente é mais velho e quando é um câncer mais agressivo que a gente pelas estatísticas já espera que ele evolua a óbito, nesse paciente, eu acho mais fácil de aceitar, agora quando é um paciente extremamente jovem é mais difícil, aí você se senti um pouco incapaz”. (M2)*

*“Pacientes jovens em geral trazem um sentimento de tristeza e pena, tanto pelo próprio paciente (interrupção precoce da vida) quanto para os familiares que perdem um ente jovem. Pacientes mais idosos, eu tenho uma aceitação melhor da morte, pois já seria mais plausível um óbito no idoso, independente da causa”. (M5)*

*“(…) Claro que existem casos de morte que é mais difícil, principalmente de pacientes jovens”. (TO3)*

*“Sinto um pouco de revolta, quando o paciente é jovem, por pensar que ainda havia muita vida pela frente, pensando no ciclo da vida, aquele que nasce, cresce, se forma, casa, fica velhinho e morre. Quando acontece o contrário não estamos preparados para lidar com a interrupção deste ciclo”. (TO7)*

*“É difícil quando é paciente jovem mais novo que eu, dói porque é uma interrupção de algo que nem começou ainda, tanta vida pela frente e vem uma coisa que ceifa, do nada”. (F1)*

*“Se for um paciente mais idoso, já debilitado, nós ficamos mais confortáveis porque achamos que ele viveu mais, já estaria chegando seu momento mesmo, mas quando é um paciente jovem, cheio de planos ou com filhos novos que dependem dele, a gente se coloca no lugar e é mais difícil”. (P1)*

*“Os sentimentos de incapacidade e tristeza são ainda mais avassaladores quando trabalhamos com a morte da criança com câncer. A morte de uma criança já é tão difícil de enfrentar, porém quando envolve o câncer os sentimentos de tristeza ainda são mais intensos pelo fato da criança ter sofrido uma sequência de eventos ruins enquanto estava com a doença até chegar à morte”. (E3)*

*“Quando comecei com as crianças, e elas iam embora (morriam), era um nó na garganta enorme, quando o paciente era jovem e tinha mais ou menos a minha idade, parece que o sentimento era pior, hoje em dia ainda sinto isso”. (TO6)*

Assim, alguns profissionais, na tentativa de se protegerem e não vivenciarem sentimentos que possam lhes causar alguma “desestabilização” emocional ou sofrimento, acabam criando mecanismos de enfrentamento durante o processo de morte de seus pacientes, procurando manter distância ou não se envolverem afetivamente com os mesmos:

*“Acredito que o fato de trabalharmos com isso e vivenciarmos a morte diariamente nos deixa bastante frios. Não em um sentido ruim, mas em um sentido de autoproteção psicológica que acaba sendo automática e necessária”. (E6)*

*“Eu com o tempo fui ficando mais endurecida frente à morte. Cheguei até a comentar com a psicóloga, mas foi uma forma de buscar não sofrer. Achava ruim, mas não sofria tanto”. (E8)*

*“Hoje eu aprendi a bloquear minha tristeza e minhas frustrações perante a morte que é inevitável”. (E9)*

*“É engraçado que quando eu estou super ligada a um paciente, quando o quadro dele piora, eu acho que criei certo bloqueio, e acabo meio que inconscientemente me afastando um pouco”. (TO6)*

*“Em outros casos de óbitos de pacientes com câncer, eu não fiquei chateada pelo distanciamento, com alguns pacientes eu me envolvi mais. Com outros a relação era muito profissional”. (N4)*

### **4.3 Significados atribuídos às dificuldades mediante a morte do paciente com câncer**

Essa categoria refere-se aos significados atribuídos, às dificuldades que esses participantes que cuidam de pessoas com câncer enfrentam mediante a morte de seus pacientes. Essas dificuldades estão apresentadas no Quadro 4.

#### **Quadro 4 – Significados atribuídos às dificuldades mediante a morte do paciente com câncer**

<b>Significados atribuídos às dificuldades</b>	Carência de acompanhamento e suporte psicológico para o enfrentamento do luto pessoal mediante a perda de pacientes.
	Comunicação da morte do paciente aos seus familiares e oferta de suporte aos membros da família deste indivíduo.
	Carência de capacitação sobre assuntos voltados à finitude da vida/morte e a cuidados paliativos.

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2017).

O sentido de “Carência de acompanhamento e suporte psicológico para o enfrentamento do luto pessoal mediante a perda de pacientes” refere-se à premente necessidade que esses participantes possuem de receber acompanhamento e suporte psicológico frente à morte de seus pacientes com câncer. Eles relataram que convivem diariamente com a possibilidade de morte dessas pessoas e, geralmente, quando elas vão a óbito, acabam não sendo notados nesse processo, o que os levam a enfatizar o desejo de serem acolhidos e escutados, como mostra as falas a seguir:

*“O profissional não é notado nesse processo. Ninguém se importa como nos sentimos durante a perda. Perdemos um paciente e imediatamente temos que continuar o trabalho, como se a morte fosse apenas mais uma tarefa diária”. (E2)*

*“A principal dificuldade é a falta de acompanhamento psicológico do profissional. Ninguém pergunta como o profissional se sente (...) eu vejo a falta de atenção para com o profissional que cuida desse paciente oncológico, talvez seja um despreparo da chefia ou talvez seja a cultura mesmo institucional”. (E4)*

*“A instituição a qual trabalho deveria entender o porquê os profissionais adoecem, deveria desenvolver no mínimo a escuta (trabalho da psicologia) e desenvolver atividades para libertar os sentimentos estagnados e repreensivos”. (E5)*

*“Não há suporte psicológico para os profissionais, a gente tem o suporte psicológico para os pacientes preventivos”. (M3)*

*“Eu vejo que há uma falta de apoio e suporte emocional aos profissionais de saúde (...) vejo que a morte é um tabu e ignorado muitas vezes”. (TO1)*

*“Falta de acolhimento a esse profissional no sentido de que pela rotina, principalmente hospitalar, serem raros os momentos de escuta a eles”. (TO4)*

*“Eu acho que o mais difícil é não termos apoio terapêutico, convivemos com a família sofrendo muito todos os dias. Hoje em dia, em um momento de conversa aqui no hospital, percebemos que a maioria de nós faz acompanhamentos psiquiátricos, e não temos o respaldo do hospital para isso e nem para terapia (...) falta apoio terapêutico sim e muito”. (TO6)*

No sentido atribuído “Comunicação da morte do paciente aos seus familiares e oferta de suporte aos membros da família deste indivíduo”, os profissionais de saúde reconhecem a importância de uma equipe multiprofissional para dar suporte e conforto aos familiares do paciente com câncer que acompanharam e vivenciaram a morte de seu ente querido, principalmente com o apoio do profissional da psicologia, pois alguns desses participantes relataram a falta de preparo para lidar com tal situação:

*“A principal dificuldade é com a família. Quando o doente vai a óbito, a família já se encontra muito fragilizada desde quando o doente recebe o diagnóstico e ela adoece juntamente com o paciente (...) a dificuldade maior é no momento da comunicação do óbito e oferta de consolo para esse familiar”. (E3)*

*“Conversar com a família tanto antes do óbito quanto depois do óbito em dar a má notícia e depois aceitar que mais um paciente foi a óbito devido à própria evolução da doença ou a ineficiência dos meios de tratamento (...) a família sempre espera que o paciente vá melhorar (...) eles nunca esperam a morte e os profissionais de saúde também sempre esperam que todas as suas atitudes, apesar de que a gente sabe que não é assim, mas a nossa esperança é que de alguma forma a gente consiga prolongar um pouco a vida do paciente ou até mesmo que ele tenha uma qualidade de vida melhor (...) dar a notícia do óbito é difícil por isso, porque vem à frustração de não ter tido êxito naquele tratamento (...) é um momento delicado para a família porque além de perder o ente querido, eles depositaram certa confiança de que aquele tratamento e até a sua atuação naquele caso tivesse um final*

*diferente”. (M2)*

*“Acho que a dificuldade começa pelo diagnóstico, pelo prognóstico e até em dar a notícia da morte porque nos envolvemos com os pacientes, com suas histórias de vida e nos colocamos no lugar deles, como ser humanos, somos fracos e nos sensibilizamos (...) é difícil lidar com a morte, ainda mais quando se interrompe sonhos e se interrompem vidas”. (N1)*

*“Na hora que ocorre o óbito ou próximo da morte, a família se apoia na gente. E não temos o que falar, não temos o que fazer (...) é difícil, qual o consolo que vou dar à família?! (...) não quero dizer que não damos força, apoio, atenção para o paciente e família. Nós damos! Mas cada profissional entende e desempenha melhor um trabalho que seja da sua área. Por exemplo: apoio psicológico, quem faz melhor, enfermeiro ou psicólogo? Claro que é o segundo. Eles (pacientes) não precisam apenas de medicações bem administradas”. (E7)*

*“A maior dificuldade para mim neste momento é lidar com os familiares, dar apoio e conforto a quem fica, temos de ser práticos, mas como ter praticidade perante o sofrimento da perda de um filho, pai ou marido (...) chorando sobre um corpo inerte”. (E9)*

*“Outra dificuldade que sinto muito é a falta de um acompanhamento multidisciplinar em alguns momentos, eu, por exemplo, não tenho preparo psicológico para acolher/orientar um familiar nesse momento (morte), muitas vezes tenho ainda pouco tempo para isso visto que geralmente temos vários pacientes para ver ao mesmo tempo. Assim, uma equipe multidisciplinar coesa teria um papel fundamental”. (M5)*

Observa-se que, neste estudo, a maioria dos profissionais de saúde possui especialização na área da Oncologia. Apesar disso, alguns profissionais atribuíram a dificuldade em lidar com a morte de pacientes com câncer à “carência de capacitação sobre assuntos voltados à finitude da vida/morte e a cuidados paliativos”, como mostram as seguintes falas:

*“Ninguém está preparado para a morte, estamos acostumados a lidar com a vida, com a melhora do paciente. Perder um paciente dá uma sensação de dever não cumprido”. (E1)*

*“Não estamos aptos a perdas (...) porque isso não é trabalhado e nem discutido (morte)”. (E2)*

*“Ainda sim predomina o sentimento deletério de obrigação em promover a cura. É difícil e frustrante conceber a ideia de que muitos cedo ou tarde, jovens ou idosos, morreram a despeito da excelência do tratamento”. (M4)*

*“Acredito que a maioria de nós, enquanto pessoas, não somos preparados por nossa sociedade para discutir e vivenciar o processo de morte. Parece um tabu e algo que nunca acontecerá conosco ou com quem amamos (...) na formação acadêmica da maioria dos profissionais de saúde, conseqüentemente, também não há espaço para a reflexão aprofundada desse tema. Nos preparamos muitas vezes para curar, e não para cuidar no sentido mais profundo da palavra”. (TO5)*

*“Falta de capacitação, de aulas de como lidar com a morte e de preparo”. (N2)*

*“A morte é inaceitável, é isso que eu percebo quando um paciente está na iminência de um óbito (...) eu como enfermeira almejo um dia, fazer parte de uma equipe que entenda o que é Cuidados Paliativos. A morte parece ser o maior fracasso de um profissional, o qual oferece todos os recursos disponíveis (ciência e tecnologia)”. (E5)*

*“Eu acredito que a principal dificuldade seja de ver com naturalidade a morte porque algumas vezes os pacientes não são bem paliados (...) então é muito sofrimento que é envolvido, esse sofrimento no final da vida é a maior dificuldade que os profissionais têm porque também não estão habilitados muitas vezes, não tem treinamento para atender esse tipo de paciente. Então, para mim, a principal dificuldade é a falta de treinamento e às vezes o paciente não é bem paliado, sofre bastante na hora da morte e traz esse sentimento de angústia nos profissionais”. (M3)*

*“Várias dificuldades, principalmente no cuidado a pacientes paliativos. Não temos um serviço paliativo que funcione bem”. (M5).*

*“Se não estamos bem, fica bastante difícil lidar com a morte do paciente (...) principalmente pela falta de se discutir cuidados paliativos”. (TO4)*

Ainda nessa vertente, outros participantes reconhecem a importância da capacitação e abordagem qualificada em cuidados paliativos para subsidiar o manejo do processo de final de vida de seus pacientes, além da oferta de conforto e suporte aos familiares dessas pessoas:

*“Trabalho em um lugar muito comprometido com o paciente, com profissionais coerentes, que buscam executar ações paliativistas (...) conseguimos auxiliar esses pacientes a planejar suas mortes, é um momento que precisa ser vivido”. (TO3)*

*“A morte, tratando-se de um paciente em cuidados paliativos, é vista como um desfecho do cuidado integral que tentei doar e compartilhar com quem foi cuidado por mim”. (M6)*

*“Dentro do cuidado paliativo dá tempo de resolver muitas pendências e trazer conforto, alegrias, confortar a família (...) trás uma bagagem para lidar com as dificuldades (...) trabalhamos para uma qualidade de vida, dentro do quadro apresentado, isso inclui cuidados de final de vida”. (N3)*

*“Os profissionais da área dos cuidados paliativos têm outra visão da morte (...) é a visão da morte digna, do conforto (...) para eles essa passagem me parece mais fácil”. (N4)*

#### **4.4 Significados atribuídos à morte do paciente com câncer**

Esta última categoria refere-se aos significados que os participantes deste estudo atribuíram à morte de seus pacientes com câncer. Tais significados estão apresentados no Quadro 5.

### Quadro 5 – Significados atribuídos à morte do paciente com câncer

<b>Significados atribuídos à morte do paciente com câncer</b>	Processo natural e fim de um ciclo.
	Transcendência, passagem, um chamado ou a vontade de um ser superior e não de um fim.
	Fim do sofrimento.

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

Para alguns profissionais de saúde, o sentido atribuído à morte de seu paciente com câncer é o de um “Processo natural e fim de um ciclo” que faz parte da vida dos seres humanos, e pelo qual que todos um dia irão passar, seja pelo câncer ou não, como mostram as falas a seguir:

*“Eu acredito que a morte é um processo natural que é inevitável”. (M2)*

*“Para mim a morte é um caminho natural e que não é fácil por questão religiosa, por questão de histórico pessoal ser vista dessa forma por toda a equipe multiprofissional”. (M3)*

*“Vejo a morte como uma consequência da vida, inevitável, independente de câncer ou não (...)”. (M5)*

*“Tento enxergar (a morte) como um processo natural, apesar de saber que a doença acelerou para que isso acontecesse”. (N3)*

*“Não significo isso como algo diferente (...) para mim a morte é algo natural e que irá acontecer com todas as pessoas, independente se essa morte foi causada pelo câncer ou não. Esse é o significado que eu vejo na morte de um paciente meu”. (TO3)*

*“Acredito na morte como um processo natural e inerente à vida. Todos a encontraremos em algum momento, de alguma forma”. (TO5)*

*“Representa que o ciclo dele chegou ao fim e que todas as possibilidades terapêuticas foram exauridas”. (E1)*

*“A morte representa a morte, a morte representa um fim de uma etapa”. (P2)*

*“Tenho entendido a morte como um fechamento de um ciclo e tenho aprendido a fazer isso com muito respeito”. (P3)*

Percebe-se que a maioria dos participantes desta pesquisa possui algum tipo de religião. Dessa forma, outros profissionais de saúde atribuíram à morte o sentido de “transcendência, de passagem, de um chamado ou a vontade de um ser superior que acreditam ser Deus, e não de um fim”:

*“Eu vejo a morte como uma interrupção de um projeto existencial (...) quando a morte vem se interrompe um projeto que se tinha, mas eu acredito em termos transcendentais que nossa vida atual é uma etapa”. (P1)*

*“Trato cada paciente com suas particularidades e envolvo a família nesse processo de transição (...) tento envolver as pessoas que esse paciente mais gosta e se importa nesse processo de morte e morrer, para que essa passagem seja confortável e num ambiente de amor e atenção”. (E4)*

*“Posso pensar no sentido de passagem para outro local em que ele foi preparado para estar. O conforto de que estará em um local melhor do que o nosso, após ter modificado e feito seu papel na vida de pessoas ao seu redor”. (T04)*

*“A morte é nossa única certeza, não sou questionadora, creio em algo maior e melhor para nós. Quando são pacientes com diagnóstico que arrasta em cuidados paliativos, pedimos a Deus para que faça a sua vontade sempre (...) como evangélica, eu acredito em coisas melhores”. (E10)*

*“O significado que vejo é maior que tudo, é o plano de Deus (...) existe Deus que está acima de tudo e sabe o que faz”. (N1)*

*“Para mim a morte é quando Deus nos chama, quando chega a nossa hora sabe? E quando os meus pacientes morrem é isso que eu penso”. (N2)*

*“Entender a morte como um processo e como breve “até logo” me parece mais justo e coerente com filosofia/ciência/religião que sigo”. (T05)*

No entanto, para outros profissionais de saúde, quando o paciente com câncer está sofrendo intensamente em decorrência dessa doença e todas as possibilidades terapêuticas foram exauridas já não sendo possível aliviar a dor dessa pessoa, a morte passa a ter o sentido de “fim do sofrimento” tanto do paciente quanto de seus familiares, e para os profissionais resta o sentimento de missão cumprida:

*“(...) na finitude da vida, geralmente o paciente está sofrendo com dores, dispneia e com a morte isso também tem um fim”. (E1)*

*“Há situações também em que visualizei a morte como um alívio de tanto sofrimento para o paciente como para a sua família. Já para a equipe multiprofissional, um sentimento de missão cumprida para aquele caso”. (E5)*

*“Quando está muito grave e com muito sofrimento, eu sinto alívio pela pessoa”. (E6)*

*“Eu considero como um alívio da dor porque se a pessoa está num processo que a causa sofrimento acho que seria melhor o descanso eterno do que o prolongamento desse sofrimento”. (E8)*

*“Representa um momento de alívio e descanso de tanto sofrimento e luta (...) representa o fim de um ciclo de dor”. (T01)*

*“Diante da morte de um paciente que está sofrendo muito há muito tempo, que está dentro de um corpo que não serve para as necessidades básicas de sobrevivência e de felicidade ou que isso não tem nenhuma compensação para ele, eu sinto alívio”. (P2)*

*“Há pacientes que sofrem muito e às vezes a morte traz esse descanso e não deixa eles sofrerem”. (N1)*

*“O fim do sofrimento do corpo às vezes acompanhado ou não pela paz de espírito”. (M1)*

*“A morte já teve vários significados para mim (...) já teve momentos de eu ficar irritada, poxa de novo, mais um paciente, já teve momentos de eu, graças a Deus, morreu, parou de sofrer”. (T02)*

*“(...) descanso pelo sofrimento prolongado, por exemplo, em pacientes mais graves”. (TO4)*

*“Que a luta dele (paciente) chegou ao fim (...) o paciente cumpriu a missão que necessitava e lutou até o fim (...) as dores, as complicações e a luta acabaram”. (TO7)*

*“A maioria dos pacientes que eu conheci enfrentavam muito bravamente a doença e o tratamento. Então para mim, quando um paciente morria era o fim de uma batalha tanto para o paciente, para a família e para os profissionais da saúde”. (F2)*

*“Acho que significa que o sofrimento acabou. Que já não é mais necessário viver por conta de hospitais e remédios”. (N4)*

Nota-se, nas falas desses participantes, que há casos em que a morte de seus pacientes com câncer é vista como alívio da dor e do sofrimento dessas pessoas. Apesar disso, muitos profissionais de saúde se preocupam em propiciar a esses indivíduos um final de vida tranquilo, sem dor e sofrimento:

*“Tento compreender que ofereci a ele (paciente) todo cuidado que precisou com conforto e principalmente sem dor (...) como a dor é uma constante no doente com câncer, uma das minhas maiores preocupações é proporcionar analgesia através de medicações para que nos últimos momentos desse doente, ele não venha padecer com a dor também”. (E3)*

*“Lembro absolutamente de todos os pacientes que eu cuidei e que morreram. Trato de forma individual e particular cada um deles (...) na grande maioria das vezes, o sentimento que tenho perante suas mortes é de plenitude, pois sei que fiz o meu melhor para que essa passagem ocorresse da melhor forma possível, sem dor, angústia e traumas para o paciente ou sua família”. (E4)*

*“(...) no final de tudo, vejo que pelo menos ajudei alguém a ter um pouco de conforto e, de certa forma, ajudei a pessoa a ter uma morte mais digna, sem tantos sofrimentos. O que tiver em meu alcance para diminuir o sofrimento do doente, eu faço”. (E7)*

*“(...) durante a vida podemos oferecer pelo menos o conforto necessário, o apoio psicológico, social, alívio das dores físicas. Isso tudo para tentar amenizar o sofrimento”. (E8)*

*“Tratamos desses pacientes com qualidade, conforto, mantendo seu bem-estar”. (E10)*

*“Tento fazer tudo que está em meu alcance nos atendimentos para proporcionar mais vida aos seus dias (...) tento acrescentar mais vida aos seus dias considerando suas necessidades e vontades. Faço o que estiver ao meu alcance durante as intervenções”. (TO8)*

*“(...) o câncer começa a invadir outros órgãos o debilitando muito, já não tendo o que fazer. O que podemos fazer é dar conforto até o fim da vida dele. Damos o nosso melhor, mas pelo estado da doença já não tem o que fazer além de conforto, além de dar o melhor para ele”. (N1)*

## **5 DISCUSSÃO**

---

Na análise do perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, observa-se que houve predominância de profissionais de saúde do sexo feminino em relação ao sexo masculino. Esse achado é similar ao que foi encontrado em um estudo que objetivava identificar as fontes de satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de saúde que atuavam em uma Unidade de Internação Oncológica de uma instituição pública de saúde, no qual a maioria dos participantes era do sexo feminino (BORDIGNON et al., 2015). Outro estudo que objetivava verificar como ocorre o processo de trabalho de uma equipe multidisciplinar que atua em serviço de oncologia, demonstrou também que houve o predomínio de profissionais de saúde do sexo feminino (SILVA; HAHN, 2012).

Esses estudos demonstraram que a força de trabalho na área da oncologia foi composta principalmente por mulheres. O que vai ao encontro do estudo de Carvalho e Souza (2011), que destacaram que o cuidar, geralmente, representa na sociedade uma atividade fundamentalmente feminina; as mulheres buscam e/ou são encaminhadas para áreas de atuação que são caracterizadas como ideais para o sexo feminino, devido à construção de gênero que posiciona a mulher como “sensível” e “atenciosa”.

Ao longo da história, estudos de Lopes, Dellazzana-Zanon e Boeckel (2014) traz que havia uma divisão clara de papéis do homem e da mulher na sociedade. Sendo que o homem era considerado o provedor do lar, com autonomia para estabelecer regras e delegar funções e a mulher era a cuidadora doméstica, reclusa às atividades desenvolvidas unicamente dentro de casa.

Ainda, para essas autoras, nos dias atuais não se observa mais esta divisão, uma vez que nas últimas décadas, a mulher contemporânea vem acrescentando novas funções no seu estilo de vida, assumindo posições no mercado de trabalho, antes só ocupadas por homens.

As autoras supracitadas ressaltam que essas transformações na dinâmica familiar possam ter sido influenciadas por fatores como economia e tecnologia, as quais se movimentam continuamente ao longo do tempo, mas também pela maior participação sócio-política da mulher. Assim, a mulher passou a se estruturar como um indivíduo mais valorado, criando um novo olhar para si, diferente daquele concebido até metade do século XX vista como cuidadora doméstica.

Além disso, a literatura mostra que em relação ao gênero nas profissões da saúde pode-se observar intensa feminização em todo o âmbito da saúde,

principalmente na categoria profissional da enfermagem (CARRILLO-GARCÍA et al., 2013).

A respeito da média de idade verificada dos participantes dessa pesquisa foi de 30,32 anos, sendo a mínima 24 anos e a máxima 49 anos, corroborando os achados das autoras Bordignon et al. (2015), as quais observaram em seu estudo que a idade média dos profissionais de saúde que trabalhavam com pacientes com câncer foi de 38,6 anos, variando de 23 a 57 anos.

Quanto ao estado civil, há um número maior de solteiros que difere dos resultados encontrados em alguns estudos, que tiveram um predomínio de profissionais de saúde casados que atuavam na área da oncologia (CARVALHO; SOUZA, 2011; SILVA; HAHN, 2012).

No que se refere à religião, a maioria dos participantes declarou-se católica, o que vai ao encontro dos resultados divulgados pelo Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que demonstraram que o perfil religioso predominante da população brasileira é católico, embora esta religião esteja perdendo adeptos, passando de 73,6% em 2000 para 64,6% em 2010 (IBGE, 2010).

Essa informação pode ser encontrada no estudo de Silva e Hahn (2012) onde a maioria dos profissionais de saúde (77%) que trabalhavam na área da oncologia eram católicos. Em contrapartida, um estudo que objetivava descrever os significados que a equipe multiprofissional detém sobre o processo de morrer e a morte, demonstrou que a maioria denominou-se evangélica (BARBOSA; MASSARONI; LIMA, 2016). Este fato pode ser explicado, pois os evangélicos são o segmento religioso que mais tem crescido em nosso país. No ano de 2000, eles representavam 15,4% da população. Em 2010, chegaram a 22,2%, tendo um aumento de cerca de 16 milhões de adeptos (IBGE, 2010).

Sobre o grau de escolaridade, todos os participantes possuem nível superior e relataram que fizeram ou que estão fazendo pós-graduação. Esse achado corrobora alguns estudos onde a grande maioria dos profissionais de saúde tinha nível superior, especialização ou pós-graduação (CARVALHO; SOUZA, 2011; SILVA; HAHN, 2012; BARBOSA; MASSARONI, 2016).

O tempo médio de experiência profissional de todos os participantes na área da oncologia foi de 4,01 anos – dado semelhante ao que foi encontrado em um estudo em que o tempo médio de atuação dos profissionais de saúde na referida área foi de 4,5 anos (BORDIGNON et al., 2015).

De acordo com Bastos et al. (2016) há uma deficiência na formação dos profissionais de saúde com habilidades relacionadas aos cuidados paliativos. Estes autores ressaltam que todos os profissionais de saúde e funcionários de instituições hospitalares devem ser capazes de fornecer cuidados paliativos adequados, mas para que isso aconteça, torna-se necessário que essas pessoas sejam treinadas para fornecer o mais elevado padrão de cuidados no intuito de atender às necessidades tanto do paciente quanto de seus familiares no decorrer do processo de morte e morrer.

Essa informação é evidenciada nesse estudo, onde houve o predomínio de profissionais com especialização em oncologia em relação àqueles que a possuem na área de cuidados paliativos. Isso demonstra a necessidade de oferecer a esses participantes capacitação e treinamento voltados a essa última área citada, principalmente pelo fato da oncologia ser uma especialidade considerada estressante por apresentar situações de contato com a morte, e que exige cuidados de alta complexidade e paliativos (HERCOS et al., 2014).

Além disso, a literatura científica traz que embora esteja ocorrendo um crescimento expressivo de cuidados paliativos no Brasil, as universidades, cursos de graduação e de pós-graduação deveriam ter em suas grades disciplinas que abordassem a temática dos cuidados paliativos, mas isso não acontece, e na maioria das vezes a experiência se dará apenas na prática profissional, o que acaba dificultando o trabalho das equipes de uma forma geral (FIGUEIREDO, 2006; HERMES; LAMARCA, 2013). Dessa forma, os profissionais de saúde podem apresentar dificuldades para prestar cuidados ao paciente e interagir com seus familiares frente à possibilidade da morte (CARDOSO et al., 2013).

Percebe-se, assim, que na tentativa de superar as dificuldades encontradas no processo de terminalidade, os cuidados paliativos surgem como uma modalidade terapêutica que tem por filosofia melhorar a qualidade de vida dos pacientes e das famílias no enfrentamento de doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e do alívio dos sofrimentos físicos, psicossociais e espirituais, dando prioridade a uma abordagem multiprofissional (WHO, 2002; ANCP, 2012). Salienta-se que, o processo de trabalho em oncologia é fundamentado na equipe multidisciplinar em decorrência da crescente aceitação do modelo de atenção integral com abordagem biopsicossocial em saúde, que faz com que se fortaleça o interesse pelo trabalho nessa modalidade (SILVA; HAHN, 2012).

Em relação às categorias que emergiram após a análise de conteúdo temática, elas serão discutidas, a seguir, à luz da literatura científica especializada no assunto, principalmente por meio do referencial teórico de Robert A. Neimeyer sobre a “Construção dos Significados” perante o luto, que por sua vez é embasado na teoria do construcionismo, na qual a pessoa é vista como uma construtora ativa de significados e com base na ideia de que os sistemas humanos, desde o indivíduo singular às organizações e comunidades, procuram constantemente o seu lugar no mundo e dar significado às suas experiências (NEIMEYER, 2007).

Essa teoria defende que o papel ativo das pessoas na construção de suas experiências humanas, e a atribuição de significado em face dessas experiências é um processo de construção por parte do indivíduo que recorre à linguagem para dar significado e para expressar dimensões importantes da sua experiência no mundo (SEBASTIÃO, 2017).

Dessa forma, Neimeyer (2007), com base no construcionismo, defende um novo paradigma para a compreensão do luto, ao afirmar que a construção de significados é um processo ativo diante da perda. Sendo que a narrativa escolhida pelo enlutado para contar a sua história de perda e os significados atribuídos a ela são de vital importância para o desenvolvimento de um luto saudável. Ademais, é por meio das narrativas que organizamos, damos significado ao mundo. Em razão disso, elas estruturam o nosso sentido de individualidade, o que possibilita ao investigador obter dados importantes em relação à forma como a pessoa constrói seus significados perante a perda de alguém que foi significativo em sua vida (NEIMEYER, 2007).

Percebe-se, assim, que esse referencial teórico sobre a construção de significados na vida do enlutado, auxilia o pesquisador a compreender que a morte apesar de ser um fenômeno universal para todos os seres humanos, independentemente de seu contexto histórico, cultural ou familiar. Os significados atribuídos a ela são pessoais, e, portanto, diferentes para cada pessoa.

## **5.1 Significados da escolha vocacional na área da oncologia**

A literatura científica mostra que o câncer é uma doença crônico-degenerativa, cuja incidência tem crescido progressivamente no Brasil, e hoje ocupa o segundo lugar dentre as principais causas de morte por doença, ficando atrás apenas das doenças cardíacas (BRASIL, 2011; INCA, 2014). Além disso, existe uma relação do

câncer com a dor, o sofrimento, a deterioração do ser e a sensação de finitude, a qual remete à importância do cuidado, que não se deve ser limitado à doença e às suas manifestações físicas (NEVES et al., 2017).

Mediante essas informações, percebe-se nesse estudo que um dos sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde ao trabalhar com os pacientes com câncer foi o interesse despertado em ajudá-los desde o período da graduação e pelo contato prévio que alguns destes profissionais tiveram com esses indivíduos fora do contexto universitário. Isso proporcionou a esses participantes o conhecimento sobre as repercussões clínicas dessa doença na vida da pessoa acometida, e corrobora o estudo de Buetto (2009), no qual houve o interesse de alguns profissionais de enfermagem em se especializarem na área da oncologia graças ao contato que tiveram com pacientes com câncer em estágios durante o período da graduação.

Esta autora ressalta que a doença oncológica exerce influência em todos os aspectos da vida da pessoa, para além do fisiológico. Deste modo, a assistência ao paciente oncológico envolve, além de conhecimentos técnicos, a capacidade e a habilidade de compreender os sentimentos, os valores e crenças dessas pessoas, no intuito de sanar e atender suas necessidades no decorrer do processo do tratamento (BUETTO, 2009; OLIVEIRA; CURY, 2016). Dessa maneira, estes profissionais almejavam propiciar aos pacientes com câncer conforto e o melhor tratamento possível, na tentativa de sanar suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.

Além disso, estudos têm mostrado que é essencial para a melhoria da qualidade de vida de pacientes com câncer, integrar os aspectos da espiritualidade e religiosidade no tratamento desses indivíduos (BERTACHINI; PESSINI, 2010; BERNARDES et al., 2014). Sendo que a religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião e a espiritualidade uma busca pessoal de compreensão relacionada a questões existenciais, como por exemplo, o fim e o sentido da vida, e suas relações com o sagrado e/ou transcendente que pode ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas (KOENIG, 2012).

Nota-se que esse olhar diferenciado permite humanizar o cuidar e possibilita acolher as angústias da pessoa com câncer diante da fragilidade do corpo, da mente e do espírito (BERNARDES et al., 2014). Assim, o profissional de saúde, ao identificar as necessidades espirituais/religiosas do paciente, pode ajudar o mesmo a melhor lidar com a sua doença, além de desenvolver uma melhor relação paciente-

profissional, fortalecer a adesão e a crença no tratamento (SILVA et al., 2012). Corroborando um estudo que objetivava descrever a importância da religiosidade/espiritualidade no processo saúde-doença sob a percepção de pacientes em tratamento oncológico, constatou-se que a religiosidade/espiritualidade possui altos níveis de importância no enfrentamento do processo saúde-doença para esses pacientes, sendo que os autores do referido estudo destacam a necessidade do envolvimento dos profissionais de saúde com temas que abordem a religiosidade/espiritualidade, no intuito de promover conforto emocional e cuidado espiritual a esses pacientes (CORREIA et al., 2016). Outro estudo que objetivava compreender a espiritualidade sob o ponto de vista de enfermeiros que cuidam de pacientes em regime de cuidados paliativos, constatou que a espiritualidade, para esses profissionais de saúde, era uma dimensão importante da assistência paliativa. Consideravam que a espiritualidade traduz uma fonte de força, conforto e fé, o que possibilita uma melhora no quadro clínico de pacientes em regime de cuidados paliativos por facilitar a aceitação e o enfrentamento desses indivíduos no que se refere ao seu processo de adoecimento (EVANGELISTA et al., 2016).

Ademais, outro aspecto a ser ressaltado é que alguns participantes desse estudo fizeram Residência Multiprofissional e outros a Residência Médica na busca de se qualificarem para o mercado de trabalho. Que vai ao encontro da Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 2, de 13 de abril de 2012, que traz que os programas de Residência multiprofissional foram criados com a Lei nº 11.129, de 2005, orientados pelas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), baseados nas necessidades locais e regionais em consonância com o perfil socioepidemiológico da população brasileira. Constituem uma modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, destinada às profissões da saúde – exceto a médica – sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais, duração mínima de 02 anos e em regime de dedicação exclusiva. Tais programas abrangem as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Com base na resolução mencionada acima, os programas de Residência Multiprofissional são desenvolvidos por intermédio de parcerias com gestores, trabalhadores e usuários, com o objetivo de favorecer a inserção qualificada de

profissionais de saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias do SUS.

Percebe-se que a profissão da medicina não faz parte da Residência Multiprofissional, pois a Residência Médica, regulamentada pelo decreto nº 80.281, se constitui uma modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, podendo ser desenvolvida em instituições de saúde, universitárias, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. Esses programas tem uma duração mínima de um ano, devendo corresponder a um mínimo de 1.800 horas de atividade. Além do treinamento em serviço, os programas de Residência Médica compreendem um mínimo de quatro horas semanais sob a forma de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, sempre com a participação ativa dos alunos (BRASIL, 1977).

Em ambos os programas de Residência, nota-se que o objetivo é qualificar os profissionais supracitados a trabalhar em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde. Embora alguns desses programas não sejam voltados exclusivamente para área da oncologia, alguns profissionais tiveram contato com os pacientes com câncer durante o período em que estavam fazendo a pós-graduação *latu sensu*, nas instituições onde fizeram suas residências, o que lhes despertou o interesse em trabalhar posteriormente com esta clientela. Porém, nesse estudo pode-se observar que outros profissionais já tinham o interesse em atuar nessa referida área, os levando a optar por fazer Residência Multiprofissional em Oncologia em instituições que ofereciam essa modalidade de residência, a fim de capacitá-los a trabalhar nessa área. Este fato pode ser corroborado pelo estudo das autoras Silva et al. (2012) que nos mostra que o objetivo da Residência Multiprofissional em Oncologia é de capacitar profissionais da área da saúde para atuarem na Rede de Atenção Oncológica, nas atividades de assistência, ensino e pesquisa, em uma perspectiva interdisciplinar e de acordo com os princípios do SUS.

Outro sentido atribuído ao trabalhar na área da oncologia foi por ela ser a primeira oportunidade de trabalho que alguns participantes, recém-formados, tiveram no início de sua carreira profissional ou por aprovação em concurso público. Isso vai ao encontro dos resultados obtidos em um estudo em que alguns profissionais de saúde iniciaram sua inserção no mercado de trabalho por meio da área da oncologia,

e constatou-se que o recém-formado na busca pela inserção no mercado de trabalho acaba não selecionando uma área de maior interesse ou de maior habilidade e conhecimento; e que devido à competitividade, nem sempre lhe é dada a possibilidade de definir ou escolher a área de atuação (BUETTO, 2009). Ainda de acordo com os achados deste mesmo estudo, as oportunidades da primeira inserção no mercado de trabalho de outros participantes também foram mediadas por cargos públicos, nos quais não foi exigida experiência profissional prévia (BUETTO, 2009).

Sabe-se que as experiências pessoais influenciam as pessoas na escolha de uma especialidade profissional, o que faz com que se tornem agentes ativos e críticos no processo de aquisição de conhecimentos para assegurar a possibilidade de ajudar seu semelhante (LABATE; CASSORLA, 1999; BUETTO, 2009). Este fato pode ser observado nesse estudo, em que a experiência prévia de casos de câncer na família, em amigos e em si mesmos acabaram despertando o interesse de alguns participantes em trabalhar com pessoas com câncer, principalmente por presenciarem as dificuldades que seus entes queridos estavam enfrentando, incluindo aquelas que afetam o desempenho de atividades cotidianas, ocasionadas pelas repercussões clínicas dessa doença.

Essa dificuldade em realizar as atividades cotidianas pode ser observada no estudo de Fangel et al. (2013) que objetivava avaliar a capacidade funcional, a qualidade de vida em mulheres com câncer mamário que terminaram o tratamento oncológico há no máximo um ano e concluiu-se que essas participantes vivenciaram alteração em sua capacidade funcional, o que ocasionou prejuízos na realização de suas atividades cotidianas e em sua participação social, levando a um comprometimento da qualidade de vida desses indivíduos. Assim, essas experiências pessoais fizeram com que esses profissionais de saúde buscassem informações e se especializassem na área da oncologia, na tentativa de auxiliar no tratamento das pessoas que faziam parte de suas vidas e que estavam com câncer.

Pode-se observar também, nesse estudo, que a maioria dos profissionais de saúde atribuiu ao câncer o sentido de uma doença crônica que carrega fortes estigmas sociais por estar associada à mortalidade, à dor e ao sofrimento, tanto para o paciente quanto para seus familiares, impondo mudanças no cotidiano de ambos graças ao tratamento da doença. Esses achados podem ser evidenciados em estudos que mostram que, historicamente, o câncer é visto como uma doença que se reveste de estigmas, estando quase sempre associada a uma sentença de morte e

acompanhada por dor e sofrimento (CARVALHO, 2008; BERNARDES et al., 2014).

Essa visão pode estar relacionada ao fato de que, apesar dos avanços científicos e tecnológicos no âmbito dos tratamentos oncológicos, cabe lembrar que nenhum deles se coloca ainda como garantia de sucesso de tratamento e muitos pacientes acabam indo a óbito por causa dessa enfermidade (OLEINICZAK et al., 2011; OLIVEIRA; CURY, 2016). Dessa maneira, o impacto de uma doença como o câncer não afeta apenas a pessoa acometida, mas estende-se a todos do seu convívio, impondo mudanças, exigindo uma reorganização da rotina familiar para incorporar as atividades cotidianas e os cuidados que a doença e o tratamento do paciente exigem (CARVALHO, 2008; NEVES et al., 2017).

Por outro lado, os profissionais de saúde relataram que o contato que tiveram com pacientes com câncer constituiu-se em uma experiência de aprendizado e crescimento pessoal, tanto para eles próprios quanto para os pacientes e seus familiares. Corroborando um estudo de revisão bibliográfica que objetivava identificar e analisar a relação entre câncer e morte para o paciente e seus familiares, desde o recebimento do diagnóstico até seu desfecho, concluiu-se que ainda que essa doença possa representar uma experiência negativa para o ser humano, a mesma pode representar aprendizado e crescimento, tanto para o paciente e seus familiares quanto para os profissionais de saúde, resignificando seus valores e crenças (BOSSONI et al., 2009). Em outro estudo que objetivava compreender a experiência de profissionais no cuidado a pacientes oncológicos, os autores concluíram que a experiência de cuidado em Oncologia contribuiu para o crescimento pessoal e profissional dos profissionais de saúde, e possui o potencial de torná-los “mais humanos” (OLIVEIRA; CURY, 2016).

Em virtude do que foi mencionado, percebe-se que o câncer se torna uma experiência que possibilita a renovação dos valores tanto do paciente quanto dos seus familiares. Apesar disso, os participantes desse estudo relataram que algumas famílias, como resultado das repercussões clínicas dessa doença, se tornaram mais unidas, enquanto outras se desfizeram. Isso vai ao encontro da literatura afim, que nos mostra que o surgimento do câncer em qualquer núcleo familiar pode ser avaliado como uma “catástrofe”, podendo despertar sentimentos diversos, dentre eles, choque, incerteza, impotência no sentido de não saber o que fazer e como reagir na frente do paciente, de modo que se observa famílias que renovam os seus valores e tendem a ficar mais unidas, enquanto as mais vulneráveis podem se fragmentar e se desfazer

(CARVALHO, 2003; BOSSONI et al., 2009; ESTEVES, 2016).

## **5.2 Sentimentos vivenciados mediante a morte do paciente com câncer**

A morte é o evento no qual se encerra a vida, situação capaz de trazer aos seres humanos reações emocionais, principalmente nos profissionais de saúde que vivenciam diariamente o processo de morte e morrer da pessoa que está sob seus cuidados (MACHADO et al., 2016). Ela se constitui como fenômeno único e individual, em que se encerra a vida biológica (ARAÚJO; VIEIRA, 2004; FERREIRA; WANDERLEY, 2012). E o morrer pode ser definido como o intervalo entre o momento em que uma doença deixa de ter condições de cura até aquele em que o paciente não mais reage a qualquer medida terapêutica, progredindo para a morte (MORITZ, 2005; BARBOSA; MASSARONI; LIMA, 2016).

Além desses aspectos sobre a morte e o morrer, a literatura científica revela que, na Idade Média, a morte não passava de um evento considerado natural, domiciliar e familiar, com amplo significado religioso. Mas, atualmente, a morte é tratada como tabu na cultura ocidental, tendo sido, no decorrer dos séculos, deslocada da casa para o hospital, pois as pessoas começaram a sentir que o hospital era o local onde mais recursos humanos e tecnológicos estavam disponíveis para evitar que a morte ocorresse (ÀRIES, 2012). Deixando assim de constituir um fenômeno natural, ela se transforma numa morte fria, escondida e profundamente indesejada (ÀRIES, 2012; KOVÁCS, 2015).

Quanto a isto, percebe-se que na sociedade ocidental há uma tendência de afastamento da ideia da morte, com uma falsa crença de imortalidade em decorrência dos avanços dos conhecimentos e tecnologias médicas na prevenção e no tratamento das doenças, que possibilitaram um aumento considerável na expectativa de vida do ser humano. Assim, as pessoas sobrevivem até uma idade avançada e geralmente se encaminham para morrer no hospital, em vez de em casa, como ocorria no passado. Isso faz com que seja mais comum para os profissionais de saúde presenciar a morte das pessoas que estão sob os seus cuidados (MACHADO et al., 2016). Ademais, vivemos em uma sociedade que impugna a morte, além de, em sua maioria apresentar uma visão negativa em relação a esse evento inevitável da vida (KOVÁCS, 2015).

Estudos mostram que quase todos os profissionais da saúde encaram a morte com sentimentos de incerteza, medo, tristeza, frustração, impotência, angústia e

desespero (KUSTER; BISOGNO, 2010; SANTOS; BUENO, 2011; ABRÃO et al., 2013; MACHADO et al., 2016).

Alguns desses sentimentos podem ser evidenciados neste estudo, em que a ocorrência da morte do paciente com câncer despertou nos profissionais de saúde sentimentos de tristeza, impotência, compaixão, frustração, desesperança; e sentiam-se impotentes e frustrados quando percebiam que mesmo com os cuidados ofertados ao paciente, o mesmo acabava indo a óbito em decorrência do câncer. Corroborando o estudo de revisão integrativa de Santos e Hormanez (2013), que objetivava investigar a atitude de profissionais e estudantes de enfermagem frente à morte, verificou-se que a perda de um paciente pode despertar nesses indivíduos sentimentos diversos, tais como tristeza, decepção, inconformismo, insatisfação, culpa, angústia, ansiedade, depressão, fragilidade, autorreprovação, baixa autoestima, dor, injustiça, desamparo, derrotismo, fracasso, impotência, choque, aversão, raiva, frustração e incerteza. Outros estudos mostram que pelo fato dos profissionais de saúde terem, geralmente, uma formação acadêmica voltada à reabilitação e restauração da saúde com vistas ao prolongamento da vida e cura, eles acabam vendo a morte como um insucesso, fracasso profissional, que os leva a despertar sentimentos de culpa, frustração e tristeza (MORITZ, 2005; OLIVEIRA et al., 2013; SANTOS; AOKI; OLIVEIRA-CARDOSO, 2013; BARBOSA; MASSARONI; LIMA, 2016; MACHADO et al., 2016).

Em relação a isso, Kovács (2005) traz que quando o profissional da área da saúde não consegue evitar ou adiar a morte, ou aliviar o sofrimento de seu paciente, pode ser trazida a este profissional uma vivência de seus limites, impotência e finitude, o que pode ser extremamente doloroso. Quanto a isto, essa autora enfatiza a necessidade de oferecer aos profissionais de saúde a educação para a morte, a fim de prepará-los para lidar com ela – o que vai ao encontro de um estudo que destacou a necessidade de capacitação para os profissionais de saúde quanto à tanatologia, ciência que estuda os mais diversos aspectos da morte, além da necessidade da formação de grupos que favoreçam a troca de experiências, reflexões e discussões entre os profissionais como elemento de suporte e fortalecedor ao trabalhador na área da saúde que vivencia situações de morte em sua atividade laboral. Essa formação deverá prepará-los para fazer com que a morte seja digna e humanizada para todos aqueles que vivenciarem o processo sob seus cuidados (MACHADO et al., 2016). Outro estudo que procurava averiguar a relevância da educação para a morte nos

cursos de medicina, enfermagem e psicologia, bem como o preparo de seus alunos para se defrontarem com a morte por conta da profissão que escolheram, constatou que a morte ainda é uma temática pouco abordada na educação de futuros médicos, enfermeiros e psicólogos e destacou a necessidade da inclusão de temas de tanatologia nos cursos de graduação na área da saúde como um fator crucial para que os alunos exponham seus conflitos com relação ao tema da morte, abrindo um espaço nas salas de aula para poder falar livremente sobre esse assunto, no intuito de prepará-los para lidar com a morte de seus pacientes no exercício de suas respectivas profissões (LIMA; BUYS, 2008).

Salienta-se que os profissionais de saúde se envolvem com os pacientes e comumente sofrem ao vivenciar ou mesmo perspectivar a morte de quem cuidam (MACHADO et al., 2016). Quanto a isto, nota-se que a morte nem sempre atingirá a equipe de saúde que cuida do paciente enfermo de forma semelhante, sendo que o nível da perda pode ser determinado pelo grau de envolvimento que havia entre esses indivíduos. Com a morte do paciente, esse evento acaba se constituindo no término de um relacionamento afetivo que havia sido estabelecido, o que ocasiona inevitavelmente o rompimento do vínculo (SOUSA et al., 2009).

Nesse sentido, percebe-se que o envolvimento no processo de morte e morrer está intimamente relacionado com o tempo de internação do paciente, contribuindo para que o sofrimento dos profissionais de saúde se torne mais intenso com a morte de pacientes que permaneceram mais tempo hospitalizados, com os quais estabeleceram maior vínculo (SOUSA et al., 2009; KUSTER; BISOGNO, 2010).

A informação supracitada se evidencia no estudo aqui apresentado, onde os participantes relataram que a morte de seus pacientes com câncer causava mais sofrimento e tristeza que outras, em consequência do fato de que alguns pacientes permaneciam mais tempo em contato com esses profissionais durante a internação, o que favorecia a criação do vínculo. Quando ocorria a morte desses indivíduos, o vínculo era rompido, o que gerava sentimentos de tristeza e perda, provocando o luto – que é uma reação subsequente a uma perda e/ou separação (CÔRREA, 2010; FERNANDES et al., 2015).

Este achado supracitado é evidenciado em um estudo que objetivava compreender a concepção de morte para os profissionais de saúde que trabalhavam em uma unidade hospitalar de cuidado intensivo. Constatou-se que quando os profissionais de saúde tinham um vínculo afetivo com o paciente, a morte do mesmo

era considerada mais difícil de aceitar em decorrência da relação afetiva que havia entre eles. Assim, nesse caso, a morte configurava-se como uma perda (COMBINATO; QUEIROZ, 2011).

Além disso, nesse estudo, observa-se que o sentimento atribuído de perda e tristeza em relação ao paciente com câncer tornou-se mais intenso para os participantes diante da morte de pacientes jovens ou ainda crianças, por se tratar de pessoas que estavam começando a viver, e pelo pensamento dos participantes de que as mortes deveriam ocorrer apenas na velhice; dessa maneira, a morte do idoso foi considerada de mais fácil aceitação por fazer parte do percurso natural da vida. Essas descobertas corroboram os achados de estudos que mostram que a morte de idosos e adultos em estado de saúde grave ou comprometido é considerada um fato aceitável. Já a morte de crianças e de jovens caracteriza-se como um fato impactante, que causa mais angústia e sofrimento nos profissionais de saúde (COMBINATO; QUEIROZ, 2011; KUHN; LAZZARI; JUNG, 2011; ABRÃO et al., 2013; LIMA; COSTA JÚNIOR, 2015; BARBOSA; MASSARONI, 2016).

Cabe ressaltar que a morte é uma possibilidade sempre presente na vida das pessoas e não ocorre somente na velhice, até porque, desde o seu nascimento, o homem já é suficientemente velho para morrer. Ainda assim, ela acaba sendo mais aceita e esperada em pacientes idosos (MELLO; SILVA, 2012; LIMA; COSTA JÚNIOR, 2015).

Outra questão importante evidenciada nessa pesquisa, diz respeito a alguns profissionais que, na tentativa de se protegerem e não vivenciarem sentimentos que podiam lhes causar alguma “desestabilização” emocional ou sofrimento, acabavam criando mecanismos de enfrentamento durante o processo de morte de seus pacientes, procurando manter distância ou não se envolverem afetivamente com os mesmos (KUSTER; BISOGNO, 2010). Este achado é encontrado em um estudo cujo objetivo era compreender as representações sociais dos enfermeiros acerca da religiosidade ao cuidar de pacientes com câncer em processo de morte, no qual verificou-se que alguns desses profissionais acreditam que para desempenhar bem sua prática profissional em unidades oncológicas, devem se manter distantes, evitando construir vínculos de afeto, carinho e amizade com os pacientes e familiares, para evitar o sofrimento em situações de morte (ABRÃO et al., 2013).

Outro estudo traz que, na tentativa de minimizar o sofrimento frente à morte dos pacientes, os profissionais de saúde desenvolvem certos mecanismos de

enfrentamento, tentando permanecer distantes ou evitando o contato com o paciente que foi a óbito e seus familiares (KUHN; LAZZARI; JUNG, 2011).

Esses achados são similares ao encontrado no estudo de Barbosa e Massaroni (2016) que mostra que os profissionais de saúde, ao se depararem com sucessivas experiências de morte, passam a lidar com essa experiência com frieza, pois – o que se percebe na visão dos participantes deste estudo – tratar a morte com certo distanciamento pode minimizar a dor da perda em relação ao seu paciente, e indiretamente o “fracasso” profissional por não conseguir salvá-lo. Assim, segundo essas autoras, esse distanciamento pode ocorrer como uma forma de proteção do sofrimento vivenciado pela morte do paciente.

### **5.3 Significados atribuídos às dificuldades mediante a morte do paciente com câncer**

Na literatura, evidencia-se que o cuidado ao paciente com câncer pode ocasionar aos profissionais de saúde sobrecarga física e emocional, por conviverem diariamente, em função do seu trabalho, com a dor, o sofrimento e a possibilidade de perda de seus pacientes, o que demonstra a necessidade de também serem cuidados (BERNARDES et al., 2014; CARMO; OLIVEIRA, 2015; SIQUEIRA et al., 2015). Este fato pode ser observado nesse estudo, onde os profissionais de saúde afirmaram que uma das dificuldades em trabalhar com pacientes com câncer foi a carência de acompanhamento e suporte psicológico para o enfrentamento do luto pessoal mediante a perda de pacientes que mantiveram contato durante o período de internação.

Cabe ressaltar que uma perda seguida de uma precária elaboração do luto, ou seja, quando não se permite a expressão do sentimento de tristeza frente a uma perda que seja significativa para o indivíduo, pode ocasionar no mesmo, em consequências como a maior possibilidade de adoecimento (OLIVEIRA et al., 2013). Quanto a isto, percebe-se que o luto mal elaborado pode afetar os profissionais de saúde que cuidam do sofrimento alheio por não terem, geralmente, espaço para cuidar da sua própria dor (KOVÁCS, 2015).

Assim, os participantes enfatizaram que na ocorrência do óbito de seus pacientes, acabavam, na maioria das vezes, não sendo notados pela instituição em que trabalhavam, e sentiam a necessidade da criação de espaços nos quais

pudessem ser acolhidos e ouvidos. Corroborando um estudo no qual se constatou que muitos profissionais de saúde, por conviverem constantemente com a possibilidade de morte de seus pacientes, sentem a necessidade de atendimento/acompanhamento psicológico (OLIVEIRA et al., 2013). Outro estudo demonstrou que os profissionais de saúde que cuidam de pessoas com câncer, além de necessitarem de apoio psicológico, também necessitam de uma jornada de trabalho menos intensa e de momentos de descontração/lazer no âmbito da instituição em que trabalham para poder cuidar de si mesmos (KAPPAUN; GOMEZ, 2013).

No que diz respeito ao sentido atribuído de dificuldade na comunicação da morte do paciente aos seus familiares e na oferta de suporte/conforto aos membros da família deste indivíduo, estudos mostram que comunicar a morte de um paciente acaba sendo, provavelmente, uma das tarefas mais difíceis que os profissionais de saúde enfrentam em sua atividade laboral, pela possibilidade de ocasionar um forte impacto psicológico na família que perdeu seu ente querido (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012; CARMO; OLIVEIRA, 2015).

Desse modo, percebe-se que na comunicação de más notícias, qualquer notícia que afeta drasticamente e negativamente a perspectiva de futuro de quem a recebe tem uma conotação especial, que poderá conduzir os familiares dos pacientes a um estado de crise emocional, e para os profissionais de saúde essa situação ocasionará tensão, que pode estar relacionada à falta de treinamento dos profissionais nesse tipo de comunicação (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2012; CARMO; OLIVEIRA, 2015; BASTOS et al., 2016).

Tais achados corroboram alguns estudos que demonstraram que os profissionais de saúde apresentaram dificuldades em lidar com a morte de seus pacientes em processo de morrer, na oferta de apoio aos seus familiares, e inclusive em comunicar notícias difíceis a esses indivíduos (KUSTER; BISOGNO, 2010; ABRANTES et al., 2011, CARMO; OLIVEIRA, 2015; MONTEIRO; QUINTANA, 2016).

Desse modo, torna-se necessário que durante a formação de profissionais da área da saúde, a comunicação de más notícias seja incluída como uma disciplina fundamental, tanto na graduação, na pós-graduação quanto na educação continuada de instituições hospitalares, a fim de capacitá-los para aprimorar suas habilidades de comunicação e para saber o que, como, e quando falar, pois a forma como a notícia é transmitida é um fator crucial para o enfrentamento de doenças que ameaçam a continuidade da vida, bem como o é amparar e mostrar-se solidário à dor do outro que

perdeu seu ente querido (GEOVANINI; BRAZ, 2013; BASTOS et al., 2016).

Além disso, os participantes desse estudo enfatizaram a importância da equipe multiprofissional, principalmente com o apoio do profissional da psicologia, no intuito de atender as necessidades da família enlutada. Alguns deles relataram a falta de preparo para lidar com tal situação (morte), indo na mesma direção do estudo de Oliveira, Maranhão e Barroso (2017), que mostra que nenhuma ciência ou especialidade, separadamente, consegue abranger a complexidade da existência humana, e por isso há a necessidade de uma equipe multiprofissional para lidar com todas as dimensões e formas de cuidar, buscando a redução do sofrimento e da dor, e conseqüentemente, a qualidade de vida do paciente com câncer e de seus familiares.

Destacam-se ainda que os pacientes ao receberem o diagnóstico de uma doença que ameaça a vida, como o câncer, as emoções tornam-se mais intensas, principalmente pelo medo da morte e das mudanças que essa doença poderá ocasionar em suas respectivas vidas e na de seus familiares. Assim, o profissional de psicologia poderá atuar de várias formas, atendendo o paciente, a família e os profissionais, e avaliando as condições psíquicas para o enfrentamento do processo de adoecimento e morte.

Observa-se que essa dificuldade em lidar com a morte pode estar relacionada ao fato de alguns participantes mencionam a carência de capacitação que possuem sobre assuntos voltados à finitude da vida/morte e sobre cuidados paliativos, pois apesar da maioria possuir especialização em oncologia, muitos deles não foram capacitados para atuar em cuidados paliativos. Isso confirma os achados de estudos que mostram a finitude e cuidados paliativos como uma lacuna na formação dos profissionais de saúde, pois durante a formação profissional, o enfoque principal é a preservação da vida e a cura em detrimento da morte como um fato da natureza humana (TOLEDO; PRIOLLI, 2012; HERMES; LAMARCA, 2013; KAPPAUN; GOMES, 2013; BERNARDES et al., 2014).

Ademais, tais estudos enfatizam a necessidade da reformulação das grades curriculares para que os futuros profissionais de saúde possam ser estimulados desde a graduação a debaterem sobre as temáticas morte e cuidados paliativos, para adquirir conhecimento para trabalhar com os pacientes que estão fora das possibilidades curativas e atravessando situações de morte (TOLEDO; PRIOLLI, 2012; HERMES; LAMARCA, 2013; KAPPAUN; GOMES, 2013; BERNARDES et al.,

2014).

Dessa forma, os profissionais dessa pesquisa reconhecem a importância da capacitação e da abordagem qualificada em cuidados paliativos para subsidiar o manejo do processo de final de vida de seus pacientes e a oferta de conforto e suporte aos familiares dessas pessoas. Isso vai ao encontro da literatura afim, que destaca que apesar da terminalidade da vida estar definitivamente confirmada, quando todas as possibilidades terapêuticas de cura para favorecer a vida do paciente com câncer se esgotaram e a morte torna-se previsível e inevitável, tanto o paciente quanto seus familiares devem receber apoio e acolhimento dos cuidados paliativos, por uma equipe multiprofissional, que defende a morte como um processo natural e que proporciona cuidados que visam controlar e diminuir todos os sintomas decorrentes da doença por meio da prevenção, além de aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, incluindo o apoio à família e a atenção ao luto (ANCP, 2012; CAPELLO et al., 2012; FERNANDES et al., 2015).

Vale ainda ressaltar que profissionais especializados e treinados em assistir pacientes em cuidados paliativos apresentam melhores resultados no controle de sintomas físicos como dor, bem como dos sofrimentos psicossociais, e a capacitação dos mesmos precisa ser priorizada pelos serviços de saúde para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas relacionadas ao cuidado no fim da vida (HIGGINSON; EVANS, 2010; CARDOSO et al., 2013).

#### **5.4 Significados atribuídos à morte do paciente com câncer**

A morte é a única certeza da condição humana, e parte integrante da vida (BARBOSA; MASSARONI; LIMA, 2016). Apesar de ela ser um fenômeno universal para todos os seres humanos, independentemente do seu contexto histórico, cultural ou familiar, os significados atribuídos a ela são pessoais, e portanto, diferentes para cada pessoa (NEIMEYER, 2007). Além disso, os profissionais de saúde que trabalham com pessoas com câncer lidam diariamente com a possibilidade da morte de seus pacientes, pois é uma doença com tratamentos severos que podem levar a pessoa acometida inesperadamente à morte (CARMO; OLIVEIRA, 2015).

Diante do exposto, percebe-se que a morte é uma realidade na atividade laboral dos profissionais de saúde que cuidam de pacientes com câncer, mas os significados que irão construir frente a esse acontecimento serão únicos para cada um desses

indivíduos, como pode ser observado nesse estudo no qual, um dos sentidos atribuídos por eles à morte desses pacientes foi de um processo natural e fim de um ciclo que faz parte da vida dos seres humanos – dado este semelhante ao encontrado em estudos que constataram que a morte, para muitos profissionais da saúde, é considerada um processo natural, inerente à vida humana, pelo qual todas as pessoas irão passar (KUSTER; BISOGNO, 2010; ABRANTES et al., 2011; SANTOS; HORMANEZ, 2013; LIMA; COSTA JÚNIOR, 2015; BARBOSA; MASSARONI; LIMA, 2016).

Esses achados podem ser explicados pelo fato de que, uma vez que o tema “morte” muitas vezes causa constrangimento aos profissionais de saúde, muitos deles acabam considerando-a como um processo natural e inevitável, para que seja mais confortável lidar com ela (LIMA; COSTA JÚNIOR, 2015).

Observa-se ainda, nesse estudo, que a maioria dos participantes possui algum tipo de religião. Assim, alguns deles atribuíram à morte o sentido de transcendência, de passagem, de um chamado, ou a vontade de um ser superior que acreditam ser Deus, e não de um fim – corroborando os achados de estudos que constataram que os profissionais de saúde acreditam que a morte é uma passagem que leva às pessoas de uma vida à outra, ou seja, que há vida após a morte (SOUSA et al., 2009; KUSTER; BISOGNO, 2010; ABRANTES et al., 2011; ABRÃO et al., 2013; BARBOSA; LIMA, 2016). Dessa maneira, percebe-se que as crenças e os valores religiosos exercem influência nos significados da morte e que todas as religiões registram a crença de vida após a morte (BORGES; MENDES, 2012).

Cabe ressaltar que os profissionais de saúde, como seres humanos que são, procuram se apoiar em crenças religiosas para aceitar melhor a perda de seus pacientes. Assim, as pessoas que possuem envolvimento religioso, independente da crença religiosa, geralmente tendem a ter um maior grau de aceitação da morte, pois os ensinamentos religiosos concedem aos homens respostas sobre os porquês da vida e da morte e sobre o que acontece após a morte (BARBOSA; MASSARONI, 2016; MACHADO et al., 2016).

Além disso, um estudo que pretendia descrever os fatores que interferem na convivência dos profissionais da saúde com a morte e o processo de morrer, constatou que a espiritualidade, que existe de modo muito amplo e além de qualquer religião, constituindo a própria essência do homem, é um recurso para amenizar as angústias dos profissionais de saúde e uma estratégia para se tentar proporcionar conforto,

quando confrontado com a morte de seu paciente e na aceitação desse evento inevitável da vida (BARBOSA; MASSARONI, 2016). Isso se explica, pois a espiritualidade é um recurso de enfrentamento importante diante de situações consideradas difíceis, e auxilia a pessoa a lidar com o próprio sofrimento (EVANGELISTA et al., 2016).

Em contrapartida, para outros profissionais de saúde, quando o paciente com câncer está sofrendo intensamente em consequência das repercussões clínicas dessa doença e todas as possibilidades terapêuticas foram exauridas, já não sendo possível aliviar a dor dessa pessoa, a morte passa a ter o sentido de fim do sofrimento, tanto do paciente e de seus familiares quanto dos profissionais de saúde. Esse achado é evidenciado em estudos que demonstraram que quando o sofrimento do paciente fora das possibilidades terapêuticas de cura é intenso, a morte, na maioria das vezes, passa a ser compreendida como alívio da dor pela equipe de saúde que o assiste (SOUSA et al., 2009; MOTA et al., 2011; ABRÃO et al., 2013; SALIMENA et al., 2014). Observa-se, assim, que compreender a morte como a solução da dor, da angústia e de todo o processo que envolve o morrer, é uma forma que os profissionais encontram para se proteger do sofrimento psíquico decorrente da perda do paciente (MOTA et al., 2011).

Ademais, ressalta-se que os participantes dessa pesquisa demonstraram preocupação em propiciar aos seus pacientes com câncer um final de vida tranquilo, sem dor e sofrimento, principalmente quando se confirma a inevitabilidade da morte dessas pessoas, pois acabam reconhecendo que, independente do que se faça, nada impedirá que a morte aconteça, mas que eles pelo menos podem oferecer conforto a esses indivíduos, de acordo com aquilo que é preconizado em suas respectivas profissões. Esse achado tem o respaldo da literatura afim, que mostra que quando o paciente está em processo de morte, os profissionais de saúde que o acompanham podem e devem realizar cuidados que possibilitem diminuir sua dor física e seu sofrimento, identificando e atendendo suas necessidades e desejos, favorecendo sua maior proximidade com seus familiares, na tentativa de garantir que vivam as fases finais de suas vidas com dignidade (KUSTER; BISOGNO, 2010; MOTA et al., 2011; FERNANDES et al., 2015).

Assim, como já foi enfatizado nesse estudo, nota-se a importância de promover, para esse tipo de paciente, a prática dos cuidados paliativos, que é uma modalidade de cuidar que visa uma melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares

diante de uma patologia sem perspectiva de cura, e que ameaça a continuidade da vida mediante a prevenção, avaliação precoce, e alívio do sofrimento e do tratamento da dor, ou de outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais que acometem as pessoas com câncer que se encontram em fase terminal (FERNANDES et al., 2015).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Este estudo possibilitou a compreensão da construção dos significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer – sendo que alguns profissionais atribuíram à morte o sentido de um processo natural e de transcendência; outros, o fim do sofrimento, tanto do paciente e de seus familiares quanto dos profissionais de saúde.

Percebe-se, assim, que apesar da morte ser algo comum na atividade laboral desses participantes, os significados que atribuíram a esse evento inevitável da vida humana foram únicos e particulares, ou seja, por meio da teoria da construção do significado, foi possível revelar como é a realidade da morte ou da perda para esses indivíduos, ao invés de afirmar que a morte teve um significado universal para todos. Ressalta-se que essa teoria é embasada no construcionismo, onde a pessoa é vista como uma construtora ativa de significados que recorre à linguagem para dar significado e para expressar dimensões importantes de sua experiência no mundo.

Desse modo, a narrativa escolhida pelo enlutado para contar a sua história de perda e os significados atribuídos a ela são de vital importância para o desenvolvimento de um luto saudável, pois foi através dela que nós, pesquisadores, obtivemos os dados supracitados em relação à forma como esses profissionais construíram seus significados perante a perda de seus pacientes.

Observou-se, também, que na ocorrência da morte do paciente com câncer, despertaram nos profissionais sentimentos de tristeza, impotência, compaixão, frustração e desesperança, que podem ser resultado de uma formação profissional voltada ao tratamento e cura das doenças, levando-os a pensar ser possível curar sempre, o que causou frustração e impotência diante da impossibilidade de levar a pessoa acometida pelo câncer à cura.

Salienta-se que a morte de crianças e de jovens foi considerada de difícil aceitação em relação à morte do idoso, pois a morte precoce na visão dos participantes fere a ordem cronológica, em que o natural é nascer, crescer, amadurecer e morrer.

Outro aspecto a ser ressaltado é que os profissionais relataram a necessidade de receberem suporte psicológico para o enfrentamento do luto pessoal mediante a perda de seus pacientes, e de serem capacitados sobre assuntos voltados à finitude da vida, à morte, e a cuidados paliativos. Tais necessidades acabaram gerando dificuldades em lidar com a morte de seus pacientes. Na tentativa de se protegerem emocionalmente, alguns profissionais acabavam criando certos mecanismos de

enfrentamento durante o processo de morte dos pacientes com câncer, procurando manter distância ou não se envolverem afetivamente com os mesmos.

Nota-se, por meio desse estudo, a importância dos gestores dos serviços de atenção oncológica no desenvolvimento de ações que visem a capacitação e a qualificação desses profissionais quanto a assuntos que envolvam os cuidados paliativos e a morte, bem como na criação de espaços nas instituições em que eles trabalham, com objetivo de acolhê-los e prepará-los de forma científica e psicológica para lidar com o morrer dos seus pacientes que se encontram fora de possibilidades de cura, e ao mesmo tempo para que possam proporcionar a esses indivíduos enfermos uma morte digna e humanizada.

Destaca-se, que apesar do câncer ser considerado por alguns profissionais uma experiência desafiadora, tanto para o paciente e seus familiares quanto para a equipe de saúde que cuida dessas pessoas, por ser uma doença revestida de fortes estigmas sociais e ser associada à mortalidade, a mesma possibilitou a todos uma experiência de aprendizado e de crescimento pessoal.

Além disso, os significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer é um tema que não se esgota aqui, pois apesar de ser um evento natural da vida, a morte ainda é vivenciada de maneira dolorosa em nossa cultura ocidental. Assim, torna-se necessário que sejam realizadas outras pesquisas nessa área, e que seus resultados sejam discutidos e debatidos em espaços públicos da nossa sociedade, em congressos nacionais e internacionais, e nas instituições de saúde que cuidam de pessoas com câncer, a fim de torná-lo um fenômeno da vida menos negativo e mais natural.

## REFERÊNCIAS

---

ABRANTES, M. J. G. et al. O significado da morte de pacientes para os profissionais de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE (online)**., Recife, v. 5, n. 1, p. 37-44, fev. 2011.

ABRÃO, F. M. S. et al. Representações sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.66, n.5, p.730-737, out. 2013.

ABREU, N. R.; BALDANZA, R. F.; GONDIM, S. M. G. Os grupos focais online: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. **JISTEM J.Inf. Syst. Technol. Manag. (Online)**, São Paulo, v. 6, n.1, p. 5-24, 2009.

ANCP – ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Solo editoração & design gráfico, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2017.

ARAÚJO, P. V. R.; VIEIRA, M. J. A. questão da morte e do morrer. **Rev.bras.enferm.**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 361-363, jun. 2004.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

BARBOSA, A. G. C.; MASSARONI, L.; LIMA, E. F. A. Significados do processo do morrer e da morte para a equipe multiprofissional. **Rev. pesqui. cuid. Fundam. (Online)**., Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4510–4517, abr. 2016.

BARBOSA, A. M. G.; MASSARONI, L. Convivendo com a morte e o morrer. **Rev. enferm. UFPE (online)**., Recife, v. 10, n.2, p. 457-63, fev. 2016.

BASTOS, B. R. et al. Formação dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias em cuidados paliativos oncológicos. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 263-266, 2016.

BENEDETTI, G. M. S. et al. Significado do processo morte/morrer para os acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 173-179, mar. 2013.

BERNARDES, C. et al. Percepção de enfermeira (o)s frente ao paciente oncológico em fase terminal. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v.28, n.1, p.31-41, jan./abr. 2014.

BERTACHINI, L.; PESSINI, L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. **Bioethikos**, São Paulo, v.4, n.3, p.314-323, 2010.

BORDIGNON, M. et al. (In) satisfação dos profissionais de saúde no trabalho em oncologia. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.16, n.3, p.398-406, 2015.

BORGES, M. S; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.65, n.2, p. 324-331, abr. 2012.

BOSCO, A.G. **Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência**. 2008. 76 f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2008.

BOSSONI, R. H. C. et al. Câncer e morte, um dilema para pacientes e familiares. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 9, n. 17, p.13-21, jul./dez. 2009.

BOWLBY, J. **Apego e perda: a natureza do vínculo**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 set. 1977. Seção 1, p. 11787.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de auditoria operacional: política nacional de atenção oncológica**. Brasília, DF, 2011.

BRAZ, M. S.; FRANCO, M.H.P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n.1, p. 90-105, jan. 2017.

BUETTO, L.S. **Os significados de ser enfermeiro especialista em oncologia**. 2009. 140 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

CAPELLO, E. M. C. S. et al. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. **J. Health. Sci. Inst.**, São Paulo, v.30, n.3, p.235-240, 2012.

CARDOSO, D. H. et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v.22, n.4, p.1134-1141, dez. 2013.

CARDOSO, D. H. et al. O cuidado na terminalidade: dificuldades de uma equipe multiprofissional na atenção hospitalar. **Av. enferm.**, Bogotá, v.31, n. 2, p. 83-91, 2013.

CARMO, S. A.; OLIVEIRA, I. C. S. Criança com câncer em processo de morrer e sua família: enfrentamento da equipe de enfermagem. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v.61, n. 2, p. 131-138, 2015.

CARRILLO-GARCÍA, C. et al. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **R. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1314-1320, dez. 2013.

CARVALHO, A. B.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida dos profissionais de saúde do hospital do câncer de Campo Grande, MS. **Psicol. inF. (online)**, São Paulo, v.15, n.5, p.144-154, jan./dez. 2011.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Rev.**

**bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v.54, n.1, p. 87-96, 2008.

CARVALHO, C.M.S. et al. Trabalho emocional e gestão de emoções em equipes de saúde oncológicas: um estudo qualitativo. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 9-15, jan./fev. 2014.

CARVALHO, M. M. M. J. **Introdução à Psiconcologia**. Campinas: Editora Livro Pleno, 2003.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vygotsky. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p. 3893-3900, set. 2011.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 abr. 2012. Seção 1, p. 24-25.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

CORDEIRO, F. R. et al. Dor e processo de morrer: perspectivas a partir do método criativo e sensível. **Online braz. j. nurs. (online)**, Niterói, v.12, n.1, p.106-119, abr. 2013.

CORRÊA, V. A. C. **Luto: intervenção em Terapia Ocupacional**. Belém: Amazônia Editora, 2010.

CORREIA, D. S. et al. A importância da religiosidade/espiritualidade na perspectiva dos pacientes oncológicos. **Rev. enferm. UFPE (online)**, Recife, v.10, n.8, p. 2895-905, ago. 2016.

DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. **Dor e Cuidados Paliativos: Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Roca, 2008.

ESTEVES, J. A. **Sendo familiar de pessoa em tratamento de câncer**. 2016. 75 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016.

EVANGELISTA, C. B. et al. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. **Esc. Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.176-182, mar. 2016.

FANGEL, L. M. V. et al. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.26, n.1, p.93-100, 2013.

FERNANDES, M. A. et al. Cuidados paliativos e luto: compreensão de médicos residentes. **Rev. pesquis. cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1808-1819, jan./mar. 2015.

- FERNANDES, M. et al . Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2589-96, set. 2013.
- FERREIRA, A. M. Y.; WANDERLEY, K. S. Sobre a morte e o morrer: um espaço de reflexão. **Rev. Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.15, n.12, p. 295-307, ago. 2012.
- FIGUEIREDO, M. T. A. Reflexões sobre os cuidados paliativos no Brasil. **Rev. Prática Hospitalar**, São Paulo, v. 8, n. 47, p. 36-40, 2006.
- FLICK, U. Pesquisa qualitativa online: a utilização da internet. In:\_\_\_\_\_. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 238-253.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.
- FRANQUEIRA, A.M.R. **Destruídas ou transformadas: o luto pelo filho adulto sob a ótica das mães**. 2013. 131 f. Dissertação de Dissertação (mestrado) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2013.
- FRANQUEIRA, A.M.R.; MAGALHÃES, A.S.; FÉRES-CARNEIRO, T. O luto pelo filho adulto sob a ótica das mães. **Estudo de Psicologia**, Campinas, v.32, n.3, p.487-497, 2015.
- GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Rev. Bioét.**, Brasília, v.21, n.3, p.455-462, dez. 2013.
- GIACOMIN, K. C.; SANTOS, W. J.; FIRMO, J. O. A. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p. 2487-2496, set. 2013.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GOULART, F.A.A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: OPAS; 2011. Disponível em:< [http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\\_flavio1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2016.
- HERCOS, T. M. et al. O trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 51-58, 2014.
- HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p. 2577-88, set. 2013.

HIGGINSON, I. J.; EVANS, C. J. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families. **Cancer j.**, Sudbury, v.16, n.5, p.423-35, out. 2010.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)>. Acesso: 07 set. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2014**: incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC); WORLD HEALTH ORGANIZATION. Latest world cancer statistics Global cancer burden rise to 14.1 million new cases in 2012: marked increase in breast cancers must be addressed. Disponível em: <[http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223\\_E.pdf](http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2016.

KAPPAUN, N. R. C.; GOMEZ, C. M. O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p.2549-2557, set. 2013.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 94-104, abr. 2014.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

KUHN, T.; LAZZARI, D. D.; JUNG, W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.64, n.6, p. 1075-1081, dez. 2011.

KUSTER, D. K.; BISOGNO, S. B. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. **Dis. Scientia. Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v.11, n.1, p. 9-24, 2010.

LABATE, R. C.; CASSORLA, R. M. S. A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.21, n.2, p.101-105, jun. 1999.

LIMA, R. S.; COSTA JÚNIOR, J. A. O processo de morte e morrer na visão do

enfermeiro. **Rev. ciência & saberes.**, Maranhão, v.1, n.1, p. 25-30, ago./out. 2015.

LIMA, V. R.; BUYS, R. Educação para a morte na formação dos profissionais de saúde. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v.60, n.3, p.52-63, 2008.

LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; BOECKEL, M. G. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 917-928, dez. 2014.

MACHADO, R. S. et al. Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. **Cult. cuid.**, Valência, v. 20, n. 45, 2016. Disponível em: <<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/57355>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

MARTI-GARCIA, et al. Formación em cuidados paliativos y efecto em la evaluación emocional de imágenes de muerte. **Med. Paliat.** 2014. Disponível em: <[http://ac.els-cdn.com.ez33.periodicos.capes.gov.br/S1134248X14000251/1-s2.0-S1134248X14000251-main.pdf?\\_tid=f5697506-5eda-11e5-85300000aacb361&acdnat=1442673201\\_dd35bcde148435d4c001b37c0be6768a](http://ac.els-cdn.com.ez33.periodicos.capes.gov.br/S1134248X14000251/1-s2.0-S1134248X14000251-main.pdf?_tid=f5697506-5eda-11e5-85300000aacb361&acdnat=1442673201_dd35bcde148435d4c001b37c0be6768a)>. Acesso em: 13 nov. 2016.

MELLO, A. A. M.; SILVA, L. C. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. **Rev. abordagem gestál. (Impr.)**, Goiânia, v.18, n.1, p.52-60, jun. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, D. T.; QUINTANA, A. M. A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v.32, n.4, p.1-9, 2016.

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Rev. bioét.**, Brasília, v.13, n. 2, p. 51-63, 2005.

MOTA, M. S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**., Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 129-135, mar. 2011.

NEIMEYER, R. A. **Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo**. Barcelona: Paidós, 2007.

NEVES, F. B. et al. Decisões contraditórias: motivos que levam o familiar cuidador a omitir o diagnóstico de câncer. **Rev. enferm. UFPE (online)**., Recife, v. 11, n.2, p. 591-600, fev. 2017.

OLEINICZAK, E. et al. O impacto do diagnóstico de câncer na voz de pacientes. **Rev. enferm. UFPE (online)**., Recife, v.5, n.7, p. 1607-613, set. 2011.

OLIVEIRA, A. E. G.; CURY, V. E. Cuidar em oncologia: uma experiência para além do sofrimento. **Memorandum.**, Belo Horizonte, v. 31, n. 1, p. 237–258, out. 2016.

OLIVEIRA, P. P. et al. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p. 2635-2644, set. 2013.

OLIVEIRA, T. C. B.; MARANHÃO, T. L. G.; BARROSO, M. L. Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos da Oncologia Pediátrica: Uma Revisão Sistemática. **Id onLine Rev. Psic.**, Jaboatão dos Guararapes, v. 11, n. 35, p. 492–530, maio. 2017. Disponível em: <  
<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/754>>. Acesso em: 30 out. 2017.

OTHERO, M. B. **Terapia Ocupacional Práticas em Oncologia**. São Paulo: Roca, 2010.

PARKES, C.M. **Luto**. São Paulo: Summus, 1998.

SABATÉS, A. L.; BORBA.; R. I. H. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.13, n. 6, p. 968-973, nov./dez. 2005.

SALIMENA, A. M. O. et al. Significado da morte do paciente cirúrgico no vivido da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UFSM.**, Santa Maria, v.4, n. 3, p. 645-651, jul./set. 2014.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: McGraw Hill, 2006.

SANTOS, J. L.; BUENO, S. M. V. Educação para a morte a docentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Rev. esc. enferm. USP.**, São Paulo, v. 45, n.1, p. 272-276, mar. 2011.

SANTOS, M. A.; AOKI, F. C. O. S.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. 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.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. 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.

SANTOS, M. J.; MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **Mundo saúde.**, São Paulo, v.36, n.1, p.34-40, 2012.

SEBASTIÃO, M.A.S. **Vida depois da morte: narrativas da experiência de perda de um familiar por suicídio**. 2017. 101 f. Dissertação (mestrado) – Escola de Ciência Sociais, Universidade de Évora, Évora. 2017.

SILVA, C. R. et al. Religião e morte: qual a relação existente?. **Rev. Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v.1, n.1, p.130-141, dez. 2012.

SILVA, D. S.; HAHN, G. V. Processo de trabalho em oncologia e a equipe multidisciplinar. **Caderno Pedagógico**, Lajeado, v. 9, n. 2, p. 125-137, 2012.

SILVA, L. B. et al. O serviço social na residência multiprofissional em oncologia no Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, v.11, n.1, p.51-66, jan./jun. 2012.

SIQUEIRA, C. L. et al. Sentimentos dos trabalhadores de ambulatório oncológico sobre relações interpessoais no processo de cuidado e trabalho. **Rev. enferm. UFPE (online)**., Recife, v.9, n.11, p. 9793-7, nov. 2015.

SOUSA, D. M. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 41-47, mar. 2009.

TOLEDO, A. P.; PRIOLLI, D. G. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, p. 109-117, mar. 2012.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**., Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of Palliative Care**. Geneva, 2002. Disponível em:< <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 8 set. 2017.





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG  
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP  
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia  
CEP: 38025-100 – Uberaba (MG) Telefone: (0\*\*34) 3700-6776  
E-mail: [cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Os significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer”.

### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você, profissional de saúde que trabalha com pacientes com câncer, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Os significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer”, um projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde – *Stricto Sensu*, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é compreender a construção dos significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Os benefícios que esta pesquisa pode oferecer é o conhecimento dos significados da morte para os profissionais de saúde mediante o cuidado à pessoa com câncer. Frente a este conhecimento, poderão ser identificadas possíveis estratégias de intervenção para auxiliá-los a lidarem da melhor maneira possível com a morte de seus pacientes com câncer e ao mesmo tempo contribuirá com a literatura científica sobre essa temática.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem acarretar nenhum prejuízo a você. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas tem a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

Com relação à questão de confidencialidade da pesquisa, os dados serão utilizados apenas para fins de pesquisa científica não havendo explicitação de seu

nome, portanto ele não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado por meio de um código evitando riscos de perda de confidencialidade e privacidade.

Aceitando participar deste estudo, será realizada uma entrevista que terá a duração aproximada de uma hora em ferramentas da tecnologia de comunicação *online* (*chats* ou videoconferência) que terá perguntas sobre o significado da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer.

O áudio da entrevista por videoconferência será gravado por meio de um gravador e as falas serão transcritas na íntegra, além de checadas duas vezes por dois pesquisadores diferentes para garantir a fidedignidade da transcrição. Essa transcrição será guardada por cinco anos pelo pesquisador responsável e após esse período será destruída.

Caso você opte participar da entrevista por meio de *chats*, que é uma das possibilidades de participar deste estudo, o conteúdo dos dados será analisado e guardado por cinco anos pelo pesquisador responsável e após esse período será destruído.

Você possui garantia total e plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma. É garantido que serão mantidos o sigilo e privacidade de seus dados durante todas as fases da pesquisa, incluindo a você o direito de receber uma via deste termo. As despesas básicas necessárias para a realização dos procedimentos da pesquisa são de responsabilidade dos pesquisadores, não acarretando a você nenhum gasto adicional.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG**  
**Comitê de Ética em Pesquisa- CEP**  
 Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia  
 CEP: 38025-100 – Uberaba (MG) Telefone: (0\*\*34) 3700-6776  
 E-mail: [cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: “Os significados da morte para os profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer”.

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não implicará em nenhuma penalização. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste.

Uberaba,...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador orientador

#### Telefone de contato dos pesquisadores:

- Lúcia Aparecida Ferreira: (16) 9-9999-13691.
- José Henrique da Silva Cunha: (34) 9-8854-7935.

Em caso de dúvida sobre esse documento, você poderá entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone (34) 3700-6776.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG  
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP  
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia  
CEP: 38025-100 – Uberaba (MG) Telefone: (0\*\*34) 3700-6776  
E-mail: [cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### **DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Nome:

Data:

Sexo:

Idade:

Data de nascimento:

Escolaridade:

Estado Civil:

Religião:

Profissão:

Especialidade:

Local de trabalho:

Tempo de trabalho no cuidado a pessoa com câncer:

1. Quais motivos o (a) levaram a escolher trabalhar junto à pessoa com câncer?
2. Na sua perspectiva, qual o significado que você atribui ao câncer?
3. Quais sentimentos são despertados em você diante da morte de seu paciente com câncer?
4. Para você, quais dificuldades os profissionais de saúde enfrentam ao lidar com a morte de pacientes com câncer?
5. Na sua perspectiva, qual o significado/sentido que você atribui a morte de uma pessoa com câncer que está sob seus cuidados?
6. Você gostaria de acrescentar mais alguma informação que não lhe foi perguntada?





**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG**  
**Comitê de Ética em Pesquisa- CEP**  
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia  
CEP: 38025-100 – Uberaba (MG) Telefone: (0\*\*34) 3700-6776  
E-mail: [cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

## ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** O SIGNIFICADO DA MORTE PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO A PESSOA COM CÂNCER

**Pesquisador:** Lúcia Aparecida Ferreira

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 56444416.4.0000.5154

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triangulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.781.468

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma solicitação de emenda para alteração da maneira de coleta dos dados em decorrência de baixa aceitação até o momento efetivada pelos pesquisadores. Como a solicitação consta no TCLE, o pedido de emenda procede.

#### Objetivo da Pesquisa:

Não houve alterações.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve alterações.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pedido de emenda.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não houve alterações.

#### Recomendações:

Não há.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP-UFTM manifesta-se pela

Endereço: Rua Madre Maria José, 122  
Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100  
UF: MG Município: UBERABA  
Telefone: (34)3700-6776 E-mail: [cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 1.781.468

aprovação do pedido de emenda no protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios anuais, assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado em reunião de Colegiado do CEP-UFTM em 14/10/2016.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_803129 E1.pdf	03/10/2016 14:16:38		Aceito
Outros	Emenda_Prof_lucia_Mst_Jose.pdf	03/10/2016 14:16:00	José Henrique da Silva Cunha	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados.doc	12/07/2016 22:41:54	José Henrique da Silva Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_corrigido.doc	12/07/2016 22:39:22	José Henrique da Silva Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_corrigido.doc	12/07/2016 22:38:42	José Henrique da Silva Cunha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/05/2016 11:52:51	José Henrique da Silva Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.doc	10/05/2016 21:26:43	José Henrique da Silva Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.doc	10/05/2016 21:23:45	José Henrique da Silva Cunha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Madre Maria José, 122  
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100  
 UF: MG Município: UBERABA  
 Telefone: (34)3700-6776 E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

Página 02 de 03



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 1.781.468

UBERABA, 17 de Outubro de 2016

Assinado por:  
**Marly Aparecida Spadotto Balarin**  
 (Coordenador)