

## FORMAÇÃO PARA O TRABALHO COM A MORTE E O MORRER HUMANO EM UM HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ádrivan Machado Henrique<sup>1</sup>  
Anderson Nunes Pinto<sup>2</sup>  
Gustavo de Oliveira Figueiredo<sup>3</sup>

### RESUMO

A pesquisa é um estudo empírico, qualitativo, realizado em um hospital do Sistema Único de Saúde, que investiga a formação e o trabalho dos profissionais de saúde diante da dimensão da morte e morrer humano. Buscou contextualizar e compreender a maneira como o hospital tornou-se um dispositivo que articula terapêuticas para o restabelecimento da saúde, e, também, um espaço destinado pela sociedade para abrigar o fenômeno da morte. Após uma revisão sistemática da literatura científica foram definidas categorias temáticas que exploram diferentes aspectos do tema, a saber: “A UTI como espaço da experiência cotidiana para a morte e o morrer no hospital”; “Deficiências e necessidades na formação profissional para a abordagem do tema morte”; “Sensação de impotência e fracasso profissional diante do sujeito que morre”; “Condições de trabalho: Distanciamento e Defesa diante da morte e morrer”; “Sofrimento dos profissionais diante dos sujeitos sem perspectiva de cura”. O trabalho de campo foi desenvolvido em um hospital público com observação participante em setores específicos do hospital cujo processo de trabalho envolve o fenômeno da morte. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito trabalhadores do hospital (N=8) para coleta de dados. Para análise dos dados provenientes das entrevistas, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), fundamentada na Teoria das Representações Sociais. A análise foi organizada em torno de 46 DSC agrupados em 4 Dimensões, a saber: Pensamentos, sentimentos e concepções sobre a morte e o morrer; Trabalho em saúde, a Morte e o morrer; Formação Profissional para lidar com a Morte e o morrer; Estratégias para lidar com pacientes em Fim de Vida. Espera-se com esta pesquisa identificar lacunas na formação acadêmica sobre o tema e contribuir para a construção de novas estratégias educativas para a formação de trabalhadores que atuam diretamente com o fenômeno da morte em seu cotidiano profissional.

**Palavras-chave:** Formação em Saúde; Trabalho em Saúde; Morte e Morrer Humano; Hospital, Sistema Único De Saúde.

---

<sup>1</sup> Mestrado PPGECs do Instituto NUTES – Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ, [psicologoadrivanmachado@gmail.com](mailto:psicologoadrivanmachado@gmail.com)

<sup>2</sup> Professor coorientador: Doutorado, PPGECs do Instituto NUTES – Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ, [andernup@gmail.com](mailto:andernup@gmail.com)

<sup>3</sup> Professor orientador: Doutorado, PPGECs do Instituto NUTES – Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ, [gfigueiredo.ufrj@gmail.com](mailto:gfigueiredo.ufrj@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O contato direto com a morte deveria tornar todos os profissionais de saúde preparados para a sua ocorrência, mas isto não acontece, não sem prejuízos do serviço prestado e do afastamento do mal-estar causado pelo tema da morte para manterem-se funcionais. Então, como esta experiência do convívio com a morte e o morrer se dá no trabalho em saúde? De acordo com Kovács (2011, p. 500), “embora a morte seja acontecimento frequente nos hospitais, observa-se que há dificuldade de abordagem do tema”.

Em se tratando de profissionais de saúde de instituições hospitalares, principalmente àqueles que acolhem pacientes terminais ou acidentados em situação de gravidade, a morte é um tema que suscita constrangimentos e estratégias defensivas, como a negação e a tentativa de racionalização do evento, tentando afastar da consciência os processos subjetivos relacionados ao fenômeno do morrer humano.

Compreender o espaço escolhido para esta pesquisa, um hospital de médio porte do Sistema Único de Saúde, implica em traçarmos uma compreensão geral de como os hospitais se constituem na sociedade ocidental. Os hospitais abrigam consigo particularidades específicas em sua constituição. Pode-se vislumbrar estas particularidades a partir das conferências proferidas por Foucault (1979) que explora como o hospital se estabeleceu na forma de um dispositivo tal qual conhecemos nos dias de hoje. Foucault (1979), profere informações de como o hospital deixa de ser um lugar estabelecido para receber os pobres enfermos em processo de morte, para então se configurar como um espaço de terapêuticas que visam a cura. Tendo sido gradualmente apropriado pela prática médica e da enfermagem e sobretudo consolidado através de um modelo disciplinar da administração militar. Instaurando também, com os avanços tecnológicos do hospital um novo modelo formativo da medicina e o advento do médico de hospital.

Dois personagens importantes conectados às transformações dos hospitais são, de acordo com Foucault (1979), o inglês Howard e o francês Tenon. Estes fizeram viagens a hospitais dos países europeus com o intuito de compreender o seu funcionamento. Estas viagens são denominadas de inquéritos, pois, pensava-se que era preciso interrogar o espaço hospitalar para entender suas vantagens e problemáticas, revelando-as e contornando os problemas apresentados. Após isto, seria definido um programa de reforma e reconstrução dos hospitais. A partir daí, os hospitais são concebidos como um objeto de estudo da medicina e não apenas um espaço físico que abrigava pobres em fim de vida ou adoecidos.

Então, Howard e Tenon interessam-se pelo interior dos hospitais e não apenas pela

descrição arquitetônica, mas das relações entre os fenômenos patológico, curas, e de suas funções, tais como, número de leitos, circulação do ar, espaço físico por doente e taxas de mortalidade/cura). Correlações são feitas entre causa e efeito, estabelecendo divisões entre tipos de enfermidades e o local onde estes são posicionados, pensando nos objetos que são utilizados e a forma como são transportados dentro dos hospitais (Foucault, 1979).

O hospital do século XVIII é diferentemente dos séculos anteriores, um espaço que se pretende à cura e terapêuticas médicas. Conquanto que os hospitais anteriores ao século XVIII não são um dispositivo de cura e ainda não se prestam ao serviço da medicina, esta medicina não estava presente nestes hospitais. As funções eram destinadas à separação de pobres e enfermos dos espaços urbanos.

As medidas realizadas nos hospitais eram uma campanha de salvação da alma, onde pecadores poderiam redimir-se ao prestar serviços de ajuda aos mais necessitados, em geral, aos pobres desamparados. Foucault (1979), refuta a ideia de que os hospitais anteriores aos propostos por Howard e Tenon, realizassem medidas de intenções curativas, e se o fazia, não havia a presença de médicos. A medicina anterior ao século XVIII era uma medicina individual e estava fora dos hospitais.

Como mencionado anteriormente, os hospitais passaram a ser um recurso militar para reabilitar os soldados treinados para manusearem o fuzil e assim evitando prejuízos materiais, táticos e estratégicos. Neste momento, uma forma de educação e relação é amplamente difundida, a disciplina. A disciplinarização dos corpos como forma de educação se dá de maneira vertical, de cima para baixo, enquanto hierarquia e que visava ter o controle dos movimentos dos soldados e das suas atitudes individuais. O soldado já não seria um recurso humano apenas disponível e sim um conjunto de homens bem treinados e valorizados. Sendo assim, o hospital como recurso militar, começa então a ser incluído para receber também maiores investimentos econômicos (Foucault, 1979).

A disciplinarização dos corpos adentra os hospitais juntamente com a medicina, e é confiado ao médico exercer este poder disciplinar. Com isso, é o médico quem começa a prescrever todas as ações realizadas no hospital a partir da forma como o médico compreende a doença. Ou seja, prescrever a dieta dos pacientes, realizar visitas para dar conta dos prognósticos possíveis dos enfermos. Então, a disciplina tenciona promover restrições a determinado espaço, técnicas de vigilância, registros e supervisão dos doentes.

Com tanta participação do novo médico, o de hospital, surge a percepção do hospital como local privilegiado na formação dos médicos, tanto para a prática clínica como para a realização de experimentos científicos ou terapêuticos (Foucault, 1979).

Após esta breve explanação sobre o hospital, temos outros sentidos que perpassam a forma como a morte é concebida no ocidente, e que novamente nos aproximam dos hospitais.

Como se pode constatar em Ariès (2003), a morte é descrita como aquilo que se tornou vergonhoso e alvo de interdição. Coincidindo com o movimento de buscar um lugar (o hospital) para tratar e curar o enfermo.

O que o autor evidencia, é uma morte “hospitalizada”, pois já não é conveniente e nem aceitável que se morra em casa sem tentativas de curar o enfermo. O hospital, ao passar a ser o local de cura, também, torna-se um local mais adequado para a morte e assim sendo, são os médicos e a equipe hospitalar quem decide sobre as nuances do fim da vida do moribundo, não mais o que antes era o enfermo e depois os familiares ARIÈS (2003).

A morte interdita e hospitalizada, de acordo com Ariès (2003), é concebida dentro de todo o aparato teórico da medicina, sendo descrita e narrada pelo conhecimento médico, consequentemente e desejosamente, afastada das relações e expressões afetivas ou comoções. Este intento de supressão das emoções também cai sobre os profissionais. Em uma instituição hospitalar o que se tem não é somente a cura quando possível e a morte quando não é possível curar, mas também um processo de morte, com etapas, estágios, implicações e atravessamentos. Diante disto, Ariès (2003) traz uma noção de objetificação dos corpos, descrevendo o tipo de paciente adequado à estrutura funcional da prática médica, ou seja, um sujeito disciplinado, receptivo ao tratamento médico, silencioso e evasivo quanto ao entristecimento causado pelo adoecer. Sendo assim, um corpo objetificado pelas práticas terapêuticas e atravessado pela interdição da morte acima mencionada. Pois, de acordo com o próprio autor sobre a morte na contemporaneidade, são as doenças que assumem as características do morrer, por exemplo, o câncer em sua gravidade.

Sobre a instituição hospitalar, Goffman (2001) em seu desejo de descrever e analisar as instituições nos permite atentarmos para as particularidades presentes nestes espaços e que estão em profunda comunhão com o que fora dito nas passagens acima sobre a funcionalidade dos hospitais e a interdição da morte. O autor posiciona em seu pensamento os tipos de instituições, onde cada uma pretende à sua maneira ofertar serviços e para tanto, exigem que seus participantes, comportem-se como adequado ao que é proporcionado nestes lugares. De acordo com o autor, toda instituição tem uma tendência ao fechamento, embora o hospital geral não seja uma instituição total ao modelo encontrado em Goffman (2001), pois o mesmo volta-se para os hospitais que tratam doentes mentais, temos no hospital geral a forte tendência ao fechamento.

Nesse sentido, Goffman (2001), fala das formas como as instituições totais mutilam a

subjetividade dos internados, o hospital geral com sua tendência ao fechamento e exclusão temporária da vida social doméstica, no caso do enfermo em processo de morte, esta exclusão é definitiva, também realiza esse afastamento das formas estáveis de identificação dos participantes da cultura hospitalar. Fazendo com que tanto os enfermos quanto os profissionais sejam envolvidos na forma de funcionamento da instituição, com a cultura disciplinar sendo a técnica e o recurso para isto, juntamente com a terapêutica empregada em cada caso e setor do hospital.

Temos então, a transformação do hospital como sendo destinado à cura, os médicos assumindo e pensando sua lógica de funcionamento, a morte que passa a ser hospitalizada pela inadequação de se morrer em casa aos olhos da família, a interdição da morte na sua fonte emocional e capacidade de causar comoção, juntamente com a extinção e desaprovação do luto, e a tendência ao isolamento e fechamento dos hospitais.

Neste sentido, os autores acima citados, Foucault (1979), Ariès (2003) e Goffman (2001), dialogam possibilitando-nos postular um clima disciplinar, organizacional, relacional e cultural sob a ocultação da morte, objetificação dos sujeitos enfermos e exigências institucionais.

A teoria das Representações Sociais Moscovici (2010), fundamenta o marco teórico da análise dos dados coletados. Segundo Moscovici (2010), as Representações Sociais (RS) têm origem na noção de Representação Coletiva de Durkheim, que destaca as diferenças entre ações coletivas e pensamentos compartilhados em relação aos pensamentos e ações individuais. O conceito de RS, ao evoluir, tornou-se uma alternativa para a análise tanto sociológica quanto cognitiva da sociologia e psicologia social.

As Representações Sociais (RS) são consideradas formas de conhecimento social que possibilitam a compreensão, interpretação e ação no mundo por parte de indivíduos e grupos. Construídas socialmente, são influenciadas por fatores culturais, históricos, políticos e ideológicos. Segundo Moscovici (2010), as RS resultam de um processo de construção social, emergindo da interação social e das experiências compartilhadas que moldam uma compreensão comum ou incomum entre indivíduos e coletividades sobre determinados fenômenos. Neste estudo, focalizamos as percepções dos profissionais de saúde de um hospital geral sobre sua atuação diante da morte e do morrer humano.

## **METODOLOGIA**

O Trabalho de campo da pesquisa no Hospital somente se iniciou após parecer favorável emitido pelo **Comitê de Ética do Instituto de Estudos e Saúde Coletiva (IESC) — UFRJ com o código CAAE: 58051222. 6. 0000. 5286 e Termo de autorização da Instituição**

**coparticipante e autorização do Núcleo de educação permanente em saúde (NEPS)**, procedeu-se às visitas de forma a conhecer os setores e profissionais atuantes na instituição.

O método de análise dos dados está apoiado na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo Lefèvre e Lefèvre (2010). O procedimento de coleta de dados está apoiado por trabalho de campo realizado a partir de entrevista individual semiestruturada com oito profissionais de diferentes setores do hospital (N=8). As idas a campo objetivaram a investigação dos sentidos e significados que o contato com a morte e o morrer assume para estes profissionais em relação à sua formação e atuação profissional.

As perguntas foram divididas em 6 áreas temáticas, cada uma com três perguntas interligadas na investigação do fenômeno da morte, processos de trabalho e formação profissional para os profissionais entrevistados. Após a leitura e concordância com o TCLE e o expresso desejo em participar da pesquisa os sujeitos foram submetidos a uma entrevista individual com uma variação de tempo entre quarenta minutos e duas horas, dependendo da entrevista.

Foi realizada uma revisão de literatura com o propósito narrativo, com aspectos sistemáticos. A busca foi realizada no banco de dados do Google acadêmico, utilizando-se dos descritores booleanos “or” e “and”: **Morte (OR morrer OR falecer OR finitude) + educação (OR ensino OR "educação continuada" OR "formação profissional") + hospital (OR UTI OR instituição OR "unidade de terapia intensiva") + profissionais de saúde (OR trabalhadores de saúde)**. O recorte temporal está entre os anos de 2010 a 2022. O resultado preliminar gerou 400 trabalhos entre teses, dissertações e artigos. Foi feita a leitura de seus resumos, validação entre os pares.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após aplicar os critérios metodológicos, selecionamos 29 obras para análise final, incluindo 26 artigos, 1 tese de doutorado e 2 dissertações de mestrado. Das 29 obras, 24 incluem entrevistas com profissionais, enquanto 5 não. A análise dos 29 trabalhos que compõem o corpus de análise revelaram cinco categorias temáticas: *I – “A UTI como espaço da experiência cotidiana para a morte e o morrer no hospital”; II - “Deficiências e necessidades na formação profissional para a abordagem do tema morte” III - “Sensação de impotência e fracasso profissional diante do sujeito que morre”; IV - “Condições de trabalho: Distanciamento e Defesa diante da morte e morrer” V - “Sofrimento dos profissionais diante dos sujeitos sem perspectiva de cura”*

Como resultado das entrevistas semiestruturadas temos o construto do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) do grupo social dos trabalhadores (GST) da saúde que produziram 46 DSC, com adesões às Ideias Centrais (IC). Os DSC serão analisados a partir das dimensões em

que se encontram, destacando as Representações Sociais dos trabalhadores da saúde sobre a morte e o morrer humano.

Na apresentação e discussão dos resultados optou-se por demonstrar apenas as tabelas com as Ideias Centrais e adesão ao DSC na análise do Discurso do sujeito coletivo, os DSC e suas respectivas ideias centrais estão agrupados em quatro dimensões de análise, a saber:

- Dimensão 1: *Pensamentos, sentimentos e concepções sobre a morte e o morrer;*
- Dimensão 2: *Trabalho em saúde, a Morte e o morrer;*
- Dimensão 3: *Formação Profissional para lidar com a Morte e o morrer;*
- Dimensão 4: *Estratégias para lidar com pacientes em Fim de Vida.*

## PENSAMENTOS, SENTIMENTOS E CONCEPÇÕES SOBRE A MORTE E O MORRER

Esta dimensão revela os aspectos mais subjetivos deste contato com a morte e o morrer nas vidas pessoais e profissionais do nosso GST. A forma como a RS (Representação Social) é abordada nesta dimensão permite caracterizar a morte como inevitável, causadora de sofrimentos, angústias e reflexões. O grupo social de trabalhadores, ao formular suas concepções acerca da morte e do morrer, traz, por exemplo, o olhar relacionado ao espaço de trabalho, como a UTI, situando-a na convivência diária com a morte. Isso está de acordo com a proposição que temos feito da UTI como o espaço privilegiado do contato com a morte e o morrer em um hospital, pois mesmo os hospitais esforçaram-se no ocultamento da morte por meio não somente de uma terapêutica avançada, mas da intenção de separar vida e morte.

Quadro 6 Discurso do Sujeito coletivo Dimensão 1

Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo - DSC	Adesão ao DSC (N/%)
Eu sei que vai acontecer (DSC 1)	N=8/100%
Eu sinto emoções mistas de tristeza, fracasso e impotência (DSC 2)	N=8/100%
Eu sinto que faço o meu melhor mesmo quando acontece a morte (DSC 3)	N=8/100%
Eu tenho uma compreensão religiosa e espiritual da morte e finitude (DSC 4)	N=8/100%
Eu tenho um bloqueio com a morte (DSC 5)	N=8/100%
Eu sofro mais diante da morte de pessoas mais jovens (DSC 6)	N=7/87.5%
Eu convivo com a morte no cotidiano do meu trabalho (DSC 7)	N=6/75%

Eu percebo a morte como alívio do sofrimento (DSC 8)	N=5/62.5%
Eu percebo o vínculo com o paciente (DSC 9)	N=5/62.5%
Eu me preocupo com o impacto da morte na família (DSC 10)	N=4/50%
Eu ajo com naturalidade diante da morte (DSC 11)	N=4/50%
Eu penso na minha morte (DSC 12)	N=4/50%
Eu estou consciente de meus conflitos internos sobre a morte (DSC 13)	N=4/50%
Eu sofro por ser um profissional que atua diante da morte (DSC 14)	N=4/50%

Fonte: Dados empíricos, elaboração própria 2023

A pesquisa revela uma mudança ao longo do tempo nas Representações Sociais (RS) sobre a morte, indicando uma maior flexibilidade em abordar nuances do processo de morte. A presença da espiritualidade e da religião emerge como fatores significativos na forma como os profissionais lidam com a morte, refletindo sobre o sofrimento e buscando significados em suas práticas. No entanto, a presença desses elementos levanta questões éticas, considerando a evolução histórica dos hospitais e sua origem ligada à noção de salvação da alma (Foucault, 1979).

A espiritualidade na prática profissional em saúde é reconhecida e explorada, enfatizando a importância do desenvolvimento espiritual e da educação contínua. Vasconcelos (2015) destaca a relevância da aproximação ao sofrimento do paciente, superando possíveis barreiras cognitivas. No entanto, a RS dos profissionais indica uma percepção de inevitabilidade e banalidade diante da morte, especialmente relacionada à violência urbana.

### **TRABALHO EM SAÚDE, A MORTE E O MORRER**

Nesta dimensão, exploramos as características do trabalho relacionado à morte e ao processo de morrer, destacando os conhecimentos adquiridos por meio dessa relação de trabalho com a morte. Mais uma vez, consideramos o setor de CTI como um ambiente onde a dinâmica de trabalho é frequentemente marcada pelo contato com a morte, e as ações profissionais ocorrem de maneira multiprofissional.

Ao mesmo tempo, através desta dimensão, temos a constatação de que muito do que se produz na atuação profissional em saúde é herança de uma reprodução deficiente da formação para lidar com a morte. A natureza do trabalho diante da morte exige que não seja apenas o médico a desenvolver práticas, incluindo manobras de reanimação e o uso de técnicas, bem como a comunicação de óbitos. Embora legalmente essa responsabilidade recaia principalmente sobre a categoria médica, todos os profissionais, trabalhando em conjunto, desempenham o papel de comunicadores eficazes. Eles devem ser capazes de transcender a linguagem especializada e adotar uma comunicação que seja verdadeiramente eficaz. Ao mesmo tempo,

devem estar cientes dos impactos e desgastes físicos e emocionais que se manifestam nas conversas, que são carregadas de emoção.

Quadro 7 Discurso do Sujeito coletivo Dimensão 2

Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo - DSC	Adesão ao Discurso (N / %)
Eu sinto que as primeiras experiências com a morte me afetaram (DSC 15)	N=8/100%
Eu trabalho com pacientes em risco de morte (DSC 16)	N=8/100%
É difícil para mim conversar sobre a morte no trabalho (DSC 17)	N=8/100%
Eu sinto a sobrecarga de trabalho (DSC 18)	N=8/100%
O meu trabalho influencia a minha percepção sobre a morte (DSC 19)	N=7/87.5%
A sobrecarga de trabalho não é um problema para mim (DSC 20)	N=7/87.5%
A sobrecarga de trabalho me impede de prestar um serviço de qualidade (DSC 21)	N=6/75%
Eu me tranquilizo diante da morte por meio da capacidade de cuidar e acolher (DSC 22)	N=6/75%
Eu acredito que a prática me preparou para lidar com a morte (DSC 23)	N=6/75%
Eu executo estratégias para lidar com a morte (DSC 24)	N=4/50%
Eu converso para propor formas de abordagens da morte (DSC 25)	N=4/50%
Eu acho que a percepção que tenho da morte não influencia meu trabalho (DSC 26)	N=3/37.5%
Quero ser mais valorizada por lidar com as dificuldades da morte (DSC 27)	N=3/37.5%
Eu tenho dificuldades para lidar com familiares dos pacientes (DSC 28)	N=2/25%
Eu percebo a falta de recursos e assistência diante da morte (DSC 29)	N=2/25%

Fonte: Dados empíricos, elaboração própria 2023

## FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA LIDAR COM A MORTE E O MORRER

A formação para lidar com a morte e o morrer humano é um tema complexo e abriga toda a ambiguidade da relação trabalhadores da saúde e a morte. Ainda que de maneira consensual, as pesquisas que compõem o nosso corpus analítico, partem do princípio da formação deficiente nesse aspecto.

Os dados empíricos obtidos em nosso estudo não deixam escapar as ambiguidades e também as discussões promovidas por todos os estudos. Pois, existem lado a lado RS contraditórias dentro do mesmo grupo social. O que não é contraditório é que não houve formação para lidar com a morte. Mas o preparo e o despreparo aparecem, bem como RS de recusa do tema morte e de falta de interesse e o interesse no tema. Sendo assim, diante da ausência de uma formação satisfatória para lidar com a morte, temos um caminho que surge da RS onde estar preparado, não ter sido preparado e aprender a lidar através da prática faz total

sentido.

Quadro 8 Discurso do Sujeito coletivo Dimensão 3

Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo - DSC	Adesão ao DSC (N/%)
Estou preparado para lidar com a morte (DSC 30)	N=8/100%
Eu não fui preparado para lidar com a morte na minha formação profissional (DSC 31)	N=7/87.5%
Eu aprendi a lidar com a morte na minha prática profissional (DSC 32)	N=6/75%
Eu percebo o despreparo para lidar com a morte (DSC 33)	N=5/62.5%
Não tenho interesse em estudar sobre o tema da morte (DSC 34)	N=5/62.5%
Eu me preparei para lidar com a morte depois da minha formação profissional (DSC 35)	N=5/62.5%
A morte é tema de meu interesse (DSC 36)	N=4/50%
Percebo a recusa da aproximação com o tema da morte (DSC 37)	N=3/37.5%
Eu percebo mudanças na formação profissional para lidar com a morte (DSC 38)	N=3/37.5%

Fonte: Dados empíricos, elaboração própria 2023

## ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM PACIENTES EM FIM DE VIDA

Os profissionais de saúde que lidam com a morte de pacientes, muitas vezes sentem-se tranquilos ao avaliarem que fizeram tudo o que estava ao seu alcance para ajudar. No entanto, lidar com a morte após anos de atuação na UTI pode ser extremamente desgastante, e muitos desses profissionais precisam desenvolver estratégias para lidar com o impacto emocional que essa experiência pode causar.

Percebe-se que a morte como natural faz referência ao sujeito adulto, completo e capaz de existir num outro plano, o plano da vida após a morte, ou seja, não inclui os organismos incompletos, como os recém-nascidos, pois então já não é natural. A naturalização da morte, embora possa ajudar a atenuar os prejuízos emocionais causados pelo contato frequente com a morte, pode levar ao endurecimento emocional e à mecanização da prática. Por isso, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capazes de se conectar emocionalmente com seus pacientes e suas famílias, mesmo em situações difíceis como na morte.

Quadro 9 Discurso do Sujeito coletivo Dimensão 4

Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo - DSC	Adesão ao DSC (N/%)
Eu valorizo a humanização diante da morte (DSC 39)	N=8/100%
Eu busco dar algum conforto (DSC 40)	N=7/87.5%
Eu me concentro nas minhas atribuições técnicas diante da morte (DSC 41)	N=6/75%
Eu aciono um apoio mais especializado na equipe (DSC 42)	N=5/62.5%
Eu utilizo recursos religiosos diante da morte (DSC 43)	N=4/50%

Eu tento me afastar do paciente em risco de morte (DSC 44)	N=3/37.5%
Eu encontro apoio na minha família e na minha história pessoal (DSC 45)	N=2/25%
Eu ajo com naturalidade diante da morte (DSC 46)	N=2/25%

Fonte: Dados empíricos, elaboração própria 2023

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conteúdos apresentados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo contribuem para promover mudanças educacionais na formação de trabalhadores de saúde e orientar educadores, bem como os trabalhadores de um setor hospitalar, na realização de ações a partir das reflexões sobre os temas produzidos nos DSC. Antecipar tais temas pode favorecer práticas e ações relacionadas à morte humana em um hospital. Constata-se que o DSC proporcionou uma visão abrangente das percepções, sentimentos e concepções desses profissionais sobre o tema. As quatro dimensões resultantes dessa análise revelam a complexidade e a diversidade de pensamentos e emoções que influenciam a relação entre os profissionais de saúde e a morte. Bem como, validam as categorias temáticas construídas pela revisão de literatura.

A análise das cinco categorias exploradas destaca a falta de preparo dos profissionais de saúde na compreensão da morte e do morrer, o que resulta em uma inadequação para lidar com as complexidades emocionais inerentes a esses eventos. Isso se manifesta na ausência de recursos ético-reflexivos para enfrentar o sofrimento que surge ao cuidar de pacientes sem perspectiva de cura.

Estratégias de defesa, como distanciamento, fuga e negação, emergem como mecanismos para enfrentar o desconforto decorrente dessas situações. As condições de trabalho, marcadas por pressões, multitarefas, trabalho noturno e isolamento. Isto acentuam o distanciamento dos pacientes e a utilização dessas estratégias diante da morte e do morrer. Isso destaca a importância de reconhecer os aspectos psicológicos e sociais do trabalho dos profissionais de saúde.

O ato de cuidar envolve uma complexa interação entre subjetividade e objetividade, mas a análise se concentra mais nas atividades profissionais e seu impacto no contato com a morte e o morrer do que nas características psicológicas dessa relação. Sentimentos como estresse, ansiedade, insegurança, culpa, impotência/onipotência, medo e tristeza surgem como consequência da ênfase na formação para salvar vidas, em detrimento da preparação para lidar com a morte.

Os textos destacam a influência sociocultural na formação dos profissionais de saúde e a necessidade de uma abordagem mais humanística em sua formação, dada a frequência da

morte e do morrer nos hospitais. Os desafios emocionais e psicológicos enfrentados nesses cenários exigem apoio e formação mais abrangente.

A falta de integração do tema da morte e do morrer nos currículos de ensino revela a necessidade de políticas públicas nesse sentido. A análise das categorias demonstra a complexidade da experiência dos profissionais de saúde diante da morte nos hospitais. É crucial enfrentar essas questões para garantir uma assistência integral.

Além disso, o estudo destaca a importância da formação profissional e das estratégias adotadas para lidar com pacientes em fim de vida, ressaltando a necessidade de promover a humanização, o conforto e o apoio especializado no cuidado desses pacientes. Essas descobertas enfatizam a relevância de uma abordagem sensível e holística para a morte e o morrer na prática profissional em saúde.

## REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

KOVÁCS, M. J. Instituições de saúde e a morte: do Interdito à comunicação. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 482-503, 2011.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: metodologia do discurso do sujeito coletivo**. Brasília, DF: Líber Livro Editora, 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2010.