



Persona y Bioética  
ISSN: 0123-3122  
Universidad de la Sabana

Siqueira Perboni, Jéssica; Zilli, Francielly; Griebeler Oliveira, Stefanie  
Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa  
Persona y Bioética, vol. 22, núm. 2, 2018, Julho-Dezembro, pp. 288-302  
Universidad de la Sabana

DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83260613007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://redalyc.org)

 [redalyc.org](http://redalyc.org)

Sistema de Informação Científica Redalyc  
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto

# PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O PROCESSO DE MORTE E MORRER DOS PACIENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

PROFESIONALES DE SALUD Y EL PROCESO DE MUERTE Y MORIR DE LOS PACIENTES: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

HEALTH PROFESSIONALS AND THE PATIENT DEATH AND DIE PROCESS: AN INTEGRATING REVIEW

Jéssica Siqueira Perboni\*

Francielly Zilli\*\*

Stefanie Griebeler Oliveira\*\*\*

## RESUMO

**Objetivo:** conhecer a produção científica sobre a relação dos profissionais de saúde e a morte dos pacientes. **Metodologia:** revisão integrativa de literatura que utilizou a análise por aproximação temática. **Resultados:** foram elaboradas quatro categorias: profissionais de saúde despreparados para lidar com a morte; desafios ao lidar com o processo de morte e morrer nos diferentes cenários de trabalho; tipos de mortes e suas interpretações, e profissionais da saúde e seus aspectos pessoais ao lidarem com a morte.

**Conclusões:** os profissionais da saúde estão despreparados para lidar com o processo de fim de vida; além disso, sentem a falta de uma melhor atenção para o tema, principalmente o relacionado a estratégias de enfrentamento.

**PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS):** profissional de saúde; médicos; equipe de enfermagem; morte; morrer; tanatologia.

DOI: 10.5294/pebi.2018.22.2.7

PARA CITAR ESTE ARTIGO / PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE

Siqueira J, Zilli F, Griebeler S. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. pers. bioét. 2018; 22(2): 288-302. DOI: 10.5294/pebi.2018.22.2.7

\* orcid.org/0000-0003-0097-1942. Universidade Federal de Pelotas, Brasil. jehperboni@yahoo.com.br

\*\* orcid.org/0000-0001-9697-2709. Universidade Federal de Pelotas, Brasil. franciellyzilli.to@gmail.com

\*\*\* orcid.org/0000-0002-8672-6907. Universidade Federal de Pelotas, Brasil. stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

RECEBIDO: 2018-03-07

SUBMETIDO: 2018-03-07

ACEITO POR PARES: 2018-05-24

ACEITO: 2018-06-20

**RESUMEN**

**Objetivo:** conocer la producción científica sobre la relación entre los profesionales de salud y la muerte del paciente. **Metodología:** revisión integradora de la literatura mediante análisis de proximidad temática. **Resultados:** se elaboraron cuatro categorías: profesionales de salud no preparados para enfrentar la muerte; desafíos para lidiar con el proceso de muerte y morir en diferentes escenarios; tipos de muerte y sus interpretaciones, y profesionales de salud; y aspectos personales sobre cómo enfrentar la muerte. **Conclusiones:** los profesionales de salud no están preparados para enfrentar el proceso del final de la vida; más allá de eso, sienten una falta de atención al tema, especialmente en relación con las estrategias de afrontamiento.

**PALABRAS CLAVE (FUENTE: DeCS):** personal de salud; médicos; grupo de enfermería; muerte; morir; tanatología.

**ABSTRACT**

**Objective:** To know the scientific production on the relationship between the health professionals and patient's death. **Methodology:** Integrative literature review using analysis through thematic proximity. **Results:** Four categories were elaborated: Unprepared health professionals to deal with death; Challenges to deal with the process of dying and death in different scenarios; Types of death and their interpretations and Health professionals and their aspects on dealing with death. **Conclusions:** Health professionals are unprepared to deal with the end of life process, beyond that, they feel a lack of attention to the theme, especially relating to coping strategies.

**KEYWORDS (SOURCE: DeCS):** Health personnel; physicians; nursing, team; death; die; thanatology.

## INTRODUÇÃO

A morte de pessoas atravessa o cotidiano do trabalho de profissionais de saúde e, muitas vezes, causa-lhes frustrações. Devido a isso, faz-se necessário problematizar os significados da morte e do morrer desde o momento da formação desses profissionais, pois esse tema ainda é pouco discutido no âmbito acadêmico. O modelo curativista, empregado especialmente a partir da modernidade, faz com que os profissionais de saúde se sintam impotentes em relação ao processo de morte e morrer (1-2), pois tendem a sentir-se fracassados ao não vencer a doença ou a condição clínica que ameaça a vida. Nesse sentido, esses profissionais e a morte passam a ser adversários, inimigos, o que leva a que sentimentos em torno do tema sejam na maior parte das vezes negativos (1).

A palavra “morte” é associada seguidamente a sentimentos como dor, sofrimento, separação e perda. Com isso, a sociedade contemporânea tende a fugir deles e a esquivar-se do tema morte, fazendo dela um tabu. Dessa forma, os profissionais de saúde, que são treinados para salvar vidas, sentem-se fracassados com a perda de seus pacientes e afastam-se do doente terminal, com estratégias de enfrentamento através do distanciamento do processo de morte e morrer e, consequentemente, dos sentimentos associados a esse evento (2).

Diante desses sentimentos, os profissionais de saúde propendem a se distanciar de aspectos delicados como a morte, muitas vezes a fim de se eximir das responsabilidades que esse momento exige. É notório que esse profissional exposto à morte diariamente no seu cenário de trabalho pode ter seus níveis de estresse elevados, uma vez que, em muitas situações, é o mensageiro de más notícias,

envolve-se em conflitos dos familiares dos pacientes, lida com o sofrimento das pessoas, experiências que tornam o processo de trabalho pesaroso (3-4).

Na graduação, poucos espaços promovem discussões acerca da morte, principalmente devido à fragmentação do ensino, com disciplinas que acabam treinando o olhar do estudante a visualizar um corpo, transformando-o em apenas órgãos, tecidos celulares e afastando o seu sentido de humanidade. Essa forma de ensino atenta apenas para a preservação da vida e torna os alunos futuros profissionais despreparados para os enfrentamentos relacionados à morte. Nesse sentido, é construída, ao longo da graduação, uma espécie de negação da morte, o que impede que o tema seja abordado de uma maneira mais sólida (5).

Ademais, os profissionais de saúde estão em contato diariamente com o evento da morte do outro e, mesmo assim, sua relação com a morte possui fragilidades, principalmente no aspecto da aceitação. Essa relação pode ser somada ao medo do desconhecido, ao de não saber o que acontece depois, ao de não ter certeza do percurso e, até mesmo, ao medo da morte em si, pois o profissional tende a se projetar na morte do outro, reconhecendo sua própria finitude (6).

Diante desses aspectos e das construções históricas em torno do tema morte, o homem da atualidade desaprendeu a conviver com ela, se comparado ao da Idade Média, em que a morte era enfrentada de uma forma mais natural. Atualmente, os profissionais preocupam-se em alcançar a cura e, quando não conseguem obtê-la, sentem-se fracassados e impotentes. Com isso, é potencializada a ideia de tabu ao redor desse tema (7). Dessa forma,

torna-se necessária a realização de mais pesquisas a fim de se gerar maior discussão entre os profissionais de saúde sobre o evento de fim de vida, para que possam obter mais informações, o que facilitaria seu envolvimento ao lidar com a morte (4).

Ao se afastarem de pacientes que estão em processo de fim de vida, os profissionais acabam por não ofertar uma assistência de qualidade ao paciente em um dos momentos mais delicados da sua vida. Assim, a assistência durante o processo de fim de vida volta-se para a dimensão biológica, técnica, ou seja, mais objetiva (8).

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) brasileiro, ocorreu um aumento considerável no número de óbitos por ano que foram notificados passando de 946686 em 2000 para 1170498 em 2011. Utilizando a classificação Internacional de Doenças (CID-10), identificou-se que o maior número de óbitos foi devido a doenças do aparelho circulatório, seguido por neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório (9). No ano de 2016, o número de óbitos no Brasil foi de 1309774, e muitas dessas pessoas estiveram em contato com os profissionais de saúde (10). Assim, a importância de realizar pesquisas sobre a proximidade dos profissionais de saúde com experiências de fim de vida é fundamental devido à cronicidade dos agravos à saúde das pessoas, o que acarreta um percurso de doença, sofrimento e fragilidade dos envolvidos.

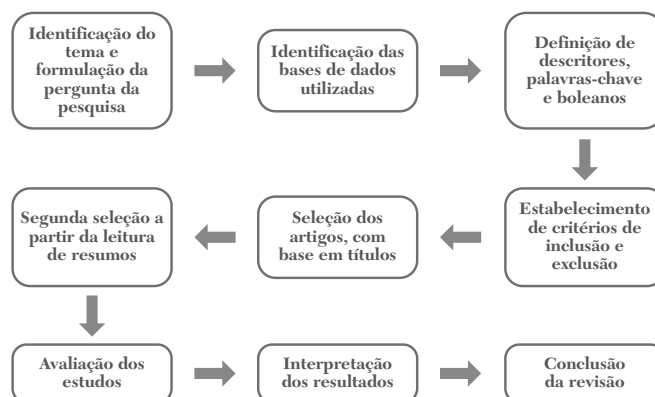
Ante o exposto, foi desenvolvida a questão de busca “O que as produções científicas abordam sobre os profissionais de saúde ante o processo de morte e morrer dos pacientes?” Para tanto, esta revisão tem como objetivo conhecer a produção científica sobre a relação dos profissionais de saúde com a morte dos pacientes.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que permite a síntese de múltiplos estudos, o que possibilita uma visão geral de um determinado tema, por meio de uma construção de análise ampla, e permite um aprofundamento do entendimento de um fenômeno, baseando-se em estudos anteriores (11). O período de coleta desta revisão foi do dia 27 ao dia 29 de junho de 2017.

Foi realizado um protocolo para a construção desta revisão, como mostra a Figura 1.

**Figura 1. Fluxograma do protocolo de revisão**



Fonte: dados dos autores, 2018.

A pesquisa foi realizada em seis fases: 1) identificação da hipótese, elaboração da pergunta norteadora, que determina quais os estudos que serão incluídos; 2) seleção de critérios para inclusão ou exclusão de estudos, amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa por meio da análise temática por aproximação; 5) interpretação dos

resultados; 6) apresentação e conclusão da revisão integrativa (11).

Na busca por respostas à questão norteadora desenvolvida neste estudo, foram utilizados os descritores: *health personnel* (profissional de saúde), OR *physicians* (médicos), OR *nursing team* (equipe de enfermagem) (palavra-chave), AND *death* (morte), OR *die* (morrer) (palavra-chave), nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), PubMed e Web of Science. Os critérios de inclusão para a seleção dos estudos foram: artigos publicados nos últimos cinco anos, pesquisa com humanos, artigos de acesso aberto, artigos em inglês, português e espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, artigos que não estavam relacionados ao tema, teses, dissertações e livros.

Ao realizar o cruzamento com os descritores mencionados, foi encontrado o total de 1690 artigos. Após a busca, os artigos foram armazenados no programa Endnote, que permitiu a eliminação de duplicatas, que diminuíram 8 artigos, totalizando 1682. Após a seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão para que fosse permitida a formação de categorias por aproximação temática (12), foi realizada a leitura na íntegra de 27 artigos (13-39).

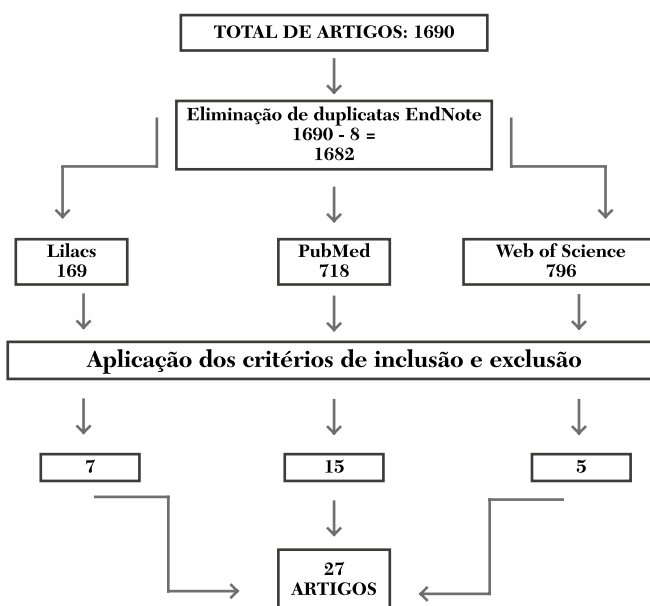
A análise temática permite a descoberta dos núcleos de sentido correspondentes em uma comunicação. Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: 1) pré-análise, que consiste na realização de uma leitura detalhada dos materiais reunidos para explorar o conteúdo; 2) exploração do material, que consiste na classificação dos dados, o que permite a categorização e codificação destes, além de ser possível organizar o núcleo de compreensão do texto; 3) tratamento e interpretação dos resultados, que permite a interpretação

e discussão da literatura capturada, entrelaçando o conteúdo dos estudos (12).

As informações sobre os estudos selecionados foram organizadas em uma planilha do Microsoft Word com tópicos organizados em: título, autor, país, ano de publicação, área profissional, participantes, local da pesquisa, tipo de estudo, objetivo, principais resultados e base de dados. A aproximação temática foi realizada a partir dos principais resultados dos estudos, orientando a formação de categorias com as informações concatenadas entre si, o que facilita a construção da discussão entre os autores.

Para uma melhor visualização do processo de captação dos artigos, foi criado um fluxograma, visualizado na Figura 2.

**Figura 2. Fluxograma da seleção de artigos**



Fonte: dados dos autores, 2018.

## RESULTADOS

Após a realização da leitura dos estudos na íntegra, foi possível construir quatro categorias: 1) profissionais de saúde despreparados para lidar com a morte; 2) desafios ao lidar com o processo de morte e morrer nos diferentes cenários de trabalho; 3) tipos de mortes e suas interpretações e 4) profissionais da saúde e seus aspectos pessoais ao lidarem com a morte.

Em relação ao ano de publicação, foram encontrados 5 artigos do ano de 2012 (16, 18, 19, 24, 31), 7 artigos do ano de 2013 (14, 17, 20, 25, 29, 32, 39), 4 artigos do ano de 2014 (22, 34, 36, 37), 8 do ano de 2015 (15, 21, 23, 26, 27, 28, 33, 35) e 3 do ano de 2016 (13, 30, 38).

No que concerne ao continente de origem, 11 artigos são da América do Sul (13, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 24, 29, 31, 32), 6 da América do Norte (21, 25, 26, 27, 28, 38), 5 da Europa (18, 22, 30, 35, 39), 3 da Austrália (19, 33, 36), 1 da Oceania (34) e 1 da África (37).

Quanto ao tipo de estudo, 3 artigos tiveram uma abordagem quantitativa (36, 37, 39) e 24 tiveram abordagem qualitativa (13-35, 38). Destes, 5 utilizaram o referencial teórico fenomenológico (16, 17, 22, 30, 34), 3 realizaram uma abordagem com a teoria fundamentada (21, 27, 28), 1 baseou-se no construcionismo social (33) e 1 no interacionismo simbólico (32).

No que se refere ao local onde as pesquisas foram realizadas, 2 pesquisas ocorreram na unidade de terapia intensiva pediátrica (23, 29), 4 na unidade de terapia intensiva adulta (13, 22, 24, 30), 2 em hospitais universitários (16, 18), 2 em faculdades de enfermagem (15, 17), 1 no centro cirúrgico (31), 1 em hospitais públicos

e privados (25), 1 em uma região metropolitana da Nova Zelândia (34), 1 na maternidade (35), 5 em unidades oncológicas pediátricas (26, 27, 28, 32, 38), 2 em clínicas oncológicas (19, 21), 1 na internet através de contato por e-mail com profissionais atuantes (36), 1 em hospital pediátrico (30), 1 em unidade de saúde da área rural (37), 2 em universidades (20, 39) e 1 em unidade de transplante de medula óssea (14).

Sobre os participantes escolhidos para a realização dos estudos, 9 artigos envolveram enfermeiros/equipe de enfermagem (15, 17, 22, 23, 24, 30, 31, 32, 34), 7 foram realizados com médicos (14, 19, 26, 27, 28, 38, 39), 11 artigos envolveram médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras (13, 16, 18, 20, 21, 25, 29, 33, 35, 36, 37).

## DISCUSSÃO

A seguir, será apresentada a discussão das quatro categorias: profissionais de saúde despreparados para lidar com a morte; desafios ao lidar com o processo de morte e morrer nos diferentes cenários de trabalho; tipos de mortes e suas interpretações, e profissionais da saúde e seus aspectos pessoais ao lidarem com a morte.

### ***Profissionais de saúde despreparados para lidarem com a morte***

Falar sobre a morte ainda é difícil, pois, ao se depararem com a morte do outro, as pessoas percebem a sua própria finitude e inexorabilidade da morte. Entretanto, evitar o tema faz com que, cada vez mais, se tenham dificuldades em lidar com a situação, principalmente para os profissionais de saúde que vivenciam esse processo diariamente

com os pacientes. Ao ser questionada sobre a morte, a maioria dos profissionais responde com frases curtas, envolvidas por medo e receio, devido à sensação de ser algo desconhecido, que não há explicação concreta (13).

Ademais, os profissionais da saúde são treinados para não falhar, para alcançar a cura, salvar a vida, muitas vezes com procedimentos inadequados que confrontam as possibilidades viáveis de recuperação. Diante disso, estão expostos a grande estresse emocional, pois, quando não alcançam esses objetivos, sentem-se frustrados, indignados e impotentes, apresentando dificuldades em lidar com a morte. Com frequência, passam a desenvolver um papel de “super-heróis” e não aceitam perder, o que os torna adversários da morte, sem conseguir compreendê-la (13-14).

Além disso, o método de ensino nas faculdades da área da saúde não condiz com as necessidades que serão encontradas posteriormente na prática, uma vez que há muitas discrepâncias em relação à teoria e à prática. Na enfermagem, por exemplo, o cuidado é voltado para técnicas e procedimentos, o que leva à diminuição da qualidade na assistência ofertada, principalmente no que se refere a cuidados de fim de vida. É evidente que métodos novos de ensino devem ser implementados nas faculdades para que os profissionais realizem uma assistência de forma integral e possam realizar uma prática humanizada (15).

Na medicina, os estudantes não são preparados durante a graduação para enfrentar a morte dos pacientes; assim, criam uma barreira ao lidar com esse processo. Portanto, mesmo que faça parte do cotidiano, passam a evitá-lo e, com isso, ignoram os sentimentos que podem ser aflorados para que isso não atrapalhe o trabalho diário.

Como forma de enfrentamento, os médicos evitam falar sobre o processo de morte e morrer, na tentativa de não se deixar afetar por esse processo, pois os sentimentos de impotência e frustração os perseguem diariamente quando entram em contato com a morte (16).

O despreparo para lidar com a morte é um dos principais motivos de frustração para os profissionais da saúde. A falta de capacitação durante a graduação para atuar sobre o tema pode gerar uma série de sofrimentos na sua prática futura, pois estão condicionados a salvar vidas (17).

Os profissionais possuem enorme dificuldade em se comunicar com os pacientes sobre a morte, pois não sabem como proceder, deixando, muitas vezes, que o paciente tome a iniciativa de falar sobre o tema. Porém, esses profissionais sentem a necessidade de conversar mais sobre o processo de morte e morrer, e sentem falta de expor seus sentimentos em relação a esse processo. Com isso, é possível perceber que se sentem despreparados para lidar com as questões de fim de vida e necessitam dialogar entre companheiros de trabalho para encontrar estratégias adequadas de enfrentamento do processo (18).

Entretanto, realizar esse tipo de diálogo no trabalho pode ser difícil, pois, em geral, os profissionais evitam falar sobre as questões de fim de vida, seja por falta de incentivo da instituição, seja por não terem vontade de falar sobre a morte.

Essas dificuldades podem estar relacionadas às práticas de ensino, nos cursos de graduação na área da saúde, que iniciam com cadáveres ou bonecos em laboratório; nessa relação, não há possibilidade de envolvimento emocional, que implica a verbalização de suas histórias ou sentimentos. Assim, esse primeiro contato do estudante



com o cadáver permite que ele se sinta protegido em relação às angústias que a prática com os doentes promove, entretanto é exposto, sem qualquer preparação, à angústia que a morte propicia; portanto, o estudante é apresentado à morte sem que o nome dela seja citado (40).

Gradativamente, na formação e depois na profissão, percebe-se que as práticas de saúde também seguem uma dimensão mais biológica e objetiva, embora as políticas tenham diretrizes que contemplem outras dimensões, tais como emocional, cultural, espiritual, social. Focar na dimensão biológica permite o distanciamento emocional do paciente que está em processo de fim de vida, de modo a manter a objetividade e o profissionalismo, bem como o controle sobre suas condutas (19).

Entrelaçado a isso, a falta de suporte durante a graduação para lidar com o tema morte pode comprometer a saúde mental do estudante e causar impacto no cuidar, despertando reações negativas ao lidar com o paciente em fim de vida. Dessa forma, os profissionais sentem-se incapazes de lidar com a morte, fazendo com que os sentimentos de dor e angústia se intensifiquem ao vivenciarem as emoções experimentadas pelos pacientes e seus familiares, além de, assim, encararem sua própria finitude (20).

Nesse contexto, faz-se importante reforçar que as instituições formadoras deveriam estar atentas a esse tipo de problema vivenciado pelos estudantes, a fim de lhes fornecer apoio e suporte, permitindo que consigam refletir sobre o processo de fim de vida. Com esse suporte, os futuros profissionais de saúde poderão desenvolver o aprendizado para lidar de uma forma mais humanizada com a morte.

Ademais, um estudo realizado com multiprofissionais afirma que a maioria dos participantes referiu ter facilidade em aceitar sua própria morte como um evento natural e apenas um mínimo grupo de pessoas relatou ter dificuldades de aceitar o evento, descrevendo sentimentos de ansiedade, desconforto e até mesmo evasão ao pensar sobre sua própria finitude. Outro ponto ressaltado pelos participantes foi a dúvida sobre ter vivido uma vida “boa o suficiente”, mostrando que, mesmo que a maioria tenha referido não ter medo da morte, várias preocupações são identificadas com relação a esse processo (21).

O sentimento de culpa rodeia os profissionais da saúde, que passam a se questionar sobre suas próprias condutas, pois vivenciar a morte do paciente os faz pensar que podem ter cometido um erro que possa ter contribuído para o evento. Nesse sentido, é necessário que os gestores atuantes nas instituições possam atentar para os desafios que os profissionais enfrentam nas unidades de trabalho, promovendo a diminuição das tensões a partir do enfrentamento no dia a dia de trabalho (22).

Assim, os gestores precisam promover melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde, de modo que estes também possam ser tratados com humanização, com atenção para todas as suas necessidades, para que não fiquem adoecidos devido ao contexto de trabalho. Ademais, grupos de diálogo entre os profissionais de saúde dos diversos setores dos serviços de saúde é um caminho para que tenham espaço de expor suas frustrações, bem como a oferta de apoio psicológico para que possam cuidar da sua saúde mental.

Em um estudo realizado com acadêmicos de enfermagem de uma disciplina de psicologia da saúde, em que eram

desenvolvidas discussões relacionadas aos conceitos de morte, foi possibilitada a troca de informações entre os acadêmicos e o educador, o que gerou a construção e transformação do conhecimento em relação ao tema. No decorrer dos encontros, os acadêmicos relataram que as discussões sobre a temática foram de extrema importância para a formação profissional, pois se tratou de um momento em que compartilharam seus sentimentos e vivências (41).

Por conseguinte, é notório que a dificuldade em falar sobre a morte acompanha os profissionais de saúde desde a graduação, portanto é necessária a inclusão de referenciais teóricos relacionados à morte como um tema transversal nas disciplinas dos cursos da área da saúde. Além disso, a realização de grupos ou núcleos de estudos relacionados ao tema poderia proporcionar momentos de troca de informações e promoção de uma atenção mais integral, com um entendimento da morte de uma maneira mais consolidada (42).

### ***Desafios ao lidar com o processo de morte e morrer nos diferentes cenários de trabalho***

Inúmeras são as estratégias para o enfrentamento da morte nas diversas unidades do hospital. Nesse sentido, destaca-se a unidade pediátrica oncológica, onde é possível observar que os profissionais utilizam das tecnologias duras (medicamentos, máquinas etc.) para ofertar conforto à criança e à família. Entretanto, os profissionais se afastam das tecnologias leves, que, nesse momento, são essenciais, justamente porque eles não conseguem fazer a associação entre as duas tecnologias. Máquinas e medicamentos são muito importantes, porém a comunicação, o acolhimento e a sensibilidade com o

paciente são indispensáveis, principalmente no processo de fim de vida (23).

Independentemente do cenário de trabalho, para que os profissionais de saúde possam modificar suas percepções quanto ao processo de morte e morrer, é necessário que obtenham conhecimento sobre os cuidados paliativos e sua filosofia de cuidado, atentando para os aspectos espirituais, físicos e psíquicos, sempre buscando o alívio da dor e do sofrimento em todas as dimensões. Ainda, faz-se necessário que se desprendam de certas crenças e limitações, impostas por padrões culturais contemporâneos sobre a finitude humana, para que, assim, possam encarar a morte como um processo natural, de forma que se envolvam sem banalizá-la (17).

Além disso, lidar com a família é um dos fatores mais difíceis para os profissionais de enfermagem diante do processo de morte e morrer do paciente, devido ao fato de que são emersos diversos sentimentos como angústia e impotência, que podem atrapalhar a assistência prestada à família. Portanto, a enfermagem deve estar preparada adequadamente para atuar nesse tipo de situação para que o profissional da saúde não se afaste da realidade do sofrimento que está sendo vivenciado, mas que saiba conduzir seu próprio luto, sem vivenciar a dor do outro (24).

Em um estudo realizado em um hospital do México, a maioria dos médicos relatou o fato de não possuir formação acadêmica adequada para lidar com o tema morte. Dessa forma, na realidade citada, os médicos estão despreparados para enfrentar essa situação e utilizam suas próprias vivências ou, até mesmo, a experiência durante o trabalho para lidar com o tema, o que pode

acabar prejudicando suas ações no tratamento do paciente em fim de vida (25).

Em outro estudo realizado com bolsistas de oncologia pediátrica que enfrentaram o processo de morte e morrer dos pacientes, foi constatado que a falta de preparo adequado e a inexperiência são aspectos que contribuem para a dificuldade no enfrentamento da morte, pois eles tiveram dificuldades em acompanhar as famílias durante o processo de morte do paciente e no período de luto (26).

Oncologistas pediátricos relatam a dificuldade em se comunicar com a família, pois, durante o processo de morte e morrer, os pais, principalmente, ficam extremamente irritados com os profissionais de saúde; nessa troca de energias, estes acabam ficando psicologicamente exaustos no fim do dia (27). Além disso, os profissionais de saúde referem que o sofrimento após a perda de uma criança varia de horas até mesmo dias ou meses, bem como que o sofrimento envolve reações como: tristeza, choro, insônia, exaustão, sensação de perda pessoal e de estar fisicamente doente (28).

Nesse sentido, compreender a morte em uma criança é uma tarefa difícil para os profissionais da saúde, principalmente pelo fato de que o evento ocorre com controvérsias ao “roteiro” da existência humana. Nesse caso, o sentimento de impotência, relacionado à incapacidade de sucesso terapêutico, tende a frustrar os profissionais (29).

### ***Tipos de mortes e suas interpretações***

Dependendo do tipo de morte ou do estado de saúde do paciente, os profissionais tendem a diferenciar seu

significado. Quando o paciente apresenta situações de sofrimento, sem qualidade de vida, os profissionais aceitam de forma mais branda a morte. Entretanto, quando crianças saudáveis morrem abruptamente, o sofrimento gerado nos profissionais é extremamente excessivo e causa-lhes sentimentos de angústia e de impotência ante a situação. Desse modo, quanto mais possibilidades de investimento e vida, maiores são as expectativas dos profissionais que, ao enfrentarem a morte de seus pacientes, apresentam-se decepcionados consigo mesmos (29).

Lidar com a morte repentina é mais difícil que enfrentar a morte de um paciente crônico que, com o passar do tempo, vai tendo uma piora no seu estado geral. Em decorrência da falta de tempo para a assimilação, os profissionais de saúde desenvolvem maior sofrimento, tornando difícil de gerir a situação que está sendo vivenciada (30). Nesse sentido, a maioria dos profissionais de saúde tende a compreender de forma mais efetiva o processo de morte e morrer quando o paciente é idoso e está em uma fase considerada como final da vida. Entretanto, em fases iniciais, como a infância e a adolescência, a dificuldade de enfrentamento é mais evidenciada, pois esse evento se remete à interrupção do processo natural da vida, gerando desconforto e sofrimento nos profissionais (25, 30, 31).

A morte de uma criança gera diversos conflitos em relação à qualidade do cuidado ofertado, pois os profissionais de saúde passam a lidar com sentimentos profundos de tristeza, insegurança e culpa, devido ao fato de estarem despreparados para atuar nesses casos (32). Assim, é necessário que os profissionais também sejam preparados durante a graduação para lidar com a morte de crianças, permitindo que desenvolvam habi-

lidades necessárias para ofertar apoio à criança e a seus familiares nos cuidados de fim de vida. Atividades de simulação são importantes para deixar os profissionais mais próximos da realidade que enfrentarão, para que não tenham que aprender somente depois de formados com a experiência do trabalho (33).

Os profissionais de enfermagem possuem muitas recordações em relação às mortes dos pacientes, principalmente da primeira morte que vivenciaram, fazendo com que esta seja uma morte memorável, da qual muitos lembrarão os detalhes, tais como nome do paciente, idade, diagnóstico, entre outras peculiaridades que podem ficar profundamente marcadas no seu interior (34).

Em um estudo-piloto realizado em uma unidade de maternidade, foi possível observar que existe uma cultura do silêncio por parte dos profissionais de saúde quanto à morte materna que é impulsionada pelo medo das responsabilidades individuais de cada um ante o evento. O sentimento de culpa muitas vezes pode vir à tona, causando impacto no processo de trabalho, com possíveis mudanças no comportamento e nas atitudes no trabalho diário (35).

Observa-se que o impacto gerado no profissional de saúde que vivencia a morte do paciente que comete suicídio é mais acentuado que nos demais tipos de óbitos. Nesse contexto, é necessário que seja ofertado suporte aos profissionais após o suicídio dos pacientes a fim de amenizar o transtorno causado, tanto na vida pessoal como na laboral (36).

Devido à exposição das parteiras de áreas rurais a inúmeras mortes testemunhadas e à vivência dessa experiência, há um aumento considerável na ansiedade

na sua rotina diária de trabalho. É necessário que ocorram intervenções de empregadores e gerentes para que ofertem a esses profissionais amparo e estratégias suficientes para lidarem com o evento da morte materna de forma mais facilitada (37).

### ***Profissionais da saúde e seus aspectos pessoais ao lidarem com a morte***

Boa parte dos profissionais se refere à morte a partir de suas crenças religiosas, cada um com um significado diferente a partir de sua doutrina. Assim, para alguns, a morte é aceita mais facilmente do que para outros, se interpretada a partir de um prisma religioso. Nesse sentido, a religião passa a ser uma estratégia de enfrentamento e, até mesmo, de entendimento do processo de morte e morrer do paciente do ponto de vista pessoal de cada profissional (24).

A morte de uma criança causa maior impacto nos profissionais da saúde, principalmente quando estes são pais, pois passam a se projetar na vida dos pacientes e seus familiares, aumentando mais seu sofrimento. Muitas vezes, os profissionais se chocam diante desse tipo de morte, já que a situação passa a ter um sentido pessoal para eles, devido às semelhanças e às identificações com sua vida fora do trabalho (31).

Para oncologistas pediatras, a regulação das emoções se faz importante após a morte de um paciente, sendo necessária a procura de apoio social ou, até mesmo, da religião. Além disso, a prática de grupo com os colegas de trabalho se mostra como uma boa estratégia de enfrentamento para lidar com o processo de morte e morrer dos pacientes, pois, assim, diminuem seu próprio senso de responsabilidade individual (38).

Esses sentimentos pessoais que são desencadeados juntamente com o processo de fim de vida do paciente fortalecem a dificuldade do profissional de saúde em modificar o foco do tratamento devido à sua própria não aceitação da morte, fazendo com que tenham problemas em ofertar os cuidados necessários diante do processo de morte e morrer (19).

Vivenciar o processo de morte e morrer do paciente se torna mais difícil quando o evento propicia as lembranças em relação à morte de seus próprios entes queridos. Com isso, os estudantes de medicina tendem a se afastar de pacientes em fim de vida, a fim de evitar o sofrimento relacionado à sua perda pessoal (39).

Experiências pessoais podem trazer lembranças acentuadas para a zona de trabalho, fazendo com que o profissional associe o processo de morte e morrer do paciente com seus entes queridos que estejam doentes. Assim, ficam fragilizados ao serem expostos à morte do paciente, pois podem emergir sentimentos de sofrimento que dificultam gerenciar suas emoções (22).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da saúde não estão efetivamente preparados para lidar com o processo de morte e morrer dos pacientes, principalmente pela falta de suporte durante a graduação e, posteriormente, pela falta de apoio nas instituições de serviço. A maioria dos estudos abordou a questão de que os profissionais sentem a falta de uma melhor atenção para o tema, principalmente em relação a estratégias de enfrentamento, pois se sentem desamparados para lidar diretamente com o processo de fim de vida.

Nesse sentido, mais estudos devem ser realizados com um olhar que atente para os aspectos que levam os profissionais a fugirem da temática morte, para que passem a lidar de forma mais natural, sem ignorá-la a ponto de banalizá-la, nem senti-la de forma que lhes cause sofrimento, bem como para que a morte e o morrer possam ser compreendidos e façam parte do contexto de trabalho que deve ser vivenciado. Assim, o profissional de saúde poderá assistir o paciente de forma mais humanitária até no momento do fim da vida.

**Conflito de interesse:** nenhum declarado.

## REFERÊNCIAS

1. Azeredo NS, Rocha CF, Carvalho PRA. Enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos da medicina. *Rev Bras Ed Med.* 2011; 35 (1): 37-43. doi: 10.1590/S0100-55022011000100006.
2. Mortiz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e morrer. *Rev Bioética.* 2005; 13 (2): 51-63. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/107](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/107)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de atenção básica. Caderno de atenção domiciliar. Ministério da Saúde: Brasília; 2013 [consultado em 28 março 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf)
4. Rosa DSS, Couto SA. O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo de terminalidade da vida. *Rev Enferm Contemp* 2015; 4(1):92-104. doi: 10.17267/2317-3378rec.v4i1.467.
5. Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Bertolino KCO, Kruse MHL. A formação do enfermeiro frente às necessidades emergentes da terminalidade do indivíduo. *Rev Enferm UFSM.* 2011; 1(1):97-102. doi: 10.5902/217976921996.

6. Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Lüdtke MF, Cassel PA, Wottrich SH et al. Significados de morte e morrer no curso de enfermagem: um relato de experiência. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(2):472-9. doi: 10.5902/217976923493.
7. Oliveira SG, Quintana AM, Bertolino KCO. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6):1077-80. doi: 10.1590/S0034-71672010000600033.
8. Borges MS, Mendes M. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(2):324-31. doi: 10.1590/S0034-71672012000200019.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Sistema de Informações sobre Mortalidade. Consolidação da base de dados de 2011 [consultado em 28 maio 2017]. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida\\_Sim\\_2011.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus) [Internet]. Mortalidade no Brasil 2016 [consultado em 28 maio 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018.
12. Minayo MCS, editor. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Barbosa AGC, Massaroni L, Lima EFA. Significados do processo do morrer e da morte para a equipe multiprofissional. *Rev Pesq Cuidado é Fundamental*. 2016; 8(2):4510-7. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4510-4517.
14. Santos MA, Aoki FCOS, Cardoso EAO. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. *Cien Saude Colet*. 2013; 18 (9):2625-34. doi: 10.1590/S1413-81232013000900017.
15. Silva RS, Oliveira CCSG, Pereira A, Amaral JB. O cuidado à pessoa em processo de terminalidade na percepção de graduandos de enfermagem. *Rev. RENE*. 2015; 16 (3):415-24. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2815/2184>
16. Mello AAM & Silva LC. A estranheza do médico frente a morte: lidando com a angústia da condição humana. *Rev Abordagem Gestáltica*. 2012; 18(1):52-60. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672012000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100008)
17. Santana JCB, et al. Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. *Rev Bioética*. 2013; 21(2):298-307. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a13v21n2>
18. Lenherr G, Zehnder BM, Kressig RW, Theil SR. To speak, or not to speak — do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life? *Swiss Med Wkly*. 2012; 142:1-7. doi: 10.4414/smw.2012.13563.
19. Zambrano SC, Chur-Hansen A, Crawford GB. On the emotional connection of medical specialists dealing with death and dying: a qualitative study of oncologists, surgeons, intensive care specialist and palliative medicine specialists. *BMJ Support Palliat Care*. 2012; 2:270-5. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000208.
20. Santos LRG, Menezes MP, Gradwohl SMO. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(9):2645-51. doi: 10.1590/S1413-81232013000900019.
21. Rodenbach RA, Rodenbach KE, Tejani MA, Epstein RM. Relationships Between Personal Attitudes About Death and Communication with Terminally Ill Patients: How Oncology Clinicians Grapple with Mortality. *Patient Educ Couns*. 2015; 99(3):356-63. doi: 10.1016/j.pec.2015.10.010.
22. Wilson J. Ward staff experiences of patient death in an acute medical setting. *Nurs Stand*. 2014; 28 (37):37-45. doi: 10.7748/ns.28.37.37.e7949.

23. Carmo AS, Oliveira ICS. Criança com câncer em processo de morrer e sua família: enfrentamento da equipe de enfermagem. *Rev Brasileira Cancerlogia*. 2015; 61(2):131-8. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf)
24. Medeiros YKF, Bonfada D. Refletindo sobre finitude: um enfoque na assistência de enfermagem frente à terminalidade. *Rev. RENE*. 2012; 13(4):845-52. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4045>
25. Álvarez-Del-Río A, Marván L, Santillán-Doherty P, Delgadillo S, Oñate-Ocaña LF. Facing death in clinical practice: A view from physicians in Mexico. *Arch Med Res*. 2013; 44:394-400. doi: 10.1016/j.arcmed.2013.05.005.
26. Granek L, Bartels U, Barrera M, Scheinemann K. Challenges Faced by Pediatric Oncology Fellows When Patients Die During Their Training. *J Oncol Pract*. 2015; 11(2):182-9. doi: 10.1200/JOP.2014.001727.
27. Granek L, Bartels U, Barrera M, Scheinemann K. Challenging patient deaths in pediatric oncology. *SupportCare Cancer*. 2015; 23(8):2349-56. doi: 10.1007/s00520-015-2602-3.
28. Granek L, Bartels U, Barrera M, Labrecque M, Scheinemann K. Grief Reactions and Impact of Patient Death on Pediatric Oncologists. *Pediatr Blood Cancer*. 2015; 62:134-42.
29. Cherer EQ, Quintana AM, Pinheiro UMS. Sofrimento e liberação: significações sobre a morte na UTI pediátrica. *Psico: rev semestral do Instituto de Psicologia da PUC Rio Grande do Sul, Brasil*. 2013; 44(4):482-9. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10982>
30. García JFV, González RG, Hervias RG, Reyes C, Zambrano GA, Ceña DP. Facing death in the intensive care unit. A phenomenological study of nurses' experiences. *Contemp nurse*. 2016; 52(1):1-12. doi: 10.1080/10376178.2016.1194725.
31. Semeniuk AP, Durman S, Matos FGOA. Saúde mental da equipe de enfermagem de Centro Cirúrgico frente à morte. *Revista da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização (SOBECC)*. 2012; 17(4):48-56. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/188>
32. Souza LF, Misko MD, Silva L, Poles K, Santos MR, Bousso RS. Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(1):30-7. doi: 10.1590/S0080-62342013000100004.
33. Forster E, Hafiz A. Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. *Int J Palliat Nurs*. 2015; 21(6):294-301. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.6.294.
34. Anderson NE, Kent B, Owens RG. Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of the ir earliest memorable patient death. *Int J Nurs Stud*. 2014; 52:695-704. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.12.005.
35. Cauldwell M, Chappell LC, Murtagh G, Bewley S. Learning about maternal death and grief in the profession: a pilot qualitative study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015; 94:1346-53. doi: 10.1111/aogs.12760.
36. Draper B, Kölves K, De Leo D, Snowdon J. The impact of patient suicide and sudden death on health care professional. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014; 36(6):721-5. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2014.09.011.
37. Muliira RS, Sendikadiwa VB, Lwasampijja F. Predictors of Death Anxiety Among Midwives Who have Experienced Maternal Death Situations at Work. *Matern Child Health J*. 2014; 19 (5):1024-32. doi: 10.1007/s10995-014-1601-1.
38. Granek L, Barrera M, Scheinemann K, Bartels U. Pediatric oncologists' coping strategies for dealing with patient death. *J Psychosoc Onco*. 2016; 34(2):39-59. doi: 10.1080/07347332.2015.1127306.

39. Whyte R, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical students' experience of personal loss: incidence and implications. *BMC Med Educ.* 2013; 13(36):2-7. doi: 10.1186/1472-6920-13-36.
40. Nova JLL, Filho JJB, Bastos LAM. Lição de Anatomia. *Interface.* 2000; 4(6):87-95. doi: 10.1590/S1414-32832000000100007.
41. Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Lüdtke MF, Cassel PA, Wottrich SH et al. Significados de morte e morrer no curso de enfermagem: um relato de experiência. *Revista de Enfermagem da UFSM.* 2012; 2(2):472-9. doi: 10.5902/217976923493.
42. Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Bertolino KCO, Kruse MHL. A formação do enfermeiro frente às necessidades emergentes da terminalidade do indivíduo. *Rev Enfermagem UFSM.* 2011; 1(1):97-102. doi: 10.5902/217976921996.