

OS SENTIDOS DA MORTE NO COTIDIANO DE TRABALHO DA ONCO-HEMATOLOGIA DO HU/UFSC

Cristina Bleichvel Costa¹
Luciana Patricia Zucco²

Introdução

Este artigo apresenta os sentidos da morte atribuídos pela equipe multiprofissional do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Entende-se por sentido os significados atribuídos pelos profissionais à morte, sendo estes sínteses de processos de comunicação sociais e históricos amplos e nos quais os entrevistados estão inseridos. Ou seja, os profissionais compartilham significados oriundos de sua formação técnica, bem como de experiências profissionais, pessoais e do meio em que se situam. Esse processo de construção de sentidos ao mesmo tempo em que é instituído por valores, posicionamentos, compreensão e comportamentos, institui os sujeitos em suas relações sociais.

Os profissionais do HU/UFSC prestam assistência aos pacientes portadores de doenças onco-hematológicas em estado

¹ Assistente Social. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase Alta Complexidade pelo Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC, Brasil). E-mail: cristina_bleichvel@hotmail.com.

² Assistente Social. Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, Brasil). Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Serviço Social/CSE/UFSC (Brasil). Integrante do Núcleo de Estudos em Serviço Social e Relações de Gênero-NUSSERGE/UFSC e do Instituto de Estudos de Gênero-IEG/UFSC. E-mail: lpzucco@uol.com.br.

terminal, sendo relevante considerarmos o binômio saúde-doença e seus desdobramentos como parte do contexto de trabalho multiprofissional em saúde. Lidar com a finitude humana é um aspecto concreto do seu processo de trabalho, bem como assistir o paciente internado, que vive o risco de morte e requer cuidados baseados em procedimentos complexos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, definiu saúde como “bem-estar físico, mental e social”. Em um primeiro momento, este conceito teve conotações ampliadas, pois trouxe aspectos psíquicos e sociais outrora negligenciados. Contudo, propiciou que qualquer conflito nas relações sociais fosse indicativo para tratamentos médicos e descontextualizou o processo saúde-doença de suas relações socioculturais ao criar uma definição idealizada de saúde para os países, além de colocar a indústria de medicamentos em um patamar de destaque.

Para conceituarmos brevemente o que é *doença*, recorreremos ao significado semântico da palavra³: alteração na saúde, no equilíbrio dos seres vivos, moléstia. Para além do significado biológico, é necessário compreendermos a saúde e a doença como processos sociais. De acordo com Laurell (1982, p. 3), “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos”.

A partir disto, é importante considerarmos que o homem é um ser consciente de sua própria finitude, sendo a morte parte do seu desenvolvimento e uma das fases do seu ciclo vital. É uma certeza da existência humana, apesar de ser constantemente negada. Entretanto, existe dificuldade em falar sobre o tema na sociedade contemporânea, uma vez que os espaços são restritos para abordá-lo como uma situação inerente à vida.

Ao deixarmos de aproximar as crianças dos acontecimentos de luto, retiramos a possibilidade de olharem para a vida considerando as perdas como um dado da realidade. Deste modo, intensificamos a dificuldade em lidar com estes acontecimentos ao longo das trajetórias individuais (PAIVA, 2009). As experiências de luto

³ Doença. In: Dicionário Aurélio. Brasil. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/doenca>. Acesso em: 25/01/2015.

vivenciadas individualmente contribuirão para que cada ser elabore seu próprio conceito de morte.

A literatura (ESSLINGER, KOVÁCS, 2004; PAPALIA, 2000; DIAZ, 1996; BOEMER, ZANETTI E VALLE, 1991) indica que a cada fase do ciclo da vida modificam-se os sentidos e as interpretações em relação à morte. Somam-se a esse entendimento as tradições religiosas, os valores culturais e o contexto de cada país e região, que contribuem para a compreensão e explicação sobre o morrer. A finitude foi descrita em muitas culturas na tentativa de entendê-la e dar-lhe um significado.

O desenvolvimento da medicina e os novos hábitos de vida da população vêm proporcionando o aumento da expectativa de vida. Como consequência destas mudanças, observamos o crescimento do número de idosos e de doenças crônicas. Para os anos de 2014 e 2015, a estimativa do Instituto Nacional de Câncer aponta para a incidência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer no país (BRASIL, 2014, p. 26). Tal quadro promove a procura das pessoas pelos serviços de assistência à saúde em busca de atendimentos de alta complexidade, incluindo também demandas psicológicas e sociais. A morte, antes algo remoto e até esquecido na vida dos sujeitos, se apresenta como uma possibilidade e um tema que mobiliza usuários, familiares e equipe multiprofissional. Dos profissionais, esperam-se respostas para a restauração da saúde e para os sentimentos decorrentes da iminência da morte e da perda.

Através desta pesquisa, evidenciamos os sentidos da morte atribuídos pela equipe multiprofissional do HU/UFSC, tendo como referência seu cotidiano de trabalho. Este é atravessado pelos casos anteriormente retratados em números, mas vividos a partir de realidades individuais e coletivas, que são complexas e enredadas por sentimentos que qualificam o viver e o morrer, demandando cuidados.

Segundo Kovács (2009), a morte faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde e, quando ocorrem perdas sem a elaboração adequada do luto, cresce a possibilidade de adoecimento dos mesmos. Radünz (1999, p. 18) afirma que “conviver no dia a dia

com a finitude e o morrer do outro e não sabendo como trabalhar esta questão consigo mesmo, haverá desgaste e exaustão maiores por parte do profissional, comprometendo o cuidado que será prestado”.

Corroboramos com as afirmações de Kovács (2009) e Radünz (1999), que nos possibilitam problematizar a ausência de um trabalho sistematizado junto à referida equipe multiprofissional para lidar com a finitude. Deste modo, a hipótese do estudo é a de que a elaboração do luto se situa nas esferas individual e privada, sendo um fator limitador para a organização pessoal e profissional, podendo favorecer processos de adoecimento e de comprometimento da assistência prestada aos usuários. Os resultados do estudo contribuem com elementos para que os profissionais possam refletir sobre a morte nas esferas individual e profissional no âmbito do HU/UFSC, bem como estimulam a implementação de fóruns de discussão e práticas educativas na instituição.

Para a apresentação dos dados, o texto está organizado da seguinte forma: Introdução; 1) Aproximação aos conceitos; 2) Caminho metodológico; 3) Discussão dos resultados; Considerações Finais e Referências.

1. Aproximação aos conceitos

O homem desenvolveu mecanismos para lidar com a finitude da vida e transcender o sofrimento causado por ela. Nessa perspectiva, adotou ritos fúnebres e passou a utilizar as sepulturas, a cremação e a não abandonar os mortos. Segundo Rodrigues (2006, p. 20-21), “os ritos da morte comunicam, assinalam e expulsam o impacto que provoca o fantasma do aniquilamento”. Ao executá-los, os homens fecham um ciclo onde a morte é a protagonista e dão continuidade a suas histórias de vida como se ela não fosse um fato a ser partilhado por todos.

Phillipe Ariès (2012) salienta que antigamente a morte ocorria em casa, era uma cerimônia pública onde participavam os parentes,

os amigos, os vizinhos e as crianças. Os ritos de morte eram aceitos com simplicidade, tornando-a um acontecimento familiar e próximo. Interpretada como algo natural, não se cogitava evitá-la.

A partir do século XVIII, o homem das sociedades ocidentais deu um novo significado à morte, ocupou-se menos com os rituais de sua própria morte para se ater à do outro. No século XIX, o ritual de morte foi acrescido de uma carga de emoção que até então não possuía, e esta passou a ser aceita com mais dificuldade. A morte, que antes era tão presente, perdeu espaço no convívio da sociedade atual.

Neste século, ocorreu o deslocamento do local da morte, do domicílio para o hospital, onde estão disponíveis recursos de tratamento e higiene, sendo este socialmente compreendido como espaço seguro para pacientes e familiares vivenciarem este momento do ciclo vital. Santos e Paiva (2009, p. 173) afirmam que atualmente “o indivíduo perde o controle e o poder sobre o seu morrer e é obrigado a se colocar na dependência do ambiente”.

A finitude da vida humana e suas significações tornaram-se temas delicados de se tratar no século XXI, o que tornou complexa a sua compreensão. Segundo a literatura (FRAGA, BOAS E MENDONÇA, 2012; SANTOS, 2009; SANTOS E INCONTRI, 2009), conceituar a morte na atualidade é uma tarefa difícil, uma vez que este entendimento é relativo, ambíguo e, ainda, em construção. As múltiplas interpretações variam conforme as sociedades, as culturas e os momentos históricos. Para Santos (2009, p. 14), o “morrer é mais do que um evento biológico; tem dimensão religiosa, social, filosófica, antropológica, espiritual e pedagógica”. A morte é “um fenômeno constante e biologicamente necessário” (SANTOS, 2009a, p. 301). Pode ser entendida como “parte integrante da vida humana ou como circunstância hedionda” (FRAGA, BOAS E MENDONÇA, 2012, p. 515).

Lima (2004) indica que o desenvolvimento de técnicas mais apuradas no campo da saúde criou um vazio conceitual sobre a finitude e diversas definições de morte e morrer foram se sucedendo. É possível afirmar que a morte é a perda irreversível de características essenciais ao ser vivo. Segundo Veath (1989 apud

SANTOS 2009, p. 303), o ato de identificação e determinação da morte pode ser auxiliado por quatro abordagens: “perda irreversível do fluxo de fluidos vitais; perda irreversível da alma do corpo; perda irreversível da capacidade de integração corporal; e perda irreversível da capacidade de interação da consciência ou social”.

De modo geral, as pessoas se recusam a aceitar a morte como algo natural e criam estratégias para negá-la ou adiá-la. No ímpeto de *evitar* a morte, o homem, através da medicina, desenvolveu técnicas que o possibilitaram controlar alguns aspectos do processo de morte e morrer. Concordamos com as afirmações de Kübler-Ross (2008, p. 5):

“A medicina progrediu a olhos vistos nas últimas décadas. A vacinação em massa praticamente erradicou muitas doenças. (...) A quimioterapia, especialmente o uso de antibióticos, contribuiu para que decresse o número de casos fatais de moléstias infecciosas. A educação e uma puericultura melhor ocasionaram um baixo índice de doença e mortalidade infantil. Os vários males que causavam uma baixa impressionante entre jovens e adultos foram dominados. Cresce o número de anciãos, e com isso aumenta o número de vítimas de tumores e doenças crônicas, associados diretamente à velhice”.

As técnicas de cuidado, especialmente as realizadas no âmbito hospitalar, progrediram a ponto de interferir nas circunstâncias do óbito. No entanto, tornou-se mais difícil afirmar com exatidão o momento em que ele ocorre. Em alguns casos, transformou o falecimento em um processo prolongado, doloroso e solitário (ALMEIDA, 2013; FRAGA, BOAS E MENDONÇA, 2012), desencadeando discussões no campo da bioética⁴.

⁴ A bioética tenta solucionar os dilemas morais e científicos presentes no cotidiano. Estes são impulsionados pelos avanços da ciência, das tecnologias e das transformações sócio-culturais das sociedades contemporâneas. Através de ações interdisciplinares de reflexão e crítica, busca-se um consenso para estes temas emergentes. Em especial na área da saúde, a bioética está associada à incorporação de novas tecnologias que implicam diretamente na oferta, qualidade da assistência e modo como os profissionais operam estes novos recursos para tratar a vida e lidar com a morte (RAMOS, 2007).

A bioética vem proporcionando diálogos entre o conhecimento técnico-científico das ciências da saúde e a ética, com embasamento filosófico. Como resultados, surgem algumas tendências, das quais destacam-se: maior incentivo à participação do sujeito sobre decisões que influenciarão sua vida e morte, e implementação de ações de cuidados paliativos no ambiente hospitalar.

A primeira tendência institui a necessidade de discutir o processo de adoecimento e seu prognóstico para que o sujeito possa estar esclarecido, consciente e fortalecido em suas posições. Estas resultarão no seu processo de tratamento e finitude, uma vez que favorecerão sua dignidade e autonomia até o momento da morte (KOVÁCS, 2014). A segunda enfatiza a realização das práticas de cuidados paliativos, como o Testamento Vital (TV) e as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). São formas de garantir as aspirações e as decisões de pacientes com doenças em estágios avançados, além de auxiliar familiares e profissionais nas condutas a serem adotadas. Tais recursos vêm desencadeando uma série de debates e possibilitam ampliar a comunicação entre pacientes, familiares e equipe técnica de saúde. Devolvem a centralidade das decisões, autonomia e dignidade ao paciente no seu processo de tratamento e morte.

O TV consiste em uma declaração escrita pelo paciente que deve ser entregue ao médico, aos familiares ou representantes legais, e se relaciona à recusa de tratamentos percebidos como obstinação terapêutica. Bellato e Carvalho (2005, p. 103) afirmam que “a obstinação terapêutica leva até as últimas consequências a tentativa de afastar a morte e, nessa tentativa de afastamento indefinido, o doente não morre mais na sua hora, mas naquela da equipe de saúde”. É preciso considerar que o prolongamento da vida de pessoas enfermas pode resultar em tratamentos com efeitos colaterais que aumentam o sofrimento tanto do enfermo quanto daqueles que o assistem - familiares ou equipe técnica.

As DAV são realizadas quando a pessoa está consciente para comunicar por escrito suas vontades ou delegar à família ou pessoa de confiança a responsabilidade pela eventual tomada de decisões. Ademais, possibilitam que a pessoa participe ativamente na

interrupção de tratamentos aos quais não desejaria ser submetida (KOVÁCS, 2014, p. 99). Em 2012, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução nº 1.995, “reconhecendo o direito do paciente em manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos e designar um representante legal para tal, bem como o dever de o médico cumprir a vontade do paciente” (DADALTO, TUPINAMBÁS E GRECO, 2013, p. 464).

2. Caminho metodológico

A pesquisa empírica, de abordagem qualitativa, teve como técnica de análise dos dados a modalidade temática (BARDIN, 1977). Esta objetiva identificar no material os núcleos de sentido da comunicação, sua presença ou frequência de aparição (BARDIN, 1977, p. 105), situados nos temas, “geralmente utilizado[s] como unidade[s] de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc” (BARDIN, 1977, p. 106). A discussão dos resultados ocorreu a partir de categorias analíticas previamente trabalhadas: finitude humana, cuidado e atuação profissional diante da morte. Somam-se a essas os temas decorrentes do processo de categorização do *corpus*, como: “estratégias pessoais” frente à morte e “propostas técnicas” para lidar com a finitude.

O *corpus* foi formado pelas falas dos profissionais da área da saúde que compõem a equipe multiprofissional do HU/UFSC e assistem os pacientes com doenças onco-hematológicas em tratamento, a partir de entrevistas individuais e semiestruturadas. Todas foram realizadas na instituição, durante o expediente de trabalho, sendo gravadas na dependência de autorização do profissional entrevistado. O tempo médio aproximado de duração de cada entrevista foi de 40 minutos, perfazendo um total de oito (8) entrevistas. Cada entrevista teve início com a apresentação, leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão sob o número de parecer 828.092,

conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata sobre a pesquisa com seres humanos.

Consideramos como sujeitos da pesquisa apenas os profissionais que prestam assistência direta e contínua ao paciente, em virtude de lidarem com as situações iminentes de finitude, a saber: assistente social, cirurgião-dentista, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista, psicólogo e técnico em enfermagem. Os profissionais de fonoaudiologia não compõem de forma fixa a equipe e não foram incluídos no estudo, uma vez que prestam assistência pontualmente ao paciente, mediante solicitação de pareceres técnicos. O critério utilizado para a escolha do profissional de cada categoria a ser entrevistado foi o maior tempo de inserção na instituição, devido o acúmulo de atuações e situações vividas.

Durante a fase de entrevistas, o processo de trabalho de algumas categorias inviabilizou a participação do profissional com maior tempo de inserção, sendo este devidamente substituído por outro da mesma categoria, ainda respeitando o critério descrito acima. Em decorrência da dinâmica institucional e de trabalho, não foi possível entrevistar o profissional de nutrição.

A coleta de dados compreendeu os meses de novembro e dezembro de 2014, sendo posteriormente transcritas as entrevistas. Na sequência, iniciamos o processo de organização do material a partir da leitura flutuante, que consistiu em leituras sucessivas do material coletado, possibilitando ter uma visão geral do *corpus* e um primeiro levantamento dos temas por entrevista.

Procedemos com a leitura transversal, separando os temas e identificando se os mesmos perpassavam o *corpus*. Assim, as ideias centrais de cada sujeito da pesquisa foram agrupadas e codificadas, para dar, posteriormente, projeção aos sentidos que iriam compor os núcleos temáticos. Após a organização, codificação e classificação em categorias foram construídos os núcleos temáticos e seus sentidos, sendo estes:

- **Morte e Morrer**, tendo como sentido predominante o “pesar”, embora outros estivessem presentes, mas

reafirmando e se reportando ao pesar de diferentes modos;

- **Finitude e Formação**, evidenciou o sentido da ausência deste conteúdo no decorrer da formação acadêmica dos técnicos entrevistados e nas formações posteriores à graduação. Embora a morte seja um acontecimento recorrente no transcurso do trabalho, devido à dinâmica institucional, ela não é refletida coletivamente com vistas à preparação/qualificação da equipe, havendo uma ausência de suporte na formação e no serviço;
- **Trabalhar com a finitude**, deu visibilidade a sentidos associados a implicações emocionais e físicas descritas pelos profissionais. Estas os fragilizam e geram, segundo os entrevistados, processos de adoecimento, uma vez que sentem limitações técnicas e subjetivas para lidar com o tema. Somam-se a estes sentidos estratégias pessoais para lidar com tais implicações.

Identificados os temas e sentidos, bem como os fragmentos de fala que os geraram, passamos para a interpretação dos resultados, confrontando com os diferentes argumentos encontrados na literatura.

3. Apresentação dos resultados

Para dar visibilidade aos sentidos presentes nos núcleos temáticos, a disposição dos resultados levou em consideração o perfil dos profissionais. Este situa o contexto institucional em que os mesmos estão inseridos, e os principais temas que emergiram de suas falas, a saber: a morte e o morrer dos pacientes; a finitude como objeto de formação e suas implicações para o trabalho. Destaca-se que as falas utilizadas foram identificadas como Entrevistado 1 (E1), Entrevistado 2 (E2), e assim por diante, até contemplar os oito entrevistados, sendo o numeral atribuído por

ordem de realização das entrevistas. Os nomes e categorias profissionais não foram descritos para preservar a identidade dos sujeitos, uma vez que algumas profissões dispõem de apenas um técnico no setor.

3.1 Perfil Profissional

Os dados dos profissionais da onco-hematologia do HU/UFSC explicitam um perfil feminino: seis são do sexo feminino e dois do sexo masculino, confirmando resultados de pesquisas. Pastore e Rosa (2006, p. 3) afirmam que “historicamente o campo de trabalho na área da saúde é um lugar de concentração de trabalho feminino, tomando como referência o setor hospitalar, as mulheres aparecem neste contexto em porcentagem superior, em torno de 70% do conjunto dos trabalhadores”.

A literatura (PASTORE E ROSA, 2006; LOPES E LEAL, 2005) aponta que as práticas de cuidado assumem dois significados: as práticas do “tratar” e do “cuidar”. O “tratar” se refere a ações masculinas e científicas, que exigem qualificação profissional; o “cuidar”, por sua vez, é associado às “qualidades” femininas.

Ao feminino coube a sensibilidade e sentimentos como piedade e amabilidade, principalmente em relação às crianças, aos idosos e aos doentes, assim como o cuidado em certos eventos, como o nascimento e a morte (MENEZES E HEILBORN, 2006). Para Lopes e Leal (2005, p. 110), “é a noção de cuidado (de saúde à família), enquanto ação concebida como feminina e produto das “qualidades naturais” das mulheres, que fornece atributos e coerência ao seu exercício no espaço formal das relações de trabalho na saúde”.

Nesse sentido, Pastore e Rosa (2006), Menezes e Heilborn (2006) e Ferrand (1994) indicam que o mercado de trabalho é profundamente segregado pela dicotomia de gênero. Determinados tipos de atividades são mais comuns entre as mulheres e outras, entre homens. Ferrand (1994) salienta que a inserção masculina é predominantemente associada às atividades relacionadas às ciências

exatas; em contrapartida, atividades ligadas à educação e assistência são identificadas como pertencentes ao universo das mulheres.

Os entrevistados tinham entre 31 e 52 anos de idade e todos concluíram o nível superior. Dos oito entrevistados, seis têm especialização em áreas diversas, cinco possuem mestrado e um doutorado. Nota-se que o quadro de escolaridade está relacionado à natureza da instituição, uma vez que o HU/UFSC é certificado pelo Ministério da Educação como um hospital-escola. Esta titulação faz com que a instituição seja reconhecida como um centro de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias para a área da saúde. Tal particularidade confere ao HU/UFSC um corpo clínico heterogêneo e capacitado, possibilitando o aprimoramento constante dos padrões de atendimento (BRASIL, 2013).

O tempo médio de atuação dos profissionais entrevistados na área da saúde é de 15,3 anos. Já o tempo médio de atuação especificamente no setor de onco-hematologia é de 5,6 anos.

Ao serem questionados sobre capacitação ao ingressarem no setor, todos referiram que não existe formação/cursos específicos ou algo sistemático realizado pela instituição. Os entrevistados buscaram individualmente conteúdos para embasamento das situações vividas, no entanto, não foram suficientes para dissipar fragilidades técnicas e subjetivas. Relataram, ainda, a realização de cursos sobre cuidados paliativos, comunicação de más notícias, entre outros, no decorrer da experiência profissional. Todavia, estes não foram específicos sobre finitude humana, tampouco foram aprofundados e de longa duração, com conteúdos que abordassem aspectos do cotidiano profissional, não obstante tangenciassem o assunto.

3.2 Núcleos temáticos e seus sentidos

A **morte** assumiu uma série de representações simbólicas e explicações para a equipe, constituindo-se como um núcleo temático que contribuiu para explicitar os tabus e interditos deste momento no espaço do HU/UFSC. Embora os profissionais

indiquem características particulares para a morte, até mesmo naturezas distintas, como “incapacidade”, “sofrimento”, “angústia”, “vai contra o ciclo natural da vida”, “imprevisibilidade”, “negação”, “solidão”, “separação”, “despedida” e “medo”, o sentimento predominante é o de **pesar** ao lidar com o assunto.

“No enfrentamento com a morte, às vezes, a gente não sabe o que falar para a pessoa e, às vezes, ela tem muito para falar e a gente não sabe a forma correta de intervir e deixamos o momento passar”. (E1);

“...o desafio que eu vejo é a compreensão dessa situação da finitude, porque nós somos muito preparados para o nascimento. Mesmo que seja um quadro em que a pessoa expresse que ela quer descansar e que essa jornada tenha sido de dor e sofrimento e ela expresse isso em vida, é algo ainda difícil para a gente entender essa separação da terminalidade”. (E2);

“...de modo geral, muitas pessoas sofrem muito e conseguem falar que é muito difícil perder os pacientes que você conhece a tanto tempo. Outros se calam mais. E eu tenho certeza que não é que sofrem menos, mas não compartilham tanto o sofrimento. E vejo poucos que você é tão melhor tecnicamente quanto menos você se abala com isso”. (E3).

Sendo a morte e o morrer temas complexos, é compreensível de os profissionais da área da saúde, que mantêm contato recorrente com estes acontecimentos, serem tomados por sentimentos intensos e de tamanha complexidade. Resgatamos o pensamento de Kübler-Ross (2008) ao especificar os estágios pelos quais passam os pacientes no processo de morte e morrer, sendo o primeiro a negação e o isolamento, o segundo a raiva, o terceiro a barganha, o quarto a depressão e o quinto aceitação. As falas dos profissionais entrevistados nos possibilitam afirmar que estes momentos vividos pelos pacientes também são pelos profissionais de saúde, embora expressos de formas distintas, mas perpassados igualmente por sofrimento e pesar.

A dificuldade do profissional no manejo da temática limita novas estratégias de enfrentamento e amadurecimento sobre a realidade vivenciada por pacientes, familiares e pelos próprios

técnicos. Os entrevistados se deparam cotidianamente com o desafio da morte, embora tenham sido formados para cuidar da vida. Kübler-Ross (2008, p. 45) afirma que “a negação é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial”.

Para Negrini (2013, p. 30), “as atitudes dos homens diante da morte são reflexos da sociedade, da temporalidade e da cultura em que estão inseridos”. Apenas um profissional (E4) utilizou a palavra “tranquilidade”, reconhecendo seu processo de amadurecimento como decorrência da religião (fé católica), no entanto, em um contexto de fala envolto em sofrimento. Osswald (2013) argumenta que a fé é uma esperança numa vida além da morte, pois a ideia de um fim definitivo seria algo intolerável ao ser humano.

“...por outro lado, se nós acreditamos na vida eterna, em uma vida melhor, que eu acredito, a gente não deve temer tanto assim a morte. É um desligamento muito pior para quem fica do que para quem vai. Até tenho tranquilidade. Já tive menos tranquilidade para trabalhar com a morte. A gente vai amadurecendo. É a nossa única certeza, por isso não devemos temer; e se a gente acredita em uma outra vida, como eu acredito, para mim é tranquilo...” (E4).

Na tentativa de administrar o pesar, o profissional E6 atribuiu um sentido metafísico à morte, uma vez que as crenças religiosas possibilitam respostas às perguntas existenciais que se colocam diante da doença e da possibilidade da finitude (BOUSSO, POLES, SERAFIM E MIRANDA, 2011).

“A morte é vista como um processo: fizemos tudo o que podíamos fazer, mas morreu. Isso é um escudo de proteção para não refletir sobre o processo de trabalho. É tão tênue. Quando a gente não acha explicação, a gente coloca em crenças e não tem discussão; e próximo paciente. Não dá tempo nem de digerir.” (E6).

A discussão da situação de óbito acompanhado que mais mobilizou os entrevistados remeteu à temática da morte e do morrer, e convergiu para quatro casos: paciente 1 (P1) – E1, E3 e

E4; paciente 2 (P2) – E1 e E7; paciente 3 (P3) – E2 e E5; paciente 4 (P4) – E5 e E7. A convergência dos relatos pode ser justificada por terem sido casos recentes, mas também por mobilizar recursos profissionais, técnicos e psicológicos da equipe. Segundo os profissionais, alguns pacientes apresentaram patologias complexas, que exigiram outros conhecimentos técnicos, acompanhamento longo na instituição e contatos sucessivos com a equipe para assisti-los. Esse conjunto de fatores promoveu um estreitamento das relações entre equipe e paciente; possibilitou que os técnicos identificassem sinais de aproximação da morte; instigou-os a refletir sobre sua própria finitude e desencadeou sentimentos intensos na vigência do óbito. Destaca-se que a noção de pesar permanece preponderante e transversal nos relatos dos casos descritos pelos entrevistados, embora haja sentidos e explicações associados que se somam àquela.

Ao citarem a experiência com P1, de 17 anos, os entrevistados E3 e E4 alegaram **precipitação** e **inversão** do ciclo normal da vida, pois o paciente era jovem e, socialmente, espera-se que a morte ocorra somente na velhice.

“...outro aspecto é ir contra o ciclo normal da vida: a mãe perder o filho; a morte não obedecer o nosso processo, o que a gente espera, que é os filhos enterrarem os pais.” (E3);

“...quando é adolescente, a gente tem bastante sentimento, porque a pessoa ainda não viveu...” (E4).

De acordo com Ribeiro, Baraldi e Silva (1998, p. 117), quando se pensa na “morte em seu aspecto biológico e racional, torna-se relativamente fácil diagnosticá-la como um acontecimento cotidiano, que completa o ciclo da vida, nascer, crescer, envelhecer e morrer auxiliando na continuidade da espécie”; quando ela ocorre fora desta ordem, configura-se como uma contradição, um paradoxo difícil de ser aceito e expresso na fala dos profissionais.

O **sofrimento da família** em função da perda foi convergente nas narrativas de E1, E3 e E4. Tal dado denota que estes técnicos estavam sensibilizados com o contexto emocional dos familiares, consideraram este momento em seu processo de trabalho e se

aproximaram da compreensão de perda do outro, que mobilizou seus sentimentos.

“...foi um atendimento muito difícil, muito sofrimento. A perda para os pais foi uma coisa muito difícil...” (E1);

“...a dificuldade que a mãe teve de lidar com a possibilidade de perda do filho único, adolescente que tinha uma relação de muita ligação emocional...” (E3);

“...a gente acha que pode, talvez, saber como a mãe sente, mas não tem como. A gente lembrando dos filhos da gente e a mãe perdendo um filho...” (E4).

As falas de E1 e E7 sobre o caso de P2 denotam intenso pesar em relação ao óbito, uma vez que a morte materializou a **ruptura dos vínculos** estabelecidos com o paciente. Assim como a família, os profissionais de saúde vivenciam sentimentos depois da ocorrência do óbito, que podem estar associados ao desespero, à revolta, à culpa, à insatisfação com o protocolo adotado ou com a atenção prestada, sem palavras de conforto, como se havia desejado. Segundo Kovács (2010), traduzem-se em impotência, frustração e revolta.

Para Reigada, Ribeiro, Novellas e Pereira (2014, p.162) “é natural que a equipe se envolva neste ato humano e emotivo: o ato de cuidar”. Os recursos disponíveis pelos profissionais para enfrentar e elaborar a perda do paciente sofrerão influência do vínculo previamente estabelecido entre os mesmos. O luto ocorre quando existe um vínculo significativo entre os sujeitos (PINTO, 2009).

“Eu o acompanhei por um longo período entre idas e vindas. Daí já é mais difícil, porque você cria um enlace maior...” (E7);

“...foi bem difícil, a equipe ficou bastante fragilizada...” (E1).

No caso de P3, o sentido que se destaca na fala de E2 e E5 é o da **imprevisibilidade** da morte. Para Kuster e Bisogno (2010, p. 17), as “mortes inesperadas abalam mais o profissional que está realizando o atendimento. Isto se deve ao fato de que o

profissional, antes de tudo, é um ser humano com sentimentos e referências externas diante de vários assuntos entre eles a morte”. A equipe técnica que assiste pacientes oncológicos é ciente do difícil prognóstico e da morte anunciada balizada em uma probabilidade temporal. Porém, quando o óbito ocorre fora desses limites é como se o profissional perdesse o “controle” sobre a doença e a vida.

“P3 estava estável, nada apontava uma morte iminente, claro que existia a gravidade da doença, mas todos os parâmetros estavam controlados. Aí, ontem, eu cheguei na clínica e me disseram que faleceu. Eu fui pego desprevenido. Esse caso nos marcou. Ainda está muito recente o acontecimento.” (E2);
“...passei visita e, no dia seguinte, P3 faleceu. Essas situações chocam.” (E5).

O falecimento de P4 assumiu conotações distintas para E5 e E7. Para E5, foi sinônimo de **consternação**, devido ao vínculo afetivo estabelecido com o paciente durante a vigência de seu tratamento. Para E7, mobilizou **fragilidade emocional** em função do estado de adoecimento do paciente. Ambos os sentidos retomam a existência do vínculo profissional-paciente. Diante de situações adversas, como o óbito, os técnicos acionam recursos cognitivos que os auxiliam a manejar esse fato do cotidiano de trabalho. Contudo, tais recursos não impedem que o profissional seja marcado por essas experiências.

“...eu acompanhei desde o primeiro dia e fiquei até morrer. Eu lembro o dia em que ele chegou e fiquei até ele morrer. Isso foi bem difícil. Eu tinha uma relação bem próxima.” (E5);
“...eu não tive nem a vivência. Acho que foi o contexto. Era uma pessoa super nova, que estava super abatida naquele momento. A gente conversava com P4, ele chorava muito. Acho que isso foi um ponto que marcou.” (E7).

Do exposto, nota-se que paciente e profissionais vivenciam o processo de finitude compartilhando entre si intensas experiências. Estes lidam com a morte como um elemento concreto do seu processo diário de trabalho. O deslocamento do paciente terminal

de sua casa para o hospital encobre o medo do momento da morte, que atravessa a sociedade e as famílias, explicitado nas falas dos entrevistados. Nega-se vivê-la no espaço íntimo da família, como se ela própria não permeasse o cotidiano e não fosse um fato concreto da existência humana.

A finitude como objeto de formação. Apesar de os cuidados paliativos estarem conquistando cada vez mais espaço, ainda há, na formação acadêmica dos profissionais de saúde, ausência ou mesmo escassez de disciplinas que discutam os aspectos ligados ao processo de morte e morrer numa perspectiva humanista (PINTO, 2009). Os entrevistados evidenciaram a necessidade de formação em serviço para uma aproximação técnica, afetiva e orientada sobre a finitude humana. Este dado confere um sentido de **ausência** de educação permanente⁵ sobre este tema, de acompanhamento e apoio à equipe e/ou espaços formais de discussão no cotidiano de trabalho.

“...lidar com o paciente terminal; a morte está rondando o tempo todo e a gente deveria ter um espaço para estar conversando e se fortalecer enquanto equipe...” (E1).

Kovács (2011, p.501) afirma que “é importante propor cuidados aos profissionais que cuidam de pessoas no fim da vida. É importante que profissionais de saúde possam perceber que não estão sós, que não precisam afundar nas suas aflições”. Ainda segundo a autora, muitos profissionais acreditam que espaços de discussão os ajudariam na tarefa de cuidar. Na ausência destes espaços formais, os entrevistados E2, E3, E4, E5 e E7 relataram buscar os colegas de profissão ou outros profissionais da Onc-hematologia com mais abertura para conversar sobre as experiências de perda de seus pacientes.

⁵ A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. (...) É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (BRASIL, 2004, p. 10).

“...nós conversamos sobre esse desfecho e procuramos voltar para entender o tratamento que ele fez, a resposta que ele tinha. E alguns pacientes nós também fazemos o seguinte pensamento, a repercussão disso para a família...” (E2);

“...sofrer sozinho é muito maior. Quando você vê que o outro está sentindo a mesma coisa, dá um acalento, um conforto. Possibilita criar parcerias e fazer trocas, pessoas que você possa ter como referência dentro do serviço. Acho que isso ajuda. (...) Algo que sempre me chamou atenção é que, depois que morre, acabou; dificilmente se fala, se retoma, seja em reuniões. Meu grupo sempre para e vê como cada um está, quem estava acompanhando; nós tentamos garantir esses espaços...” (E3);

“Muito sutilmente, a gente comenta um com o outro. Não tem um espaço formal. Às vezes, o médico diz; ou por telefone, os familiares nos contam.” (E4);

“...a discussão é mais entre a gente: como foi a evolução daquele paciente e se a gente ficou triste ou não. Mas essa conversa existe internamente.” (E7).

A terminalidade, a morte e o luto são assuntos quase sempre deixados de lado durante a formação acadêmica dos profissionais da área da saúde e em suas formações em serviço. A marca é o emprego de técnicas que objetivam o cuidado e a preservação da vida, que aparentemente podem parecer contraditórias com a discussão da finitude. Para Rego e Palácios (2006, p. 1758), “o processo de formação, deve contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas relacionadas com o cuidado em fim de vida. Ele deve considerar a compreensão da morte como evento da vida, e não como algo que deva ser combatido”.

A terminalidade é um dado concreto e frequente no processo de trabalho dos entrevistados no espaço ocupacional do HU/UFSC. As falas dos entrevistados sugerem **propostas** como “espaços coletivos de discussão”, “acompanhamento e supervisão psicológica”, “terapia individual”, “dinâmicas de grupo para profissionais e/ou familiares de pacientes” e “ambulatório de luto”, para que a morte seja discutida e os anseios provenientes do cotidiano sejam trabalhados.

“...seria interessante formar grupos para a gente trabalhar com as nossas angústias, nos fortalecer para trabalhar com o outro.” (E1);

“...tem que ter um momento para discussão, mas não na informalidade.” (E8);

“...nós precisaríamos de momentos de acompanhamento porque eu tenho certeza que ver acontecer [óbito] com essa frequência, de certa forma, isso repercute no profissional. (...) Nossa linha é muito tênue entre a vida e morrer. Em função dessa proximidade, seria importante haver uma ação ou supervisão de um profissional que trabalhasse com emoções, com comportamento humano, que não fosse da equipe...” (E2);

“...suporte psicológico; às vezes você lida bem com isso, mas acaba passando por uma situação semelhante com alguém que você gosta ou alguém da sua casa e tudo aquilo que você construiu de compreensão daquela situação se torna zero do dia para noite.” (E7);

“...ambulatório de luto, apoio após o óbito; nem todos voltam para poder falar, mas possibilitar aos que necessitam. Isso cria marcas muito profundas.” (E5).

Chama atenção a posição de E3, E6 e E8 ao sugerir propostas institucionais para lidar com a morte no ambiente hospitalar. Estas remetem à dinâmica institucional e, não por acaso, reforçam sentidos de **não obrigatoriedade** à participação nesses espaços, sendo voltados aos que estão mobilizados ou sentem necessidade de participar. Mais do que preservar a autonomia profissional, a ênfase na liberdade de participação em atividades coletivas para discutir a morte pode revelar uma resistência dos técnicos em se voltar reflexivamente para a finitude.

“...isso deveria estar na grade de educação continuada: espaços não obrigatórios, como um grupo de reflexão, para discutir dinâmica de trabalho. Pode-se até ilustrar com casos; o que da sua rotina mobiliza mais e ouvir o que o outro de outra área pensa sobre, conhecer a preocupação do outro...” (E3);

“...reunir uma turma que quer; uma coisa mais tranquila, sem imposição, mais um momento de reflexão, mais técnico.” (E6);

“...deveria ter mais cursos, embora o pessoal não goste muito. Tem que ser para quem se interessa.” (E8).

De modo geral, os profissionais explicitam que a morte não é apenas um dado do cotidiano da Onco-hematologia, mas uma necessidade de torná-la visível como uma dimensão da assistência/cuidado que integra as relações técnicas e institucionais. Nesse sentido, discussões formais e capacitações voltadas à terminalidade se apresentam como necessidades emergentes do cotidiano de trabalho. Tal ação se voltaria para o profissional e paciente, na medida em que redundaria na prestação da assistência para quem vivencia o processo da morte.

Implicações de trabalhar com a finitude. O processo de luto é realizado pelos profissionais quando se permitem reconhecer e expressar seus sentimentos. Para os entrevistados E3, E4, E5, E6 e E8, ter a morte como um elemento constante do cotidiano de trabalho traz uma série de implicações de ordem emocional e física e, quando não enfrentadas, podem favorecer processos de adoecimento. Osswal (2013) sustenta tal afirmação ao expor que o cotidiano de trabalho, associado ao assistir os momentos finais dos doentes, é um difícil encargo para os profissionais. Kovács (2010) corrobora com tal afirmação e acrescenta que o fato de vivermos a morte de forma interdita, em que não se autoriza expressões de emoções e dor, aumenta os casos de depressão e incidência de Síndrome de *Burnout* entre os técnicos da saúde. Ressalta que “a equipe de enfermagem tem alto risco de colapso pela sua função de cuidado diário aos pacientes, portanto em contato mais intenso com dor e sofrimento” (KOVÁCS, 2010, p. 424). Ainda segundo a autora, o modo como lidamos com a morte depende de vários fatores, entre eles: história pessoal de perdas, experiências de luto, cultura, formação universitária e capacitação em serviço.

“...todo mundo tem clareza que isso está presente [morte]. Infelizmente, por não ter uma proposta institucional, é muito pessoal, e aí o sofrimento. Se a pessoa não conseguir buscar estratégias mais eficientes emocionalmente para lidar, ela adoece. Por isso, a gente tem um alto índice de adoecimento.” (E3).

Nogueira, Oliveira e Pimentel (2006) salientam que os profissionais administram o sofrimento que antecede a morte de acordo com suas próprias opiniões e subjetividades. Embora se reconheça a sensibilidade como maneira de participar do sofrimento do outro, os autores destacam que o envolvimento sem preparo intelectual e emocional pode trazer um desgaste importante, com consequências negativas para a sua atuação profissional.

Para E3, E4, E5, E6 e E8, lidar frequentemente com a finitude de seus pacientes exacerba seus sintomas físicos e psicológicos, o que os levou, em determinado momento da trajetória profissional, ao adoecimento. Segundo Santos, Aoki e Cardoso (2013, p. 2626), “a ocorrência da morte para os profissionais não é um fenômeno vivido de forma natural, mas acompanhada de inúmeras dificuldades, que sugerem que o sofrimento resultante do contato rotineiro com situações de terminalidade quase sempre é velado e silenciado”. Ademais, esta proximidade e constância podem afetar diretamente a assistência prestada.

“Tenho períodos com mais sintomas: se não for por causa da morte, mas por essa intensidade. Teu nível de stress está mais alto sempre. Insônia, associo a muitos pacientes que eu não consigo dar a atenção que eu gostaria. Noto que eu tenho sintomas exacerbados, momentos de ansiedade, que eu nem consigo pensar direito, insônia, irritabilidade.” (E3);

“...é muita coisa que acarreta no físico da gente, apesar de a gente tentar se proteger, só se trabalha.” (E4);

“...desenvolvi um transtorno de ansiedade. Quis fazer um mega trabalho. Desenvolvi sintomas porque estava muito vinculada.” (E6);

“...tive um problema de saúde que se agravou com a minha rotina profissional, porque eu ficava pensando na situação dos pacientes...” (E8).

Os fragmentos dos relatos de E2, E3, E4, E6 e E8 descrevem que estes técnicos traçam **estratégias pessoais** para não

adoecerem ao lidar com a finitude dos pacientes. Estes artifícios se configuram em atividades cotidianas, tais como: exercícios físicos diversos, psicoterapia, prática religiosa e convivência familiar. Para Osswald (2013), evitar o *Burnout* pressupõe cuidar de si próprio, partilhar problemas e dificuldades, e recorrer a apoio.

“...pratico exercícios semanalmente e atividades diferentes do trabalho. Eu busco não levar o trabalho para casa. Tento dividir trabalho e vida privada.” (E2);

“...eu faço terapia, tento entrar em contato com os sentimentos, ficar atento para ver o que em mim está pegando mais (...) faço uma oração para o paciente; tenho a minha religião.” (E3);

“...rezo pelos pacientes, peço missa; isso me faz ficar tranquila.” (E4);

“...faço natação, ando de bicicleta, namoro, faço psicoterapia. Isto está sendo mais didático do que efetivo, mas estou começando a me perceber...” (E6).

Embora as **estratégias pessoais** se projetem como sentido marcante neste tema, estão implícitos os **limites** estabelecidos pela natureza do setor e do trabalho. E, na ausência de um aparato institucional que dê suporte a estas questões, os sujeitos de forma individualizada desenvolvem mecanismos para lidar com o sofrimento mobilizados pelo processo de trabalho. Para Almeida (2013, p. 151), “não conseguir evitar ou adiar a morte pode trazer ao profissional a vivência de seus limites, o que, em algumas vezes, pode ser extremamente doloroso”.

Considerações Finais

O progresso das técnicas de assistência à saúde alterou a incidência de doenças infectocontagiosas; em contrapartida, houve o crescimento significativo de vítimas de tumores e doenças crônicas associados à velhice. Tal quadro promoveu a procura por serviços de assistência à saúde e consolidou a institucionalização da

morte, que apresenta-se como uma possibilidade e um tema que mobiliza usuários, familiares e equipe multiprofissional.

O estudo evidenciou que a morte na Onco-hematologia é vivenciada pelos sujeitos de forma intensa, uma vez que a dinâmica de tratamento é muito particular. Esta envolve patologias complexas, uma gama de conhecimentos da equipe, acompanhamento longo e contatos sucessivos com os pacientes. O conjunto de fatores aproxima a equipe da realidade, dos dramas pessoais dos pacientes, estreita relações, promove laços afetivos e desencadeia inúmeros sentimentos na vigência do óbito.

A morte assume diversas representações e explicações para estes profissionais, não obstante seja imersa em um sentimento de pesar, transversal as suas compreensões. A terminalidade não é apenas um dado do cotidiano da Onco-hematologia, mas uma dimensão concreta da assistência/cuidado que integra as relações técnicas e institucionais. Desse modo, emerge da dinâmica de trabalho a necessidade de discussões formais e capacitações relativas a esse fenômeno para lidar com pelo menos duas constatações.

A primeira, embora a atuação cotidiana dos profissionais seja fundamentada em uma dimensão técnica, essa não é suficiente para deslocar as representações da morte partilhadas pelos seus contextos sociais e culturais de origem; quando ocorreu, não foi eximida de dor e de religiosidade para lidar com o sofrimento decorrente da perda. E, segunda, independentemente de o campo da saúde contemplar a compreensão dos corpos, de seus limites, da doença, bem como as explicações científicas para os processos de saúde e adoecimento, este não institui uma leitura da finitude como culturalmente instituída e apreendida em sociedade.

De forma subliminar, os desdobramentos de lidar com a morte são secundarizados institucionalmente, por ser apreendida apenas como um ciclo da vida, e pela onisciência da formação em saúde, que habilitaria o profissional para trabalhar com toda e qualquer situação do processo saúde-doença. Para os profissionais a relação entre trabalho em saúde, finitude e adoecimento técnico se faz presente quando não há estratégias de apoio institucional ou, ainda, pessoal para trabalhar com as situações que envolvem a morte. Tal

constatação nos possibilita recuperar a hipótese inicial do estudo de que a elaboração do luto, situada nas esferas individual e privada, configura-se como um fator limitador para a organização pessoal e profissional, além de favorecer processos de adoecimento e de comprometimento da assistência.

Diante do exposto, evidenciamos a necessidade de acompanhamento técnico da equipe, supervisão psicológica dos profissionais, implementação de fóruns de discussão e práticas educativas na instituição. Esta pesquisa não esgota às análises e reflexões acerca desta temática. Aponta que o tema ainda é tangencialmente trabalhado nas instituições de saúde como objeto de discussão e acompanhamento, sendo esclarecedor a realização de novos estudos que contemplem a finitude humana no contexto do trabalho multiprofissional, considerando sua perspectiva cultural.

Referências

ALMEIDA, L. **Terminalidade humana na UTI: reflexões sobre a formação profissional e ética diante da finitude.** Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2013;12(3):147-153.

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

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo. Livraria Martins Fontes, 1977.

BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. **O jogo existencial e a ritualização da morte.** Revista Latino –am Enfermagem 2005 janeiro-fevereiro : 13 (1) :99 –104.

BOEMER, M. R.; ZANETI, M. L.; VALLE, E. R. M. **A ideia de morte no idoso: uma abordagem compreensiva.** In:

CASSORLA, R. M. S. (Coord.) Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.

BOUSSO, R.S.; POLES, k.; SERAFIM, T.S.; MIRANDA, M.G. **Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença.** Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.2 São Paulo abr. 2011.

BRASIL, Ministério da educação. **Hospitais Universitários.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&>. Acesso em:15/01/2015.

____, Ministério da Saúde. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

____, Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2004.

CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS/WHO), 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html#> Acesso em: 25/05/2014.

DIAZ, F. H. **O tema morte na literatura infantil.** Latino Americana de Literatura Infantil e Juvenil,nº4, jul./dez., 1996.

DOENÇA. In: Dicionário Aurélio. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/doenca>. Acesso em: 25/01/2015.

ESSLINGER, I.; KOVÁCS, M. J. **Adolescência: vida ou morte**. São Paulo: Ática, 2004.

FERRAND, M. 1994. **A exclusão das mulheres da prática das ciências. A manifestação sutil da dominação masculina**. In: Revista Estudos Feministas, nº especial/2º semestre 1994.

FRAGA, F.; BOAS, R. F. O. V.; MENDONÇA, A. R. A. **Significado, para os médicos, da terminalidade da vida e dos cuidados paliativos**. Revista Bioética. Vol. 20. Nº03 p. 515, 2012. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/articloe/view/773/825 Visualizado em: 05/01/2015.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**. In: Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer / organizador Franklin Santana Santos. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

_____, **Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional**. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(4):420-429.

_____, **Instituições de saúde e a morte: Do interdito à comunicação**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2011, vol.31, n.3, pp. 482-503. ISSN 1414-9893.

KÜBLER, R. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo. Editora: WMF Martins Fontes, ed. 9. 2008.

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

LAURELL, A. C. **La salud-enfermedad como proceso social.** Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982, p. 7-25. Trad. E. D. Nunes.

LIMA, C. **Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos.** Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Vol 12. N° 01. 2004. Disponível em: http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n1_2005_06-10. Acesso em: 05/12/2013.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. **A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira.** In: Cadernos Pagu (24), p.105-125, jan/jun, 2005.

MENEZES, R. A.; HEILBORN, M. L. **A mulher e a assistência ao morrer: a construção de uma nova especialidade médica.** In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 7: Gênero e Preconceitos. A presença da mulher nos cuidados em saúde, ST 27. Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

NEGRINI, M. **A significação da morte: um olhar sobre a finitude humana.** Revista sociais e humanas, Santa Maria, v. 27, n.01, jan/abr, p.29-36, 2013.

NOGUEIRA, A. C. C.; OLIVEIRA, L. M.; PIMENTEL, V. **O Profissional da Saúde e a Finitude Humana. A negação da morte no cotidiano profissional da assistência hospitalar.** Revista Virtual Textos & Contextos, v.5, n2, 2006.

OSSWALD, W. **Sobre a morte e o morrer.** Fundação Francisco Manuel dos Santos. Portugal, 2013.

PAIVA, L. E. **A morte nas diferentes fases do desenvolvimento humano.** In: Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o

morrer / organizador Franklin Santana Santos. São Paulo. Editora Atheneu, 2009.

PASTORE, E.; ROSA, L. D. **As relações de gênero entre os trabalhadores da área da saúde.** In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 7: Gênero e Preconceitos. A presença da mulher nos cuidados em saúde, ST 27. Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

PAPALIA, D. **Desenvolvimento humano.** Trad. Daniel Bueno. Ed. 7. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

PINTO, L. K. **O impacto de mortes significativas vivenciadas por uma equipe de cuidados ao paciente terminal.** Instituto de psicologia quatro estações. São Paulo, 2009.

RAMOS, F. R. S. **O discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde.** Trab. educ. saúde, Jun 2007, vol.5, no.1, p.51-78.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout.** Tese de mestrado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

REGO, S.; PALACIOS, M. **A finitude humana e a saúde pública.** Cad. Saúde Pública [online]. vol.22, n.8, p. 1755-1760, 2006.

RIBEIRO, M. C.; BARALDI, S.; SILVA, M. J. P. **A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo "pós-morte".** Rev. esc. enferm. USP [online]. vol.32, n.2, p. 117-123,1998.

REIGADA, C.; RIBEIRO, J. L. P.; NOVELLAS, A.; PEREIRA, J. L. **O suporte à família em cuidados paliativos.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 13, n. 1, p. 159 - 169, jan./jun. 2014.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte.** Ed. 2. REV. José Carlos Rodrigues. Rio de Janeiro. Editora Fio Cruz (Coleção Antropológica e Saúde), 260p, 2006.

SANTOS, M. A.; AOKI, F. C. O.; CARDOSO, E. A. O. **Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea.** Revista Ciência e saúde coletiva 18 (9), p. 2625-2634, 2013.

SANTOS, F. S.; INCONTRI, D. **A arte de morrer - visões plurais: volume 1.** Editora Comenius, 2009.

SANTOS, F. S.; PAIVA, L. E. **Transdisciplinaridade em Oncologia: caminhos para um atendimento integrado.** In: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo, Editora HR, 2009.

SANTOS, F. S. **Conceituando morte.** In: Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer / organizador Franklin Santana Santos. São Paulo. Editora Atheneu, 2009a.

SANTOS, F. S. **Perspectivas Histórico-culturais da morte.** In: A arte de morrer – visões plurais: volume 1. Editora Comenius, 2009.

Recebido em 01/03/2015
e aceito em 11/06/2015.

Resumo: Este artigo apresenta os sentidos da morte atribuídos pela equipe multiprofissional da onco-hematologia do HU/UFSC. O corpus foi composto por oito entrevistas realizadas no ano de 2014. A pesquisa de abordagem qualitativa teve a modalidade temática como técnica de análise. Os dados foram agrupados em núcleos temáticos: a morte e o morrer do paciente; a finitude como objeto de formação profissional; as implicações de trabalhar com a finitude. Os resultados apontaram que a morte se apresenta como elemento constante no cotidiano dos profissionais em função da área de atuação e do nível de assistência à saúde prestada pela instituição. A morte assume representações simbólicas particulares, sendo o sentimento predominante o de pesar, além de explicações ancoradas em experiências pessoais, devido à ausência de educação permanente sobre a finitude, de acompanhamento técnico e/ou de espaços formais de discussão. Destes fatos decorrem implicações que favorecem processos de adoecimento dos profissionais.

Palavras-chave: Morte; Adoecimento; Saúde e Cuidados Paliativos.

Title: The meanings of death in the daily work of the Department of Hematology-Oncology at the HU/UFSC.

Abstract: This article presents the meanings of death as assigned by the multidisciplinary team of the Department of Hematology-Oncology at the HU/UFSC. The corpus consisted of eight interviews conducted in the year 2014. The qualitative study had thematic modality as analysis technique. Data were grouped into themes: death and dying of the patient, finitude as the object of training and the implications of working with finitude. The results showed that death is a constant element in the routine of professionals considering the area of operation and the level of health care provided by the institution. Death takes particular symbolic representations, being grief the predominant feeling, besides explanations anchored on personal experiences, given the absence of continued education on finitude, technical assistance and/or formal opportunities for discussion. From these facts result implications which favor disease processes among the professionals.

Keywords: Death; Illness; Health and Palliative Care.
