



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE MEDICINA

IASMIN RODRIGUES SOUSA GUIMARÃES

**PERCEPÇÃO DA MORTE E DO PROCESSO DE MORRER PELOS MÉDICOS
BRASILEIROS: UMA METASSÍNTESE.**

Salvador - BA

2021

Iasmin Rodrigues Sousa Guimarães

**PERCEPÇÃO DA MORTE E DO PROCESSO DE MORRER PELOS MÉDICOS
BRASILEIROS: UMA METASSÍNTESE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Medicina.

Orientadora: Ana Maria Alves do Amaral

Salvador - BA

2021

Dedico esse trabalho a todos os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente contra a pandemia do coronavírus e que necessitaram se reconstruir no dia a dia e após cada morte vivenciada.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter dado a mim força e a dedicação suficiente para que os obstáculos dessa caminhada pudessem ser superados.

Aos meus pais que sempre me incentivaram e por ouvirem meus medos quando eles surgiram.

À minha orientadora, Ana Maria, por ter acreditado nesse trabalho, por sempre ter me dado liberdade para a escrita e pelo apoio oferecido.

À minha professora de metodologia científica, Thaís Calasans, por todo o amparo teórico e principalmente pelo estímulo.

Ao meu irmão Davi e minha afilhada Antonella pela leveza, graça e colorido.

Aos meus avós por sempre sentirem orgulho de mim e por esperarem a minha melhor versão.

Às minhas tias e tios, madrinha e prima, Bia, pelo apoio, boas vibrações e auxílio.

Aos meus amigos por terem dividido comigo o peso desse momento de incertezas.

RESUMO

Introdução: O papel do médico na morte variou ao longo da história da civilização. Na antiguidade, o processo de morrer ficava a cargo da religião e da magia. No mundo moderno, depende do hospital e da equipe de saúde. Aliado a essa mudança cultural, uma disponibilidade maior de tecnologias e uma visão inadequada do que é ser médico tornaram o enfrentamento da morte pelos profissionais mais difícil. **Objetivo:** Analisar a percepção da morte e do processo de morrer pelos médicos no Brasil. **Metodologia:** Foi realizada uma metassíntese, onde estudos qualitativos foram coletados nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline por meio dos termos “Perception”, “Physicians” e “Death”, descritores retirados do DeCS. Foram selecionados trabalhos publicados de 2000 a 2021, que possuíam amostras de médicos brasileiros e respondiam ao objetivo do trabalho sem desvios metodológicos. Os dados foram analisados por meio das etapas propostas para realização da revisão qualitativa: elaboração de resumos a partir dos artigos escolhidos, criação de quadro para apresentação de dados, formulação de proposições mais amplas a partir da integração das semelhanças e diferenças entre os estudos e elaboração de novas afirmações. **Resultados:** Por meio da análise de 27 artigos selecionados, foi perceptível que falar sobre a morte é algo extremamente difícil para os médicos. Segundo a maior parte dos entrevistados nos estudos coletados, a faculdade não os preparou para lidar com a morte dos pacientes. O processo de morrer, para esses profissionais, é carregado de sentimentos negativos como culpa e frustração, além de não ser um assunto dialogado no contexto médico. A principal forma de enfrentamento percebida foi a criação de barreiras entre o profissional, o paciente e a família, para que a morte não causasse intenso sofrimento. Além disso, para os médicos é mais difícil lidar com a morte motivada por causas abruptas e de crianças do que aquelas de um contexto com pacientes mais idosos. Foi relatado que crenças pessoais como as derivadas da religião e formação familiar influenciaram diretamente na percepção dos entrevistados sobre a morte. **Conclusão:** A morte não é percebida de forma naturalizada pelos médicos brasileiros e essa percepção é originada a partir de uma formação deficiente e uma construção cultural do papel do médico. Evidencia-se a importância dessa metassíntese para que reflexões pessoais e institucionais sejam feitas e assim melhorias sejam realizadas. Isso poderá proporcionar um melhor cuidado para o paciente que morre e sua família e menos dificuldades para o médico.

Palavras-chave: Morte; Processo de morrer; Percepção da morte; Médicos; Enfrentamento da morte.

ABSTRACT

Introduction: The doctor's role in death has varied throughout the history of civilization. In ancient times, the process of dying was in charge of religion and magic. In the modern world, it depends on the hospital and the health team. Allied to this cultural change, a greater availability of technologies and an inadequate view of what it means to be a doctor made it more difficult for professionals to face death. **Objective:** To analyze the perception of death and the dying process by doctors in Brazil. **Methodology:** A meta-synthesis was carried out, where qualitative studies were collected in the Scielo, Lilacs Medline databases through the terms "Perception", "Physicians" and "Death", descriptors taken from DeCS. Works published from 2000 to 2021 were selected, which had a sample of Brazilian doctors and responded to the objective of the work without methodological deviations. The data were analyzed through the steps proposed to carry out the qualitative review: elaboration of summaries from the chosen articles, creation of a framework to present data, formulation of broader statements based on the integration of the similarities and differences between the studies and elaboration of new affirmations. **Results:** Through analyses of 27 selected articles, it was noticeable that talking about death is something extremely difficult for doctors. According to the majority of the respondents in the collected studies, the faculty did not prepare them to deal with the death of patients. The process of dying, for these professionals, is fraught with negative feelings such as guilt and frustration, in addition to not being a topic discussed in the medical context. The main form of coping perceived was the creation of barriers between the professional, the patient and the family, so that death did not cause intense suffering. In addition, it is more difficult for doctors to deal with death caused by abrupt and child causes than those in a context with older patients. It was reported that personal beliefs such as those derived from religion and family formation directly influenced the interviewees' perception of death. **Conclusion:** Death is not perceived in a naturalized way by Brazilian doctors and this perception is originated from a deficient formation and a cultural construction of the doctor's role. The importance of this meta-synthesis is evident so that personal and institutional reflections can be made and thus improvements can be made. This can provide better care for the dying patient and his family and less difficulties for the doctor.

Keywords: Death; Dying process; Perception of death; Doctors; Facing death.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo primário	11
2.1.	Objetivo secundário	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	12
4	METODOLOGIA	18
4.1.	Desenho de estudo	18
4.2.	Informações de busca	18
4.3.	Critérios de elegibilidade	18
4.4.	Extração e análise de dados	19
5	RESULTADOS	20
6	DISCUSSÃO	33
7	CONCLUSÃO	37
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICE A – Resumo dos trabalhos selecionados	43

1 INTRODUÇÃO

Possuindo uma diversidade de significados sociais e espirituais, clinicamente tem-se a morte como a destruição progressiva de células e tecidos, o fim das funções vitais e da coerência funcional.¹ No entanto, apesar da definição tecnicista, é na subjetividade que a morte e o processo de morrer ganham um simbolismo muito mais amplo.²

Desde a antiguidade, vencer a morte é algo tido como meta pela maior parte das culturas do mundo, fato ilustrado por meio dos relatos de heróis, mitos e por outras demonstrações culturais.¹ Dessa maneira, mesmo com o conhecimento desde a infância do ciclo natural da vida, a morte e os processos de morrer são percebidos constantemente sob o olhar do medo, desespero e negação. No mundo moderno, aquilo que antes era assunto da magia e da religião é direcionado para a medicina por meio da expectativa de cura e prolongamento da vida.³

Nas últimas décadas, houve uma mudança importante nas taxas de mortalidade no mundo, tanto quantitativamente quanto qualitativamente. No século XIX era comum a dizimação em massa por infecções virais ou bacterianas e era notável os índices de mortalidade infantil, devido a uma assistência, hoje se sabe, inadequada. Com o incremento de tecnologias em saúde, uma melhor assistência aos pacientes pôde ser aplicada e com isso uma maior expectativa de vida, e com mais qualidade, foi alcançada. Dessa forma, o padrão de doenças e a terminalidade da vida foram modificados, predominando doenças crônicas e em pessoas mais velhas do que aquelas vistas no século XIX.⁴⁻⁶

Apesar desse contexto de grandes tecnologias na medicina, ainda há, culturalmente, uma dificuldade em aceitar o fim da vida. Cabe ao médico lidar, muitas vezes diariamente, com algo que é visualizado como o oposto da sua missão profissional. Desse modo, mesmo sendo algo corriqueiro, o tema é entendido como tabu por grande parte dos profissionais de saúde e, como forma de defesa pessoal e profissional, passa a ser constantemente ignorado em suas práticas.⁷

Acredita-se que essa dificuldade é causada por diversos fatores que surgem ainda na

formação acadêmica, em especial a ausência de discussão teórica do tema, que resulta em despreparo para lidar na prática com questões subjetivas tanto dos pacientes quanto dos seus familiares. A partir da prática médica, surge no profissional o sentimento de impotência, devido à percepção do cuidado, na maioria das vezes, apenas sob uma perspectiva de cura. Além disso, há o constante sentimento de necessidade de vencer a morte a qualquer custo, movido pelo ambiente cultural em que se inserem os envolvidos.⁷⁻⁹

Nesse contexto, é entendido que a dificuldade de enfrentamento da morte do paciente é um espelho da dificuldade de lidar com a própria finitude individual do profissional. A ausência dessa reflexão faz com que a finitude do paciente também não seja respeitada e como consequência inúmeras tentativas para seu adiamento são tomadas.¹⁰

Esse despreparo causa danos irreparáveis na autonomia dos pacientes e na vida dos seus familiares. A ausência de diálogo sobre o processo de morrer e um distanciamento do profissional perante o paciente leva a procedimentos fúteis, causa mais sofrimentos, impede rituais culturais de passagem e faz com que os seus desejos não sejam percebidos e consequentemente sejam ignorados. Assim, muitas vezes o paciente não é percebido em sua integralidade e apenas a doença é visualizada, levando a um declínio na qualidade do fim da vida e um impedimento à morte humanizada.¹¹⁻¹³

A insegurança em lidar com a morte, da mesma forma, afeta o lado profissional e emocional dos médicos. Ensinados muitas vezes sob a óptica do racionalismo científico, longe das emoções, ao ser confrontado com um momento de angústia, tende a tornar-se um profissional e em muitos casos, insensível à dor do seu paciente. Esse distanciamento resulta em problemas pessoais para o profissional, evidenciado nos níveis elevados de ansiedade e na sensação de insuficiência em sua profissão.^{7, 8, 14}

Cerca de 63% das mortes no mundo ocorrem por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que incluem, dentre outros males, diabetes, câncer e doenças respiratórias. No Brasil, essa taxa é ainda maior, correspondendo a 72% da mortalidade geral, evidenciando o envelhecimento da população e a inversão epidemiológica.¹⁵ Esses dados revelam a importância de entender como está a percepção do enfrentamento da morte e do processo

de morrer pelos médicos brasileiros em um momento em que a tecnologia, a ideia pessoal do que é ser médico e uma percepção cultural do enfrentamento da morte, parecem deturpar a realidade da profissão. Entendendo o contexto em que o profissional está inserido quando se refere a essa problemática, poderá haver estímulo a discussões e possíveis buscas por melhorias pessoais e profissionais para um adequado enfrentamento de situações difíceis. Dessa forma, acredita-se que a morte e o contexto ao redor desse fenômeno serão vistos pessoalmente com maior aceitação e naturalidade e como consequência fará com que o paciente desfrute de um processo de morrer mais humanizado e integral.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Analisar a percepção da morte e do processo de morrer pelos médicos no Brasil.

2.2 Objetivo secundário

Descrever as estratégias de enfrentamento da morte pelos médicos brasileiros.

Entender a relação das diferentes causas com as formas de enfrentamento da morte pelos médicos brasileiros.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Significados atribuídos a morte e o processo de morrer ao longo da história

Como o passar do tempo, a significação atribuída à morte e ao processo de morrer passou por inúmeras modificações. Antes, a religião e a magia funcionavam como o principal elo entre a desconhecida morte e as pessoas envolvidas no processo de morrer. Posteriormente, esse processo passou a ficar a cargo da medicina, em um processo cada vez mais intelectualizado e que necessita de cada vez mais esforço envolvido.^{1,10}

Nas sociedades antigas, como na Mesopotâmia, os mortos eram sepultados junto a objetos importantes para eles como forma de valorização e individualização. Processo semelhante ocorria na sociedade egípcia, em que os corpos dos mortos eram mumificados e enterrados junto a artigos importantes, para que seus elementos vitais não fossem perdidos. Já na Grécia antiga, os mortos eram cremados e possuíam diferentes formas de ritual, de acordo com a importância na sociedade que lhes fora dada.¹⁶

Na alta Idade Média (século V a XII), a morte estava ancorada por fortes crenças do cristianismo. Nessa época, os mortos eram enterrados juntos em valas, sem nenhum tipo de individualização e seus corpos eram colocados em cemitérios e igrejas. Na baixa Idade Média (século XII a XV) por conta da interferência da religião, a morte adquiriu um novo significado, sendo agora motivo de provação e merecimento, ganhando um peso muito maior do que antes possuía.^{16,17}

Já na Idade Moderna (a partir do século XVIII), a morte foi relacionada a uma visão extremamente romantizada, evidenciada e fortalecida pelos poetas da época. Nesse momento, os enterros passaram a ocorrer de forma predominante em cemitérios construídos nas margens das cidades, ressaltando uma clara separação entre vivos e mortos. No entanto, cabe salientar que é apenas no século XX que a morte passa por uma brusca mudança de significação, dado principalmente por conta da mudança do local em que os pacientes morriam.^{16,17}

Assim, a morte se torna cada vez mais higienizada, mas também mais solitária, ocorrendo na maioria das vezes ao lado apenas de aparelhos, macas de hospitais e

acompanhada de profissionais que na maior parte das vezes tentam ao máximo adia-la, mesmo quando o fim é evidente e incontrolável. Processo esse diferente das mortes de décadas anteriores em que os pacientes morriam em casa, na maioria das vezes com seus desejos conversados e ao lado de familiares.^{18,19}

3.2 O estudante de medicina e a morte

Sabe-se que graduações da área de saúde envolvem grande necessidade de domínio teórico. No entanto, mais difícil e preocupante para a maioria dos estudantes é a necessidade de vivenciar além dos livros temas delicados como notícias difíceis, morte e processo de morrer.²⁰

Imagina-se que o primeiro contato que o futuro profissional tem com a morte ocorre nos laboratórios de anatomia. Entretanto, percebe-se que nesse contato direto com o corpo humano, o que é evidenciado, muitas vezes, são apenas as questões biológicas e estruturais. Nesse interim estudos evidenciam, por exemplo, falas que demonstram o desconforto dos alunos com cadáveres que possuíam rostos, demonstrando facilidade maior em lidar com a despersonalização.²¹

Apesar de muitos estudantes reconhecerem essa dificuldade, muitas universidades e faculdades continuam não os preparando para lidar com essa realidade da profissão, afirmação que foi demonstrada em um estudo quantitativo com estudantes de medicina e médicos residentes, onde 58,9% dos estudantes e 48,9% dos residentes negaram ter recebido preparação sobre o processo de morrer durante a formação.²²

Portanto, é sabido que tanto no Brasil quanto na maior parte do mundo, existe um modelo técnico e mecanicista na formação dos profissionais de saúde que muitas vezes determina o distanciamento emocional do futuro profissional. Em pesquisa feita com médicos intensivistas, por exemplo, houve relatos de não haver nenhuma forma de preparo, aprendizado ou informação a respeito de sentimentos, emoções ou situações que acontecem nas salas de UTI com pacientes e familiares.²³

Apesar de recomendado por órgãos médicos importantes como o Conselho Federal de Medicina (CFM), ainda pouco se fala sobre cuidados no fim da vida e há um enorme déficit na instrumentalização dos futuros profissionais para lidarem com a morte e processo de morrer de forma mais adequada e humanizada. Diante disso, percebe-se que a construção do distanciamento da morte se inicia nos primeiros semestres do curso e é continuado na vida profissional, já que o estudante parece não ter espaço ou tempo para lidar com as suas dores, medos ou para entender a sua visão pessoal sobre a morte.²⁴

Dessa maneira, conclui-se que os estudantes não apenas percebem suas dificuldades em lidar com o fim da vida, por meio de sensação de desconforto ou impotência ao pensar na morte do paciente, como também demonstram o reconhecimento das deficiências das suas formações, o que reafirma a importância de incremento no currículo acadêmico.²⁵

3.3 O médico e a morte

Entende-se que a dificuldade de lidar com a morte e com o processo de morrer decorre de um processo construído ao longo do tempo e passado de geração a geração. Nesse contexto, falas que demonstram a extrema dificuldade de lidar com o sofrimento humano são comuns, revelando o quanto essa problemática é profunda e vai além da formação acadêmica.²⁶

Assim e apesar das grandes dificuldades enfrentadas na profissão, quando médicos intensivistas foram perguntados sobre os maiores desafios no trabalho em uma entrevista semiaberta, foi elencado que lidar com a morte dos seus pacientes estava dentre os principais desafios que precisavam enfrentar.²³

Ainda, foi perceptível que lidar com a morte de um paciente é muitas vezes visualizado como um impedimento para o tratamento de outro paciente e, por isso muitos médicos preferem esquecer e se manter distantes para conseguir tratá-lo da melhor forma,²⁷ demonstrando, dessa maneira, que a morte não é encarada como algo natural para os profissionais de saúde, mas sim como um tema que é acompanhado de diversas dificuldades e que muitas vezes resulta em extremo sofrimento. Essa resistência acaba repercutindo em problemas emocionais como perda de senso de missão, desesperança, frustração e

depressão.¹⁹

Em relação aos diferentes tipos de morte, em um estudo com profissionais que trabalhavam em emergências brasileiras, foi evidenciado que aspectos como menor idade aumentava muito a dificuldade de enfrentamento e proporcionalmente levava a um aumento na utilização de recursos terapêuticos para tentar evitá-la. Além disso, as situações que levaram a morte de grupos específicos como mulheres grávidas, pais e jovens recebem conotações diferentes em comparação às mortes derivadas de infrações de trânsito e suicídio.

28

Sobre o perfil demográfico dos profissionais, foi percebido que aqueles que tinham alguma religião possuíam uma maior aceitação perante a morte dos seus pacientes, já que acreditam na força de um ser supremo e conseqüentemente tinham uma menor sensação de culpa.^{29,30}

3.4 Cuidados paliativos e o médico

Anteriormente, o médico era visualizado sob a óptica do curador, detentor de dons e saberes e muitas vezes até como alguém possuidor de misticismo, o que o colocava acima dos demais seres humanos. Essa caracterização errônea fez desse profissional um personagem de características não humanas e como consequência acreditava-se que eles não sofriam de cansaço, dor, sofrimento e não eram propensos a falha.^{19,31}

Como forma de deter a morte e responder às expectativas criadas, o médico passa a realizar procedimentos fúteis para o tratamento do paciente, que muitas vezes nada resultarão a não ser mais sofrimento no processo de morrer. A distanásia é frequentemente praticada mesmo em uma época com muitos conhecimentos biológicos, farmacológicos e psicológicos que se aplicados poderiam resultar em uma morte mais digna para os pacientes em estado terminal.¹¹

Contrapondo essa atitude e segundo o Código de Ética Médica, é dever do médico em situações de terminalidade, não realizar procedimentos para diagnósticos ou tratamentos desnecessários, assim como é necessário propiciar aos pacientes todos os cuidados paliativos

necessários. Entende-se cuidados paliativos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como a forma de cuidado que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença terminal, por meio do alívio de sintomas, identificação precoce e tratamento da dor e outros sintomas subjetivos.^{32,33}

Da mesma forma que os cuidados paliativos são os responsáveis por dar qualidade ao fim da vida dos pacientes, foi descoberto que essa modalidade de cuidado é também responsável por melhorar a qualidade de vida dos profissionais. Nesse contexto, em contraposição às pesquisas com profissionais médicos intensivistas e de outras especialidades, estudos demonstraram que os índices de Burnout em profissionais que trabalhavam com cuidados paliativos eram relativamente baixas. Acredita-se, dessa forma, que nessas unidades, mesmo com a exposição a sentimentos negativos, existem muitos fatores protetivos como sentimento de utilidade, bem-estar, reconforto e realização pessoal e profissional.³⁴

3.5 O enfrentamento da morte e o profissional de saúde

Apesar da existência de muitos estudos sobre o processo de morrer, as dificuldades enfrentadas pelos médicos e as consequências para a qualidade da terminalidade do paciente, pouco é encontrado sobre a percepção da própria finitude pelo profissional de saúde e mais raras ainda são análises sobre a percepção de médicos brasileiros sobre sua própria finitude.

No entanto, alguns estudos demonstraram uma extrema dificuldade dos profissionais para responder questionamentos sobre seus sentimentos e foram evidenciadas afirmações sobre ausência de tempo para pensar em suas próprias vidas. Foi reconhecido por eles, ainda, que essa frieza acaba afetando muitas vezes outras relações fora da sua profissão, o que causa um distanciamento de si próprio.²³

Acredita-se, também, que médicos que temem sua própria morte tendem a negligenciar a morte dos seus pacientes. Nesse contexto, foi demonstrado que a maioria dos médicos aceitam parcialmente sua morte e não possuem segurança sobre a sua reação após possível descoberta de uma doença terminal. Por outro lado, a maioria dos profissionais afirmou acreditar em uma relação entre suas percepções frente a morte e os cuidados dos pacientes que estão morrendo.³⁵

É importante saber que os mecanismos utilizados para enfrentar situações adversas, sejam elas crônicas ou agudas que de alguma forma ameace a integridade física ou mental, é caracterizado como *Coping*. Tem-se duas formas de lidar com essas ameaças: o *Coping* focalizado na emoção em que o indivíduo busca maneiras de extravasar o sentimento negativo e o focalizado no problema, onde há tentativas de mudar o causador dos sentimentos.^{36,37}

Sabendo disso, pode-se perceber que a maior parte dos profissionais adquirem algumas formas intencionais de defesa que podem se apresentar de forma física ou mental e que resultam em uma tentativa de diminuir as situações estressantes, caracterizando o mecanismo já citado.³⁸

No entanto, o que pode ser notado, é que em algumas situações em que não são possíveis mudanças do evento estressor, a utilização dessas estratégias de enfrentamento pode levar a aumento da ansiedade e se tornar maléfica.³⁷ Nesse contexto, é imprescindível o conhecimento das estratégias de enfrentamento da morte pelos médicos e assim, entender até onde o *Coping* é benéfico para esses profissionais.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho de estudo

O estudo foi concretizado por meio de revisão sistemática e descrita a partir de uma metassíntese qualitativa. A metassíntese é um tipo de trabalho bastante comum na área da saúde e é definida como uma revisão que integra dados qualitativos de trabalhos realizados previamente e possibilita a partir disso uma nova interpretação de dados.³⁹

4.2 Informações de busca

A pesquisa foi realizada na base de dados Medline, Lilacs e Scielo por meio das variáveis: percepção, morte e médicos, originadas da estratégia PICO. As palavras-chave foram definidas por meio dos Descritores em Ciências da saúde (DeCS) em que se obteve: “death”, “physicians ” e “perception” e obteve de uso igualitário em todas as bases de dados. Os descritores foram interpostos pelos operadores booleanos “and” e “or” para delimitação adequada.

4.3 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos descritivos qualitativos, realizados e publicados a partir do ano de 2000 até o mês de Abril de 2021. Os trabalhos indexados nas bases de dados citadas, deveriam ser publicados nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. Não houve exclusão em relação à metodologia da coleta de dados e, portanto foram aceitas entrevistas individuais ou em grupos e questionários. A amostra dos estudos foi composta por médicos brasileiros sem limitações demográficas, de atuação ou tempo de formação e não foi delimitado quantidade mínima de participantes para inclusão do estudo.

Foram excluídos estudos com falta de clareza em objetivos ou metodologia, assim como aqueles com outras falhas metodológicas como presença de vieses, assim como foram excluídos artigos não originais, como revisão de caso, além de dissertações, teses e aqueles inacessíveis virtualmente.

4.4 Extração e análise de dados

A avaliação dos artigos em relação à qualidade foi realizada por meio dos critérios de construção e avaliação de artigos em investigação qualitativa (CCAAIQ) que permitiu análise metodológica e das conclusões.

Os dados relacionados aos objetivos do estudo foram extraídos e resumidos em um quadro. Esse foi constituído do título, metodologia e dos resultados obtidos em cada pesquisa selecionada.

Devido à característica qualitativa, a análise dos dados foi realizada por meio das etapas propostas para a realização da metassíntese, em que: a) inicialmente foram realizadas leituras e fichamentos dos artigos escolhidos; b) seguidos de apresentação dos dados por meio dos quadros citados, c) posterior realização de afirmações mais amplas a partir da integração das semelhanças e diferenças entre os estudos e, d) elaboração de novas afirmações. Não houve auxílio de *Software*.

Devido à busca com termos ampliados, foram encontrados um total de 2452 artigos. Desses, foram filtrados por meio do título 94 artigos que respondiam a temática estabelecida previamente nos objetivos. Após essa seleção inicial ocorreram 3 revisões que resultaram em exclusão de 67 artigos, devido a ausência de resposta aos objetivos, duplicação, estudo de desenho quantitativo, artigos não originais, ano de publicação inferior a 2000, estudo de origem não brasileira ou não obediência aos critérios do checklist CCAAIQ.

2452 ARTIGOS



94 ARTIGOS



27 ARTIGOS

5 RESULTADOS

Inicialmente, expõe-se que por meio dos 27 trabalhos selecionados, obteve-se uma amostra de características variadas. Ela é composta de médicos generalistas, mas também especialistas, representados por: intensivistas, emergencistas, clínicos, pediatras, cirurgiões, anesthesiologistas, gastroenterologistas, cardiologistas, neurologistas, nefrologistas, urologistas, pneumologistas, hematologistas, ginecologistas e oncologistas. Sendo a maioria deles médicos intensivistas ou plantonistas de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de Emergência. Foram incluídos médicos do sexo feminino e masculino, assim como de diversas faixas etárias, variando desde médicos recém-formados até a médicos com muitos anos de formação. Os locais de realização dos trabalhos também teve grande variação, diversificando desde emergências, UTIs geral e pediátrica até a Unidade de Saúde da Família (USF).

Apesar de diferentes formas de coleta, perguntas dos entrevistadores ou respostas dos entrevistados, todos os trabalhos que fazem parte dessa revisão tem em comum o propósito de entender, de forma direta ou indireta, qual é a percepção e as significações atribuídas à morte pelos médicos brasileiros.

Para explanação, os resultados foram agrupados e divididos em sete tópicos: a) o significado da morte para os médicos; b) a morte dos pacientes e a formação médica; c) a morte e os sentimentos negativos atrelados; d) a morte sob a perspectiva da naturalidade; e) o enfrentamento da morte pelos médicos; f) a percepção da morte e sua relação com as diferentes causas e g) a percepção da morte e as crenças pessoais. O agrupamento referido foi realizado por meio da união dos temas mais frequentes nos trabalhos incluídos nessa metassíntese.

5.1 O significado da morte para os médicos

Assim, como exposto, o primeiro tópico desse trabalho retratará sobre os significados atribuídos a morte e ao processo de morrer dos pacientes pelos médicos.

Nesse contexto, em dois estudos descritivos qualitativos executados por meio de entrevista semiestruturada com profissionais de saúde, quando questionados sobre o

significado do morrer, alguns selecionados demonstraram dificuldade para definir e direcionaram para a significação biológica, representada pela morte encefálica ou para a destruição dos tecidos.^{40,41} Ainda, foi mostrado que quando o médico não expressava verbalmente sua dificuldade em falar ou pensar sobre o significado da finitude, acabava exprimindo, por meio de suas expressões não verbais, desconforto em tratar do assunto.⁴¹

Nessa revisão foi entendido que longe das definições tecnicistas, alguns profissionais direcionaram o significado da morte para o lado da espiritualidade. Essa associação foi comparada em um estudo descritivo qualitativo realizado com 27 médicos que trabalhavam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e outro trabalho concretizado no mesmo local e pelos mesmos autores com profissionais que trabalhavam na Clínica Médica. Foi concluído que os intensivistas faziam associação com a espiritualidade com maior frequência do que os clínicos, o que os autores relacionaram decorrer do maior contato com óbitos dessa categoria. Foi percebido por eles, também, que a mesma população médica detalhava mais seus discursos sobre a finitude dos seus pacientes e demonstraram maior empatia pelos familiares do que seus colegas da Clínica Médica.⁴²

Foi perceptível, ainda, por meio de dois trabalhos com amostra populacional composta por médicos de diversas especialidades, como neurocirurgia, cardiologia, nefrologia e oncologia que trabalhavam em emergência e por médicos que trabalhavam em UTI em um Hospital Escola no Rio Grande do Sul, que houve uma utilização excessiva de figuras de linguagem para falar sobre a morte dos pacientes e para comunicar a família sobre o óbito. Dessa forma, termos como “faleceu” ou “não suportou” foram narrados por eles como usuais quando necessitam contar sobre o óbito do paciente para a família e nas entrevistas, também, foi frequentemente evidenciado falas como “existe risco de vida” ou “a gente quase não tem expectativa que ela saia da UTI”.^{43,44}

5.2 Morte dos pacientes e a formação médica

Pode-se afirmar que a maioria dos trabalhos selecionados nessa revisão tiveram como assunto amplamente abordado, a relação da formação médica com a percepção da morte dos pacientes. Nesse contexto, numerosos profissionais discorreram que não havia momentos específicos para diálogo sobre a finitude e dores emocionais dos pacientes ou das famílias

durante a graduação, diferente da supervalorização dada para a cura, o que segundo eles, contribui imensamente para o modelo biomecanicista da formação.^{26, 43, 45-47}

É importante salientar que em estudo com médicos que trabalhavam com transplante de medula óssea, profissionais contaram que a dificuldade em lidar com essa questão surgiu no início da sua formação acadêmica, o que foi exemplificado pelas aulas de anatomia. Alguns dos participantes narraram que a primeira exposição aos corpos sem vida foi uma experiência estranha e que é mais facilmente encarada quando percebida apenas sob o olhar do corpo desintegrado, fato que pode ser relacionado com as falas de intensivistas, coletadas em estudo com metodologia qualitativa e realizada em um Hospital Universitário no Rio Grande do Sul, que afirmaram maior facilidade em lidar com a morte quando os pacientes estão debilitados e não conseguem demonstrar dor.^{19, 48}

É necessário salientar que em alguns estudos qualitativos realizados com plantonistas de emergência, intensivistas e médicos que trabalham com transplante de medula óssea, foi exposto pelos profissionais que a formação médica contribui para que ocorra um pensamento de salvar vidas como missão ou que o profissional é a pessoa ideal para salvar vidas.^{19, 49, 50}

Cabe ponderar que em certos trabalhos, como o realizado com docentes da clínica médica de um hospital universitário e outra pesquisa realizada com 9 médicos, ambos caracterizados como descritivos qualitativos, foi referido que os profissionais citados perceberam diferença entre o pensamento que possuíam como recém-formados e a convicção atual, após alguns anos de prática, havendo, portanto, uma mudança na mentalidade no que se refere ao enfrentamento da morte em relação ao tempo.^{26, 46}

A partir disso, foi demonstrado por parte dos estudos, afirmações dos participantes explicitando a necessidade de uma melhor formação para demandas não técnicas, como os relacionamentos pessoais e a relação médico-família.⁴¹

5.3 A morte e os sentimentos negativos atrelados

Posteriormente, será exposto, nesse tópico, os resultados obtidos em relação a associação, demonstrada nos trabalhos selecionados, dos sentimentos negativos e a morte dos seus pacientes.

Para os profissionais, o processo de morrer, a morte e a comunicação de notícias difíceis representam os momentos mais conturbados das suas profissões. Para muitos deles, esse é o lado frágil da medicina e, portanto, dar uma notícia de falecimento, por exemplo, é algo que se possível, seria evitado.^{43, 44, 51}

Nesse interim, foi relatado pelos profissionais que esses momentos desencadeiam muitos sentimentos negativos em suas vidas. Dentre os citados por eles, estão: tristeza, angústia, dor, culpa, desconforto, sensação de fracasso e incapacidade, frustração, raiva, ressentimento, ansiedade, desespero, estresse, impotência, constrangimento e quebra de expectativas em relação a percepção de poder que existia na graduação e a realidade vivenciada na prática.^{19, 26-28, 41, 44, 45, 51-52}

Assim, em alguns estudos, foi percebido que a doença do paciente é tratada como uma batalha e a morte, conseqüentemente, como uma derrota. Dessa maneira, expressões como “vencer a morte” foi algo comum nas entrevistas analisadas.^{44, 45, 49}

A partir do sentimento de frustração e incapacidade, surgem outros sentimentos negativos, como a culpa e o constrangimento, emoções comuns nas citações entre os trabalhos. Alguns médicos, nesse contexto, relataram que após o óbito de um paciente, durante algum tempo, há revisões sobre o que foi feito, buscando possíveis erros ou ausência de atitudes que poderiam levar a um desfecho diferente daquele que aconteceu. É narrado, também, em estudo descritivo qualitativo realizado por 16 médicos que trabalham em Unidade de Saúde da família, que quando isso ocorre por culpa de terceiros, como o Estado ou colegas, isso se torna ainda pior.^{19, 28, 41, 43, 45, 51, 53, 54}

Além disso, esses profissionais parecem ter vergonha, também, da sua própria finitude, o que foi representado em uma fala em um dos trabalhos selecionados, que evidencia o quanto o médico referido odeia enterros e a sua preferência por ser cremado dentro do hospital sem telespectadores.⁴⁵

Apesar da percepção de todos esses sentimentos negativos atrelados a morte, entrevistados que tiveram suas falas evidenciadas em estudo qualitativo por meio de entrevista semiestruturada tanto em ambiente da UTI quanto em Hospital Infantil Geral vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), relataram que em contextos médicos não há espaço para conversas sobre a perda de pacientes. Para eles, a morte de um paciente é um sofrimento silencioso e silenciado.^{27, 55} Certos profissionais transpareceram que não tem tempo para esse sofrimento, já que outros pacientes precisam de ajuda. Assim, em um relato⁴³, uma médica conta que há momentos que ela precisa ir em um ambiente reservado, chorar e voltar para sua rotina como se nada tivesse acontecido.

Um ponto bem controverso nos estudos selecionados foi sobre a relação do tempo de experiência com a morte e processo de morrer e o alívio dos sentimentos negativos relacionados a essa questão. Alguns médicos contaram que aprenderam na prática a lidar com o tema, outros demonstram, como representado por uma fala extraída de um trabalho qualitativo realizado por meio de entrevista semiestruturada com 15 médicos oncologistas, que não é possível se acostumar com esse fato e que independente do tempo de formado, o sofrimento sempre estará presente.^{26, 43, 56, 46, 51}

Com tudo isso, parte deles ainda confirma que por acreditarem ser sua missão profissional salvar vidas, formas para manter o paciente vivo não são economizadas. É notório a percepção de que a necessidade do paciente quando entra em âmbito hospitalar é a de ser salvo. É conveniente ressaltar, também, a expressão de medo representado por uma fala evidenciada em trabalho qualitativo ancorado em entrevista semiestruturada realizada em um Hospital de referência de Minas Gerais, sobre a possibilidade de não realizar todos as intervenções necessárias para salvar o paciente e ser processado pelas famílias. Isso faz com que seja acrescido mais um sentimento a esse contexto: o medo. Em outros casos, evitar a morte do paciente é um objetivo técnico e por isso, para eles, deve ser evitada a todo custo.^{19, 43, 47, 48, 50}

Alguns participantes contam que existem algumas barreiras externas para lidar de forma adequada com essa questão. Dentre essas dificuldades estão os familiares dos pacientes e os colegas de profissão. Eles contam que é extremamente difícil para a família compreender o prognóstico do seu ente e a necessidade de finalizar as intervenções para proporcionar uma

finitude digna. Para eles, em alguns momentos, os colegas de profissão podem, também, expressar um imaginário irreal de que o paciente vai melhorar mesmo diante de situação terminal, tornando essa percepção mais dificultada .^{47, 49}

Ainda é apropriado comentar que o local de trabalho dos médicos parece interferir diretamente em sua percepção da morte. Dessa maneira, em pesquisa ¹⁹ feita com médicos que realizam transplante de medula óssea, foi observado que nas UTIs há um sentimento forte de impotência quando um procedimento falha, já que é um local em que, teoricamente, há toda tecnologia necessária para manter o paciente vivo. Um médico, por exemplo, relatou que seu trabalho não é fazer cuidados paliativos, é curar e, portanto, quando o paciente morre isso significa que o seu trabalho e o da equipe falhou.

O processo de morrer do paciente, muitas vezes, é visualizado sob um olhar de esperança também pelos médicos. Isso faz com que mesmo quando o paciente está em fim de vida aparente, o profissional de saúde referido não o consiga ver como tal. Fato que foi demonstrado por meio de entrevista aberta com 10 médicos que atuam em Hospital Universitário de Maringá no Paraná.⁴⁵

É necessário ressaltar a afirmação de alguns médicos de que o sofrimento da família é mais difícil de lidar do que o do paciente crítico, sentimento que segundo eles se origina da ausência de sinais de incômodo, como falas ou expressões, diferente da família que a todo momento expressa seus sentimentos em relação ao parente enfermo.^{48, 57}

Finalmente, é cabível ressaltar que em estudo qualitativo que avaliava a percepção da morte por 20 médicos que atuaram na epidemia de HIV em São Paulo, momento caracterizado por altas taxas de morte e uma ausência de tratamento adequado, por meio de entrevista semiestruturada, mostrou relatos de muitos profissionais evidenciando momentos de desespero e tristeza intensa, o que alguns participantes caracterizaram como depressão. Para eles, ainda mais difícil do que ver seus pacientes morrendo sem qualquer prognóstico de melhora era lidar com a recorrente taxa de suicídio que existiu na época.⁵³

5.4 A morte sob a perspectiva da naturalidade

É necessário destacar que uma parcela dos entrevistados, mesmo sendo minoria, encara com naturalidade, a morte dos seus pacientes. Nesses casos, esse assunto é percebido como uma finalização necessária.

Para os entrevistados que possuem esse tipo de percepção, a morte está relacionada a uma parte natural e inerente ao trabalho médico e como uma consequência da vida. Para alguns, a espiritualidade favorece essa percepção de naturalidade.^{26, 28, 41, 57}

Nesse interim, o perfil e o estado clínico dos pacientes favorecem essa percepção natural. A finitude de paciente crônicos ou muito grave são mais fáceis de lidar, devido, principalmente, a percepção da necessidade de descanso desses pacientes.^{27, 28, 41, 44, 48}

No entanto, em alguns trabalhos, houve contraditoriedade nas falas de participantes. Nas mesmas sentenças, é referenciado uma mistura de sentimentos opostos: ao mesmo tempo que a morte, para eles, é algo normal, afirmam sentirem chateação e tristeza com a situação, mostrando uma maneira conflituosa de enfrentar o processo de morrer dos pacientes.^{43, 57}

Por fim, salienta-se que em certos momentos, mesmo o médico relatando perceber a morte como algo natural, ele continua utilizando expressões que dão a ideia de batalha para o processo de morrer dos seus pacientes.²⁶

5.5 O enfrentamento da morte pelos médicos

As formas de enfrentamento da morte pelos médicos por sua relevância e presença nos trabalhos, também, ganhou um tópico nessa metassíntese.

Nesse interim, determinados estudos^{45, 49} demonstraram que a morte dos pacientes muitas vezes influencia diretamente na vida pessoal e profissional dos entrevistados. Nesse contexto foi percebido que duas posições são assumidas para tentar evitar um sofrimento posterior. O primeiro e mais comum é o distanciamento e a segunda forma, mais incomum e mais criticada por grande parte dos colegas é por meio da aproximação e empatia pela família e pelo paciente que morre.

Portanto, para alguns entrevistados, o distanciamento do paciente e da sua família é uma forma efetiva de não misturar suas vidas pessoais e profissionais. Muitos médicos contam que conseguem lidar de forma melhor quando assumem uma blindagem emocional. Esse afastamento possui como objetivo protegê-los de sofrimento, assim como tem a intenção de não prejudicar a posteriori o atendimento de outros pacientes.^{45, 57, 58}

Ainda nesse contexto, parte dos profissionais entrevistados por meio de perguntas pré-estabelecidas em trabalho qualitativo com 6 médicos que trabalham em UTI, contam que adquirem uma postura objetiva e racional para lidar as questões de finitude.⁵⁷ É perceptível, no entanto, que apesar de alguns assumirem a postura de distanciamento, outros parecem totalmente apáticos a situações dos seus pacientes.⁴⁵

No mesmo cenário, alguns participantes afirmaram que em determinadas situações, como as de emergência, não existe tempo para lidar com a família e com outros aspectos emocionais, o que favorece uma impessoalidade relacionada a morte e ao processo de morrer. Além disso, a ausência de estrutura dos locais para auxiliar nas conversas com a família, por exemplo, segundo os médicos, parece interferir diretamente nessa questão.⁴³

Ainda, para os médicos, que trabalham em prontos socorros, esse é o principal local em que mecanismos fortes de defesa são ativados com a intenção de não perder tempo, minimizar desgastes e inclusive para que as dificuldades dos entrevistados com a própria finitude não sejam reveladas.⁴⁷

Nesse conteúdo, o outro polo de enfrentamento da morte são protagonizados pelos profissionais que se envolvem emocionalmente com seus pacientes e familiares. No entanto, o que é claro em algumas entrevistas é que esse mecanismo de proteção não é bem visto no círculo profissional e, dessa forma a maioria deles tende a adquirir a primeira forma de enfrentamento.⁴⁶

É citado por alguns dos participantes que o segredo para conseguir lidar melhor com o óbito dos pacientes é entender os limites humanos e profissionais que devem existir nessa relação. Para eles, é necessário não permitir que o egocentrismo seja instaurado para que assim, todo o processo de morte do paciente seja aceito de uma forma mais adequada.²⁷

Como formas de lidar com o sofrimento e desgaste ocasionado, muitos médicos relatam a importância da realização da psicoterapia e da ajuda de outros profissionais para lidar com a morte dos pacientes. Para eles, ignorar esse ponto importante da prática médica pode resultar em problemas profissionais e pessoais. Nesse contexto, um estudo relata a fala de um profissional evidenciando a importância da equipe de cuidados paliativos para que as dificuldades perante a morte de um paciente seja dividido.^{47, 46, 49, 53}

Além da consciência da necessidade e da importância de auxílio terapêutico relatado por muitos profissionais, alguns médicos também demonstram alguns hábitos que auxiliam seus relaxamentos após a morte de um paciente, como: compras, orações e rituais de passagem. Além disso, outros narraram que tentam ao máximo estudar sobre a morte, por meio de cursos e leituras para que um melhor lidar com esse processo.^{46, 53}

5.6 A percepção da morte e suas diferentes causas

Cabe salientar nessa metassíntese, que um sentimento muito relatado pelos médicos é a gradação não uniforme da dificuldade de enfrentar a morte de acordo com o perfil e o contexto que está inserido o paciente que foi a óbito. Portanto, deve ser reconhecido que a forma de enfrentamento do médico sofre variações em relação a causa que resultou no fim da vida. Assim, em resumo, para esses profissionais é mais fácil lidar com mortes de pacientes mais velhos, crônicos ou quando o óbito foi presumível anteriormente.

Como citado, para os médicos, é mais fácil lidar com o processo de morrer e morte de pacientes com baixa expectativa de vida por sua elevada idade, assim como por pacientes que estão em estado avançado de sofrimento, como os acometidos por neoplasias em estados terminais. Nessa faixa etária, assim como em pacientes com doenças crônicas é comum o pensamento de finalização da missão, perda de produtividade ou vida infeliz. O óbito de um paciente idoso e com doenças crônicas se torna, para os profissionais, um descanso e é algo que já se espera como resultado.^{41, 57}

Por outro lado, para todos os médicos entrevistados em estudos que abordaram esse ponto, é imensamente mais complicado e triste quando seus pacientes são crianças ou jovens. 28, 41, 43, 45, 48, 55–58, 59

Assim, muitas pesquisas mostraram que os profissionais pensam no provável futuro que aquela criança teria, se estivesse saudável. A morte infantil ou na juventude representa, portanto, uma ruptura de vida, algo que ocorre fora do prazo previsto e uma inversão da cronologia. Eles citam que o esperado é dar notícia de uma morte para os filhos sobre seus pais e não o oposto, o que torna essa situação extremamente difícil e, muitas vezes, inaceitável. 27, 28, 43–45, 48, 59

Ainda quando se fala de processo de morrer na pediatria, há afirmações de que é nesse âmbito que ocorrem os maiores esforços terapêuticos, proporcional a grande expectativa de sucesso atrelada. 48

Algo de extrema importância é que a morte pediátrica, segundo os médicos, se torna mais fácil de lidar quando as crianças estão em quadros clínicos debilitados. Nesse contexto, assim como ocorre com os pacientes adultos, a despersonalização facilita o processo de morrer desses pacientes. 48

Considerando as causas, pode-se perceber que aquelas consideradas abruptas como os acidentes automobilísticos, atropelamento ou mesmo as clínicas não esperadas são extremamente difíceis para o profissional citado. Além disso, de acordo com um estudo qualitativo realizado com entrevista semiestruturada com 43 médicos de diversas especialidades, acrescenta-se outros tipos de violência, como os assassinatos ou as mortes antecipadas por roubo, como grandes causas de dificuldade de aceitação pelos profissionais em questão. 28, 43

Outro ponto notado em um dos trabalhos 42 é que a morte sem diagnóstico, acaba, também se tornando extremamente difícil. Além disso, cabe salientar que a situação social da família e a vulnerabilidade do paciente que veio a óbito entra muito em questão quando se refere a dar a notícia de falecimento de um ente querido. 28 60 Assim, em uma pesquisa 28 é citado a dificuldade em dar a notícia de morte de uma jovem que usava substâncias

psicoativas e que estava em imensa vulnerabilidade física, social e mental. Para a médica entrevistada era inconcebível contar a um familiar sobre o óbito do seu ente, em um estado de já tanto sofrimento.

É relatado, da mesma maneira, que quando o óbito ocorre por culpa do paciente, há uma maior facilidade em lidar com o fato do que quando é, por exemplo, um atropelamento de uma pessoa inocente.²⁸ O suicídio, nesse interim, também é configurado como um tipo de morte bastante chocante. Esse tipo de óbito nas crianças ou entre adolescentes, parece ser mais inconcebível para os participantes quando comparado aos causados por pessoas idosas. Isso pode ser percebida com falas em um trabalho²⁸ em que na primeira situação houve uma visualização como algo não possível de ser entendido, com falas de revolta e não crença, por ter sido provocada por um jovem. Por outro lado, o relato de tentativas de suicídio de um idoso foi recebido com mais benevolência e paciência, já que os motivos para desejar a morte foram entendidos, diferente do adolescente anteriormente citado.

Além disso, foi narrado por alguns profissionais, uma dificuldade muito maior com os processos de morrer do que com a morte em si, quando o assunto são as doenças crônicas. Assim, compreende-se que os processos de morrer mais longos parecem não apenas serem mais complicadas para os pacientes, mas também para os médicos que os acompanham.⁴⁷

Além dos citados, outro tipo de óbito referido pelos entrevistados como bastante difícil é a morte social. Para eles, a perda da funcionalidade do paciente é mais difícil e dolorosa de lidar do que a morte propriamente dita.⁴⁷

Cabe ser dito, por fim, que por meio de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevista semiaberta em um completo de politrauma em Belo Horizonte por 43 médicos, foi notado que a percepção da morte decorrente de uma morte encefálica prévia é contraditória entre os profissionais. Por um lado, para alguns deles, nessa situação há uma maior facilidade, por saber que nesses casos nada há nada a ser feito, mas para outro grupo de médicos essas situações são extremamente dolorosas pelo mesmo motivo anteriormente citado.⁶¹

5.7 Percepção da morte e crenças pessoais

Por fim, é importante destacar que para os trabalhos selecionados, as crenças pessoais dos médicos interferem diretamente em suas percepções de morte e processos de morrer.

Questões familiares, envolvendo formação, educação e formas de diálogos sobre o assunto, se mostraram muito relevantes para a forma de percepção da morte pelos médicos. Assim, profissionais com familiares também médicos, por exemplo, que falavam abertamente sobre o assunto, tenderam a reconhecer com maior naturalidade. Diferente daqueles que possuíam famílias que não comentavam sobre o tema ou aqueles que tiveram óbitos considerados trágicos em seu histórico familiar, como o suicídio, que favoreceram uma percepção mais dificultosa.¹⁹

Foi notório, ainda, principalmente entre os pediatras que possuíam filhos ou sobrinhos que lidar com a morte se tornava muito mais difícil pela associação das crianças em estado terminal com seus entes. Da mesma maneira, parcela dos participantes contou que é extremamente difícil lidar com processos terminais de pessoas com idade próxima a deles, dos seus filhos ou de parentes, mostrando uma dificuldade maior quando há o reconhecimento da sua própria finitude nos pacientes.^{28, 48, 49, 53}

Cabe salientar, da mesma maneira, que muitos médicos afirmaram não conseguir separar o sofrimento profissional quando saem dos seus trabalhos. O que faz ser entendido que não apenas questões pessoais interferem na percepção da morte dos pacientes, como o óbito dos pacientes acabam também deixando consequências para a esfera pessoal.⁴⁹

Deve ser realçado que a espiritualidade tem valor importante na percepção facilitada da finitude dos pacientes. Alguns profissionais que relataram lidar com a morte sob uma perspectiva de naturalidade, contaram que a religiosidade ajuda a lidar melhor com esse desafio.⁵⁷

Finalmente, em duas pesquisas, sendo um delas, estudo qualitativo exploratório e intencional, realizado por meio de entrevista semiaberta com 20 médicos de diversas especialidades como oncologia, hematologia, ginecologia, proctologia, gastroenterologia, dentre outras, diferentes profissionais afirmaram que lidar com a morte sob a óptica do fim da

missão ou pensar que o paciente vai para um lugar melhor do que o atual, no qual sofre, faz o processo de morrer dos seus pacientes ser superado de forma mais adequada. ^{41, 62}

7 DISCUSSÃO

Inicialmente, cabe destacar a extrema dificuldade dos médicos para dialogar sobre a morte e o processo de morrer dos seus pacientes. Nesse contexto, foi evidenciado que muitos profissionais afirmaram ter essa dificuldade e alguns exprimiram esse fato por linguagem não verbal.^{40, 41} Como demonstrado nos resultados, muitos caminhos são tomados para tangenciar ou fugir do tema e assim, a palavra morte é evitada e em seu lugar, eufemismos e metáforas são utilizados.^{43,44} Isso mostra a não naturalidade presente no discurso, já que o eufemismo comumente é utilizado quando pretende-se suavizar termos desagradáveis e difíceis.⁶³

Foi perceptível, também, que para os médicos é mais fácil, definir a morte sob o olhar tecnicista, já que faz parte das suas zonas de conforto.⁴⁰ Foi claro, ainda, que essa dificuldade não é exclusiva dos médicos e, pelo contrário, parece ser algo universal entre os profissionais de saúde, como foi evidenciado em estudo com enfermeiros.⁶⁴ Por outro lado, foi demonstrado na literatura que profissionais de saúde que trabalham com cuidados paliativos vão de encontro aos resultados desse trabalho, já que essa categoria profissional contrapõe o pensamento referido em parte dos trabalhos selecionados, de ser a pessoa ideal para salvar a vida do paciente.^{19, 49, 50} Para eles, o processo de morrer e a morte é visualizada sob uma óptica mais natural do que os profissionais não paliativistas, o que evidencia uma clara associação entre formação e a percepção da morte.⁶⁵

Ainda quando se refere a formação médica, sabe-se que a maior parte dos conhecimentos adquiridos durante a graduação advém de um pensamento voltado para a cura.^{26, 43, 45-46} Nesse contexto, foi percebido que os profissionais inseridos nos trabalhos reconheceram lacunas na formação médica acerca da percepção da morte, afirmaram que os ensinamentos não são direcionados para o cuidado e demonstram a importância de uma mudança na grade curricular, o que está em conformidade com a literatura.¹⁰ Apesar desse pensamento, pelo caráter das dificuldades, pode-se afirmar que elas possuem base antes das suas formações, já que o profissional antes de ser médico é um ser social e conseqüentemente alguém carregado de ideias, fato que foi representado na dificuldade relatada pelos profissionais com as aulas de anatomia, ainda no início da formação médica.¹⁹ No mesmo sentido, alguns entrevistados, admitem que a percepção da morte foi modificada após a finalização da graduação, o que pode ser explicada pelo contato maior com a morte dos

pacientes longe das teorias das faculdades, o que também foi concluído em um estudo comparando a percepção da morte de médicos e dos estudantes de medicina.⁶⁶

Nesse interim, estando incluso em uma cultura que rotineiramente não lida bem com os processos de morrer, o médico brasileiro, no contexto estudado, não reage de forma positiva a morte dos seus pacientes. Para esses profissionais, esse momento é carregado de sentimentos negativos e visualizada como um dos momentos mais difíceis da sua profissão. Dentre os muitos sentimentos narrados, a culpa e a sensação de fracasso foram um dos mais comuns.^{19, 28, 41, 43, 45, 51, 53, 54} Mesmo assim, foi evidenciado que em seus ambientes de trabalho não existe tempo ou espaço para conversar sobre a morte dos pacientes, o que contraria o considerado ideal, já que falar abertamente sobre o assunto proporcionaria uma abordagem mais natural para o tema.⁶⁷ Nesse contexto de dificuldades, é cabível citar que alguns profissionais relataram não economizar esforços para salvar seus pacientes, o que proporciona maiores taxas de distanásia e conseqüentemente uma finalização de vida inadequada.⁴³

Quando considerada a causa, para os profissionais é mais difícil lidar com a morte infantil do que a morte de idosos ou de portadores de doenças crônicas, já que a morte nessa faixa etária, para eles, corresponde a interrupção de sonhos da criança e da família.^{28, 41, 43, 45, 48, 55-58, 59} Por outro lado, as mortes dos idosos representam descanso ou finalização de missão,^{41, 57} o que converge com o encontrado na literatura sobre a percepção da equipe de enfermagem sobre o tema.⁶⁹ Algo, também, percebido é que para os médicos, o processo de morrer dos pacientes que não reagem é percebido mais facilmente,⁴⁸ o que pode ser comparado a falas de estudantes de medicina quando referem a maior facilidade em lidar nas aulas de anatomia com os corpos sem rostos do que aqueles personificados.²¹ Além disso, pacientes em vulnerabilidade social ou com mortes abruptas como acidentes de trânsito ou violência representaram grande dificuldade para os médicos.^{28, 43}

No contexto dessa pesquisa, foi notado que os médicos como forma de enfrentar a morte dos seus pacientes assumem duas posturas: a do médico distante e a do profissional empático. Foi evidente que a primeira postura é a mais comum, principalmente nas salas de emergência,⁴³ representada por meio do distanciamento, racionalidade e por vezes apatia, o que pode ser explicada pela percepção de que a racionalidade é o único caminho e aceitar o

lado emocional seria um desvio dessa verdade.⁶⁸ Entende-se, também, que ao assumir essa postura, riscos que a morte de um paciente podem causar são minimizados, o que define o conceito de *Coping*.³⁸ Nesse interim, grande parte da população estudada inferiu a importância da psicoterapia, auxílio de outros profissionais, realização de hobbies e maior estudo sobre a morte para que o processo de morrer dos pacientes possa ser mais bem percebido e enfrentado.^{47, 46, 49, 53}

Como já esperado, foi perceptível que as crenças pessoais dos médicos influenciam diretamente nas suas percepções de morte. Assim, profissionais que tiveram diálogos com suas famílias afirmaram lidar de forma mais fácil com a morte dos seus pacientes do que aqueles que não conversavam ou que tiveram algum tipo de morte trágica em seu âmbito familiar.¹⁹ Além disso, eles relataram que pacientes com idades parecidas ou que apresentam características semelhantes à de algum familiar são mais difíceis de lidar do que aqueles que não apresentam nenhuma similaridade, o que é explicada pelo mecanismo de contrarreferência que ocorre nessas situações.^{28, 48, 49, 53} Ainda, quando questionados sobre a importância da religião, participantes narraram que a espiritualidade auxilia em uma percepção de morte e processo de morrer mais facilitado,⁵⁷ afirmação que converge com a literatura atual.⁷⁰

Dito tudo isso, cabe salientar as possíveis relações das desordens psicológicas, materializadas pelos altos índices de suicídio, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas pelos médicos no mundo e os fortes mecanismos de defesas desenvolvidas por eles e demonstrados nessa metassíntese.⁷¹ Além disso, a ausência de discussão acerca da morte pelos médicos é danosa, também, para o paciente e para as famílias com maiores taxas de distanásia, assim como ausência de apoio e sensibilidade em momentos difíceis, o que prejudica o cuidado integral ao paciente que morre.⁷

Finalmente, é necessário salientar que o apresentado trabalho possui algumas limitações acerca da generalização dos resultados encontrados. Inicialmente, deve ser ressaltado que por ser um trabalho essencialmente qualitativo, esse não se encontra livre de julgamentos dos autores dos artigos selecionados, assim como da autora que o escreve. Da mesma forma, por ausência de ampla disponibilidade, alguns trabalhos selecionados não tiveram amostra de entrevistados definida por extrapolação. Além disso, os locais em que

as entrevistas foram coletadas e a especialização dos entrevistados pode ter contribuído diretamente para as ideias apresentadas, já que sua maioria foram médicos que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Emergências. Para suprir essa deficiência será válido e necessário novas metassínteses com grupos específicos de médicos, o que não foi realizado nesse trabalho por escassez de estudos, o que se acredita que será resolvido após a pandemia do Novo Coronavírus (Covid-19) e a atual prevalente discussão do tema.

Cabe ser destacado, portanto, que a presente metassíntese é de extrema importância para a atual literatura. Em um contexto que a percepção da morte pelos médicos brasileiros não é tão estudada quanto a de outros profissionais de saúde, como enfermeiros, essa revisão qualitativa torna-se extremamente necessária para que os dados dispersos possam ser sistematizados. Acredita-se que a presente metassíntese cumpre seu objetivo, a partir do momento que promove uma reflexão sobre a percepção da morte e dos processos de morrer pelos médicos brasileiros.

8 CONCLUSÃO

Finaliza-se, esse trabalho, entendendo que a morte não é percebida pelos médicos brasileiros de forma adequada. Foi evidenciado que essa percepção é influenciada diretamente pela faixa etária e a causa que originou a morte do paciente e, assim crianças e mortes violentas ou abruptas são as mais difíceis para esses profissionais. Essa inadequada percepção advém de uma formação não consolidada sobre o assunto, questões pessoais relacionadas e uma construção cultural idealizada do que é ser médico. Como forma de proteção para as dificuldades que o assunto provoca, a maior parte dos médicos tende a se afastar dos pacientes que morrem e não dialogar sobre a morte, o que torna o tema ainda mais restrito. Como consequência, problemas pessoais e profissionais advém dessa ausência de reflexão e discussão, contribuindo para maiores índices de distanásia e funcionam como gatilhos para desordens pessoais.

Entende-se que a reflexão da percepção da morte, provocada por esse trabalho, é de extrema importância e necessário para o médico, fato que foi ressaltada pelo contexto da pandemia do coronavírus, o qual os profissionais de saúde necessitaram lidar exaustivamente com a morte dos seus pacientes. É esperado que as ideias mostradas nessa revisão não fiquem apenas no campo da teoria e que mudanças em âmbito pessoal, nas formações acadêmicas e institucionais sejam realizadas para que uma melhor relação com a morte possa ser desenvolvida, garantindo uma melhor aceitação pessoal e como consequência um melhor cuidado àquele paciente que morre e a família que fica.

REFERÊNCIAS

1. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
2. Melo CV. O significado da morte nas diferentes etapas da vida humana [Monografia]. Brasília: Faculdade de ciências da saúde; 2004.
3. Nascimento CAD do, Silva A de B, Silva MC da, Pereira MH de M. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. RENE. 2006; 7(1): 52-60.
4. Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. Cad Saúde Pública. 1992; 8(2): 168–75.
5. Pereira RA, Alves-Souza RA, Vale J de S. The epidemiological transition in Brazil: a literature review. FAEMA. 2015; 6(1): 99–108.
6. Buchalla CM, Waldman EA, Laurenti R. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. Rev. bras. epidemiol. 2003; 6(4): 335–44.
7. Ferreira JMG, Nascimento JL, Sá FC de. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. Rev. bras. educ. méd. 2018; 42(3): 87–96.
8. Vicensi M do C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Rev. bioét. 2016; 24(1): 64–72.
9. Borges M da S, Mendes N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. REBEN. 2012; 65(2): 324–31.
10. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
11. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? Rev. bioét. 1996; 4(1): 31–43.
12. Moraes IM de. Autonomia pessoal e morte. Rev bioet. 2010; 18(2): 289–309.
13. Silva JAC da, Souza LEA de, Silva LC, Teixeira RKC. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. Rev. bioét. 2014; 22(2): 358–66.
14. Vianna A, Piccelli H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. Rev. ass. med. bras. 1998; 44(1): 21–7.
15. Malta DC, Andrade SSC de A, Oliveira TP, Moura L de, Prado RR do, Souza M de FM de. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. Rev. bras. epidemiol. 2019; 22.
16. Caputo RF. O homem e suas representações sobre a morte eo morrer: um percurso

histórico. *Rev. saber acad.* 2008; (06): 73–80.

17. Ariès P. *História da Morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
18. Foucault M. *Microfísica do Poder. O nascimento do hospital*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2012.
19. Santos MA dos, Aoki FC de OS, Oliveira-Cardoso ÉA de. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea. *Rev. Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(9): 2625–34.
20. Whyte R, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical students experience of personal loss: Incidence and implications. *BMC Med Educ [Internet]*. 2013; 13(1): 1.
21. Valente SH, Boemer MR. The anatomy room as a space of contact with death. *REBEN.* 2000; 53(1): 99-108.
22. Santos TF dos, Pintarelli VL. Educação para o Processo do Morrer e da Morte pelos Estudantes de Medicina e Médicos Residentes. *Rev. bras. educ. méd.* 2019; 43(2): 5–14.
23. Staniscia ACM, Pereira L, Guimarães CPA, Mekler PL, Rezende F. Dificuldades emocionais vivenciadas pelos médicos intensivistas da unidade de terapia - adulto de um hospital geral privado. *Rev. SBPH.* 2011; 14(1).
24. Figueiredo M das GMC de A, Stano R de CMT. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. *Rev. bras. educ. méd.* 2013; 37(2): 298–307.
25. Correia DS, Bezerra ME da S, Lucena TS de, Farias MSJA de, Freitas DA, Riscado JL de S. Cuidados Paliativos: importância do tema para discentes de graduação em medicina. *Rev. bras. educ. méd.* 2018; 42(3): 78–86.
26. Falcão EBM, Mendonça SB. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. *Rev. bras. educ. méd.* 2009; 33(3): 364–73.
27. Cherer E de Q, Quintana AM, Pinheiro UMS. A morte na perspectiva de enfermeiros e médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. *Rev. estud. psicol.* 2015; 32(4): 685–94.
28. Aredes J de S, Giacomini KC, Firmo JOA. O médico diante da morte no pronto socorro. *Rev. Saúde Públ.* 2018; 52:42.
29. Perboni JS, Zilli F, Oliveira SG. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Pers. bioet.* 2018; 22(2): 288–302.
30. Arrieira IC de O, Thofehrn MB, Milbrath VM, Schwonke CRGB, Cardoso DH, Fripp JC. O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. *Rev. enferm.* 2017; 21(1): 1–6.

31. Azeredo NSG, Rocha CF, Carvalho PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Rev. bras. educ. méd.* 2011; 35(1): 37–43.
32. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Código de ética médica: resolução CFM nº 2217. 4 ed. Brasília: CFM; 2018.
33. Brasil. Ministério da Saúde, Hospital Sírio-Libanês. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: 2020; 23(3).
34. Pereira SM, Teixeira, CM, Ribeiro O, Hernández-Marrero P, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e muticêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Rev. Enf. Ref.* 2014; 3: 55–64.
35. Rodenbach RA, Rodenbach KE, Tejani MA, Epstein RM. Relationship between personal attitudes about death and communication terminally ill patients: How oncology clinicians grapple with mortality. *Patient. educ. couns.* 2016; 99(3): 356-363.
36. Camarneiro APF, Gomes SMR. Tradução e Validação da Escala de Coping com a Morte: Um Estudo com Enfermeiros. *Rev. Enf. Ref.* 2015; 7: 113–22.
37. Sá AKJM de. Emoções e estratégias de coping frente à morte de crianças em situação de rua e de nível socioeconômico médio [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2007.
38. Maturana APPM, Valle TGM do. Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. *Rev. SBPH.* 2014; 12(2): 2-23
39. Matheus MCC. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. *Acta paul. enferm.* 2009; 22: 543–5.
40. Nascimento AM do, Roazzi A. A estrutura da representação social da morte na interface com as religiosidades em equipes multiprofissionais de saúde. *Psicol. reflex. crit.* 2007; 20(3): 435–43.
41. Combinato DS, Queiroz M de S. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de vigotski. *Ciênc. Saúde. Colet.* 2011; 16(9): 3893–900.
42. Almeida LF de, Falcão EBM. Representação social de morte e a formação médica: a importância da UTI. *Rev. bras. educ. méd.* 2013; 37(2): 226–34.
43. Souza GA, Giacomini K, Aredes JS, Firmo JOA. Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. *Physis.* 2018; 28(3): 1–19.
44. Monteiro DT, Reis CG da C dos, Quintana AM, Mendes JMR. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *Rev. estud. pesq. psicol.* 2015; 15(2): 547–67.
45. Mello AAM, Silva LC da. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. *Rev Abordagem gestál.* 2012; 18(1): 52–60.

46. Tamada JKT, Dalaneze AS, Bonini LM de M, Melo TR de C. Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. *Rev. med.* 2017; 96(2): 81-7.
47. Aredes J de S, Giacomini KC, Firmo JOA. A práxis médica no pronto atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão. *Rev. trab. educ. saúde.* 2018; 16(3): 1177-99.
48. Cherer E de Q, Quintana AM, Pinheiro UMS. Sofrimento e libertação: significações sobre a morte na UTI pediátrica. *Rev. psico.* 2013; 44(4): 482-9.
49. Aredes JS, Modesto AL. “Entre vidas e mortes, entre mascaradas e fugas”: Um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis.* 2016; 26(2): 435-53
50. Monteiro MC, Magalhães AS, Féres-Carneiro T, Machado RN. A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. *Rev. psicol. argum.* 2015; 33(81): 314-29.
51. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. educ. méd.* 2019; 43(3): 62-72.
52. Monteiro DT, Mendes JMR, Beck CLC. Medidas de conforto ou distanásia: o lidar com a morte e o morrer de pacientes. *Rev. SBPH.* 2019; 22(2): 189-210.
53. Shimma E, Nogueira-Martins MCF, Nogueira-Martins LA. The experience of infectologists faced with death and dying among their patients over the course of the AIDS epidemic in the city of São Paulo: Qualitative study. *Sao Paulo med j.* 2010; 128(2): 74-80.
54. Melo EM da C, Ferreira RA. The role of the pediatrician in the emergency service: the fear of failure and the need to be well. *Rev. méd. Minas Gerais.* 2014; 24(1): 35-43.
55. Lima MJV, Andrade NM de. A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. *Rev. Saúde Soc.* 2017; 26(4): 958-72.
56. Silva AE, Sousa PA, Ribeiro RF. Comunicação de notícias difíceis: percepção de médicos que atuam em oncologia. *Rev enferm do Cent.-Oeste Min.* 2018;8.
57. Monteiro MC, Magalhães AS, Féres-Carneiro T, Machado RN. Terminalidade em UTI: Dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. *Rev. psicol. estud.* 2016; 21(1): 65-75.
58. Monteiro DT, Mendes JMR, Beck CLC. Perspectivas dos profissionais da saúde sobre o cuidado a pacientes em processo de finitude. *Psicol. ciênc. prof.* 2020; 40: 1-15.
59. Battikha EC, Carvalho MT de M, Kopelman BI. A formação do neonatologista e os paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Paul Pediatr.* 2014; 32(1): 11-6.

60. Combinato DS, Martin STF. Necessidades da vida na morte. *Interface - Comunic. Saude Educ.* 2017; 21(63): 869–80.
61. Aredes J de S, Firmo JOA, Giacomini KC. Deaths that save lives: The complexities of medical care for patients with suspected brain death. *Cad. Saúde Pública.* 2018; 34(11): 1–13.
62. Fraga F, Fernanda R, Vilas Boas RFO de, Mendonça AR dos A. Significado, para os médicos, da terminalidade da vida e dos cuidados paliativos. *Rev. bioét.* 2012; 20(3): 514–9.
63. Stumpf EM. No limite do diálogo : Eufemismo e enunciação em Émile Benveniste [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
64. Oliveira PP de, Amaral JG, Viegas SM da F, Rodrigues AB. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. *Rev. Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(9): 2635–44.
65. Silveira MH, Ciamponi MHT, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev bras geriatr. gerontol.* 2014; 17(1): 7–16.
66. Meireles MA de C, Feitosa RB, Oliveira L de A, Souza HJ de, Lobão LM. Percepção da morte para médicos e alunos de medicina. *Rev Bioét.* 2019; 27(3): 500–9.
67. Elias N. A solidão dos moribundos. Dentzien P, tradutor. Zahar; 2001.
68. Damasio AR. O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano. Vicente D, Segurado G, tradutor. Companhia das letras; 2012.
69. Menin GE, Pettenon MK. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. *Rev bioét.* 2015; 23(3): 608–14.
70. Arrieira IC de O, Thofern MB, Porto AR, Amestoy SC, Cardoso DH. Espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos. *Av. enferm.* 2016; 34(2): 137–47.
71. Cole TR, Carlin N. The suffering of physicians. *The Lancet.* 2009; 374(9699): 1414–5.

APÊNDICE A – Quadro de resumo dos trabalhos selecionados

QUADRO 1 – Resumo dos trabalhos selecionados

TÍTULO	METODOLOGIA E OBJETIVO	RESULTADOS
<p>1. Significado da morte para médicos frente a situação de terminalidade de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea.¹⁹</p>	<p>Trabalho com metodologia transversal, descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevista aberta. Foi cumprida por 5 médicos que atuavam na unidade de transplante. Dados foram analisados por meio do conteúdo temático.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vida vista como uma batalha e morte como derrota. • Percepção de que na profissão não pode haver falhas. • Morte atrelada a culpa e frustração. • Fazer medicina para pessoas viverem. • Choque no início da faculdade com anatomia. • Dificuldade com necropsias. • Diferença na percepção de acordo com a criação familiar.
<p>2. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão.²⁶</p>	<p>Trabalho com metodologia descritiva qualitativa ancorado na teoria das representações sociais, realizado por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 48 médicos-docentes da clínica médica em um hospital universitário. Dados foram analisados por meio do discurso do sujeito coletivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A morte como uma atividade médica difícil, dolorosa e estressante. • Morte como algo que a graduação não prepara. • Um assunto que requer tempo para lidar. • Morte como parte natural do trabalho médico. • Um tema que estimula reflexões. • Morte com detentora de cargas emocionais pesadas. • Se afastar do paciente como forma de proteção. • Mudança na percepção após fim da graduação. • Dificuldade para se acostumar com a morte. • Processo de morrer como mais difícil do que a morte.
<p>3. A morte na perspectiva de enfermeiros e médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica.²⁷</p>	<p>Trabalho exploratório com metodologia qualitativa, realizado por meio de entrevista semiaberta. Foi cumprida com 8 profissionais de saúde, sendo 4 médicos e 4 enfermeiros que trabalham em UTI pediátrica de um hospital universitário do Rio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de impotência e tristeza. • Necessidade em dar continuidade a vida. • Sofrimento silenciado. • Necessidade de despir do egocentrismo.

	Grande do Sul. Dados foram analisados por discurso do sujeito coletivo.	
4. O médico diante da morte no pronto socorro. ²⁸	Trabalho com metodologia qualitativa com abordagem hermenêutica, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas. Foi cumprida com 43 médicos de diferentes especialidades e foi finalizada quando houve estaprolamento do tema. A análise dos dados ocorreu por meio dos signos, significados e ações.	<ul style="list-style-type: none"> • Morte pediátrica é vista como inversão cronológica. • Morte de criança como fim da oportunidade de viver. • Maior facilidade de lidar com a morte de pacientes idosos. • Identificação torna a percepção mais prejudicada. • Percepção diferente quanto a causa da morte, identificação ou contexto social. • Sentimento de culpa após a morte de um paciente. • A morte como algo inerente a prática médica.
5. A estrutura da representação social da morte na interface com as religiosidades em equipes multiprofissionais de saúde. ⁴⁰	Trabalho descritivo quantitativo-qualitativo, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 80 profissionais de saúde, sendo 49 médicos. Os dados foram analisados por meio da análise categorial.	<ul style="list-style-type: none"> • Morte como deterioração do corpo humano. • Morte como fim da máquina. • Doenças como defeitos. • Corpo como habitat temporário.
6. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. ⁴¹	Trabalho descritivo com abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 13 profissionais de saúde, sendo seis médicos e sete enfermeiros. A análise de dados ocorreu meio do método explicativo-psicológico de Vigotski.	<ul style="list-style-type: none"> • Sensação de impotência e fracasso. • Medo da própria morte e de familiares. • Não saber definir morte longe de conceitos técnicos. • Morte natural e aceitável desde que seja com idosos ou pacientes crônicos. • Dificuldade de aceitar a morte quando ocorre em pacientes jovens. • Morte na pediatria como inversão de ciclo. • Espiritualidade como facilitador. • Deficiência na formação • Morte como consequência da vida
7. Representação social de morte e a formação médica: a importância da UTI. ⁴²	Trabalho descritivo qualitativo, realizado por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 27 médicos que trabalham em UTI, UTI pós-operatória e unidade coronariana de um hospital universitário integrado	<ul style="list-style-type: none"> • A morte como um processo natural. • Percepção da morte variando com a causa. • Morte como algo triste e frustrante para os médicos. • Morte como passagem da vida

	<p>a uma universidade federal do Rio de Janeiro. Dados foram analisados com metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo.</p>	<p>material para vida espiritual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noção de que as relações interpessoais devem ser abordadas para um melhor lidar com a morte. • UTI como ambiente mais propício para reflexão da morte. • Constrangimento e culpa acerca da morte dos pacientes.
<p>8. Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. ⁴³</p>	<p>Trabalho com metodologia qualitativa ancorada na antropologia interpretativa e médica, realizado por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 43 médicos de diversas especialidades como neurocirurgiões, neurologistas, cardiologia, nefrologia, oncologia, neurocirurgia que trabalhavam em um complexo de urgência e estudo do SUS e a coleta foi finalizada quando houve estaploamento do tema. Dados foram analisados por meio dos signos, significados e ações.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Há influência da profissão na vida pessoal e vice-versa. • Plantonistas não tem tempo para se envolver com o paciente. • Não dá para se acostumar com a morte. • Dar a notícia de morte é a pior parte do plantão. • Usos de eufemismos para falar sobre morte. • Defasagem na formação e inabilidade pessoal para falar sobre o tema. • Excesso de investimentos. • Influência de circunstâncias pessoais: identificação, mortes abruptas, pacientes jovens e situações sociais complicadas. • Morte como luta. • Sensação constante de culpa. • Contradição entre fala e ação.
<p>9. Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. ⁴⁴</p>	<p>Trabalho com metodologia descritiva, exploratória e qualitativa, realizado por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 12 médicos de uma UTI em hospital escola no Rio Grande do Sul. Dados foram analisados com metodologia de análise do conteúdo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensação de fracasso derivado de esperança dos familiares. • Comunicação da morte como a mais difícil. • Diferença na percepção entre crianças e idosos. • Dificuldade maior com causas abruptas. • Morte como perder a guerra. • Uso de eufemismos. • Percepção de ser muito técnico, frio e sem palavras certas para serem ditas. • Muitas expectativas para salvar o paciente.
<p>10. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. ⁴⁵</p>	<p>Trabalho com metodologia descritiva qualitativa, realizado por meio de entrevista aberta. Foi cumprida com 10 médicos atuantes no Hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Morte vista com estranheza e não naturalidade. • Morte como algo desagradável, culposo difícil e vergonhoso. • Sentimento de frustração,

	Universitário Regional de Maringá (Paraná). Dados foram analisados por meio dos significados dos fenômenos investigados	<p>chateação, derrota, impotência e desconforto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de ser forte. • Questionamento de ter feito tudo. • Conforto para o paciente é igual a maior satisfação. • Mortes pediátricas e as de causas abruptas como as mais difíceis. • Ausência de discussão sobre o tema na faculdade. • Necessidade de preparo e ajuda. • Busca de não se envolver com o paciente para poupar sofrimento. • Morte vista com naturalidade.
11. Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. ⁴⁶	Trabalho com metodologia qualitativa de corte transversal, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 9 médicos e a coleta foi finalizada quando houve extrapolação do tema. Análise de dados ocorreu por meio de análise do conteúdo.	<ul style="list-style-type: none"> • Não gostar da morte e não gostar da sensação de impotência que ela causa. • Pensamento de que a prática leva o profissional a ser apto para lidar com a morte. • Pensamento da inexistência de preparo ou protocolo para lidar com a morte. • Necessidade de se preparar para a morte: terapia, leitura, cursos sobre o tema e praticar hobbies.
12. A práxis médica no pronto atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão. ⁴⁷	Trabalho com metodologia etnográfica, realizado por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 43 médicos de um complexo hospitalar de Minas Gerais e a coleta foi finalizada quando houve extrapolação do tema. Dados foram analisados por meio dos signos, significados e ações.	<ul style="list-style-type: none"> • Não encarar como jogo, mas não ter insensibilidade para aceitar a morte. • Paciente sem prognóstico é difícil de lidar. • O processo de morrer é a parte mais difícil. • Receio de processos relacionados a mortes dos pacientes. • Evitar a morte como tentativa de não fracassar pessoalmente e profissionalmente. • Necessidade de blindagem. • A morte social é mais difícil do que a morte propriamente dita. • Morte como algo natural • Ausência de formação adequada • Necessidade de preparação psicológica
13. Sofrimento e libertação: significações sobre a morte na UTI pediátrica. ⁴⁸	Trabalho de natureza descritiva com abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 8 profissionais de saúde da UTI de Hospital Universitário	<ul style="list-style-type: none"> • A morte infantil é mais difícil. • Inversão do ciclo natural da vida. • Morte pediátrica é sempre inesperada. • Maior obstinação terapêutica. • Identificação com filhos.

	do interior do Rio grande do Sul, sendo 4 médicos e 4 enfermeiros e a coleta foi finalizada quando houve estrapolamento do tema. Dados foram analisados por meio de análise temática.	<ul style="list-style-type: none"> • Maior facilidade para crianças críticas. • Maior dificuldade com os processos de morrer. • Facilidade maior quando o paciente é despersonalizado.
14. “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. ⁴⁹	Trabalho com metodologia etnográfica, realizado por meio de entrevistas semiabertas. Foi cumprida com 43 médicos plantonistas de um Hospital universitário de Minas Gerais. Dados foram analisados por meio de análise de conteúdo.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação com os pacientes dificulta a percepção. • Influência da morte na vida pessoal • Sensação de que o paciente enxerga o médico como salvador • Percepção de catalisador da morte • Incongruência entre pensamento e expressão do sentimento para os familiares • Necessidade de preparo psicológico
15. A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. ⁵⁰	Trabalho com metodologia descritiva qualitativa, realizado por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida por 6 médicos de uma UTI de hospital privado de médio porte no Rio de Janeiro. Dados foram analisados por meio do conteúdo.	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção de missão para salvar o paciente. • Dificuldade quando acontece algo fora do previsto. • Sensação de que é a pessoa ideal para salvar a vida do paciente.
16. Cuidados paliativos: Prática dos médicos da Estratégia da família. ⁵¹	Trabalho com metodologia qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 16 médicos de Unidades de estratégia da família em um município de Minas Gerais. Análise de dados ocorreu por meio de análise temática	<ul style="list-style-type: none"> • Impotência e frustração frente à possibilidade de morte do paciente. • A morte do paciente como o lado frágil da medicina. • Impotência quando a culpa é do Estado. • Maior aproximação dos pacientes trabalhando em PSF. • Melhora do grande sofrimento após realização de terapia. • Contraditoriedade nas falas: costume x sofrimento. • Mudança na concepção com o passar do tempo.
17. Medidas de conforto ou distanásia: o lidar com a morte e o morrer de pacientes. ⁵²	Trabalho com metodologia descritiva e qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 17 profissionais de saúde, sendo eles 8 médicos e 9 enfermeiros que trabalhavam em um Hospital Público na área de clínica médica ou medicina intensiva. Os dados foram analisados por meio de análise	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de impotência e frustração.

	do conteúdo com ênfase categorial, formadas por dois juízes independentes.	
18. The experience of Infectologists faced with death and dying among their patients over the course of the AIDS epidemic in the city of São Paulo: qualitative study. ⁵³	Trabalho com metodologia qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida por meio de 20 médicos que trabalhavam em 20 hospitais diferentes de São Paulo. Possuiu como critério de inclusão a necessidade de ter trabalhado e estado em campo no período da epidemia de AIDS no estado de São Paulo. Os dados foram analisados por meio da análise temática.	<ul style="list-style-type: none"> • Morte dos pacientes causando intensa tristeza. • Suicídio dos pacientes como algo mais difícil de ser aceito do que a morte pelo HIV. • Morte como fracasso. • Reconhecimento com os pacientes torna mais difícil. • Situação mais difícil quando o médico não acompanhava a morte do paciente. • Não lidar bem com a morte e não gostar. • Epidemia do HIV como época de solidão, tristeza, raiva, ressentimento, culpa, ansiedade e desespero. • Necessidade de seguir em frente. • Equipe de cuidados paliativos ajuda a dividir o peso. • O tempo como fator para tornar a percepção mais racional. • Desenvolvimento de autoproteção. • Formas de lidar com a morte dos pacientes: comprar coisas, estudar ou rituais religiosos. • Morte como parte da vida e não como um sofrimento. • Ajuda da psicanálise para entender as ilusões de onipotência.
19. A atividade do pediatra na urgência: o medo de errar e a necessidade de estar bem. ⁵⁴	Trabalho com metodologia de descritiva e qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 44 médicos pediatras de uma unidade de emergência de Belo Horizonte e a coleta foi finalizada quando houve estaprolamento do tema. Análise de dados ocorreu por meio de análise do conteúdo.	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa pela morte dos pacientes.
20. A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. ⁵⁵	Trabalho com metodologia qualitativa fundamentado na hermenêutica-fenomenológica, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 14 profissionais de saúde, sendo 1 deles médico. Dados foram analisados em várias etapas e aproximadas por meio	<ul style="list-style-type: none"> • A morte não é conversada entre os profissionais. • Permanência de sentimento ruim após a morte do paciente. • Carga emocional muito grande. • Dificuldade maior com crianças do que com adultos. • A morte infantil leva a angústia, tristeza, frustração e dor.

	de ideias convergentes ou divergentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Sensação de que não existe preparação para lidar com a morte.
21. Comunicação de notícias difíceis: percepção de médicos que atuam em oncologia. ⁵⁶	Trabalho com metodologia descritiva de abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevista semiaberta. Foi cumprida por 15 médicos de uma unidade oncológica de um hospital em Minas Gerais. A análise dos dados ocorreu por meio do conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> • Muito tempo de prática e ainda assim muita dificuldade. • Maior necessidade de treinamento para lidar com a morte dos pacientes.
22. Terminalidade em UTI: dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. ⁵⁷	Trabalho com metodologia descritiva com abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 6 médicos da equipe médica da UTI. Dados foram analisados por meio de análise do conteúdo.	<ul style="list-style-type: none"> • Paradoxo: UTI e fim de vida. • Maior facilidade de percepção da morte quando paciente não tem bom prognóstico e maior dificuldade quando o paciente é jovem. • Sentimento contraditório: naturalidade x decepção. • Criação de barreiras. • Objetificação do sofrimento para lidar melhor com o processo de morrer. • Maior incômodo com a família do que o paciente. • Identificação com os pacientes. • Religião como facilitador.
23. Perspectivas dos profissionais de saúde sobre o cuidado a pacientes em processo de finitude. ⁵⁸	Pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas. Foi cumprida com 17 profissionais de saúde, sendo 8 médicos que trabalhavam ou faziam residência em um Hospital Público de Saúde. A análise dos dados ocorreu por meio da análise do conteúdo com ênfase na análise categorial.	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de frustração. • Blindagem para o emocional não superar o racional. • Blindagem para não levar o sentimento da morte dos pacientes para casa.
24. A formação do neonatologista e os paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. ⁵⁹	Trabalho com metodologia qualitativa sustentada no campo psicanalítico, realizado por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 20 residentes de 5 instituições de São Paulo e a coleta foi finalizada quando houve estrapolamento do tema.	<ul style="list-style-type: none"> • A morte pediátrica como a mais difícil. • Reconhecimento da fragilidade em lidar com a morte. • Temor de passar pela experiência. • Morte como a pior parte da profissão. • Sensação de incapacidade.

	Análise de dados ocorreu por meio do conteúdo.	
25. Necessidades da vida na morte. ⁶⁰	Trabalho com metodologia qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 11 profissionais, sendo 4 enfermeiros e 7 médicos que trabalhavam em uma USF. Os dados foram analisados por meio do referencial teórico da Psicologia Histórico-cultural.	<ul style="list-style-type: none"> • O contexto social dos pacientes interfere na percepção da morte. • Nas USFs há uma maior aproximação com os pacientes, o que desencadeia em maior intensidade na percepção da morte.
26. A morte que salva vidas: complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica. ⁶¹	Trabalho com metodologia qualitativa e abordagem antropológica hermenêutica, realizada por meio de entrevista semiestruturada. Foi cumprida com 43 médicos plantonistas que trabalhavam diretamente com pacientes graves em um serviço de Politrauma em Belo Horizonte e a coleta foi finalizada quando houve extrapolação do tema. A análise de dados ocorreu por meio dos signos, significados e ações.	<ul style="list-style-type: none"> • Maior dificuldade em lidar com a morte encefálica. • A morte decorrente de trauma como abrupta. • Maior facilidade em lidar com a morte encefálica por saber que nada mais poderá ser feita.
27. Significado, para os médicos, da terminalidade da vida e dos cuidados paliativos. ⁶²	Trabalho com metodologia qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada e individual. Foi cumprida com 20 médicos (Oncologista, Proctologista, Hematologista, Ginecologista, Gastroenterologista, Urologista e Pneumologistas) que trabalhavam no Hospital das Clínicas Samuel Libânio. A análise dos dados ocorreu por meio da análise do discurso do sujeito coletivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Terminalidade da vida como morte física ou cerebral. • Terminalidade da vida como reencarnação, tarefa concluída e algo que a alma persiste.

Fonte: Elaborado pela autora.