

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SILVIA FRANCINE SARTOR

A MORTE NO AMBIENTE HOSPITALAR: O TESTEMUNHO DA PESSOA COM  
CÂNCER

CURITIBA

2020

SILVIA FRANCINE SARTOR

A MORTE NO AMBIENTE HOSPITALAR: O TESTEMUNHO DA PESSOA COM  
CÂNCER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

CURITIBA

2020

Sartor, Sílvia Francine

A morte no ambiente hospitalar [recurso eletrônico]: o testemunho da pessoa com câncer / Sílvia Francine Sartor – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês

1. Morte. 2. Atitude frente a morte. 3. Enfermagem. 4. Tanatologia. 5. Oncologia. 6. Serviço hospitalar de oncologia. I. Mercês, Nen Nalú Alves das. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.9940231



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001016045P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **SILVIA FRANCINE SARTOR** intitulada: **A MORTE NO AMBIENTE HOSPITALAR: O TESTEMUNHO DA PESSOA COM CÂNCER**, sob orientação da Profa. Dra. **NEN NALU ALVES DAS MERCÊS**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 08 de Dezembro de 2020.

Assinatura Eletrônica

18/12/2020 16:42:33.0

**NEN NALU ALVES DAS MERCÊS**

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

22/12/2020 13:45:35.0

**MARILUCI ALVES MAFTUM**

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

28/12/2020 19:43:17.0

**MARIA HENRIQUETA LUCE KRUSE**

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL)

Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: [ppgenf@ufpr.br](mailto:ppgenf@ufpr.br)

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 66413

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 66413

Dedico este trabalho a todas as pessoas que enfrentaram e enfrentam o câncer em sua maneira tão singular, principalmente aos participantes desta pesquisa, que me permitiram, ao longo desta trajetória, tocar e ser tocada pela complexidade de cada ser.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade desta nova jornada que é a vida.

À minha família, meus pais e irmãos, que não mediram esforços para que eu pudesse realizar e atingir meus tão desejados objetivos acadêmicos e profissionais. À minha avó paterna, em especial, por ter me incentivado e instruído desde pequena a me manter na trajetória dos estudos; mesmo não presente fisicamente, a senhora está e estará para sempre em meus pensamentos e em meu coração. Te amo eternamente!

À Camila e Neni, pelo apoio e suporte nos momentos de aflição e desespero e tentativas de desistência, me mantendo firme no caminho, e pelos momentos de alegria e parceria, que me ajudaram a renovar minhas energias.

À professora doutora Nen Nalú, minha orientadora, mestra e guia no caminho, que sempre tão prontamente me auxiliou nas dúvidas, nas tantas dificuldades que encontrei nesta jornada, e por ter sido fonte de calma nos momentos mais aflitos.

Às professoras doutoras da banca de qualificação e defesa, por suas contribuições tão valiosas e riquíssimas na construção deste trabalho.

Aos mestres e aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por me ajudarem, por meio de leituras e discussões, a me tornar uma melhor pessoa, futura mestra e pesquisadora.

Aos colegas de orientação, pelos momentos de discussão, conversas e reflexões diante dos desafios desta jornada.

À Universidade Federal do Paraná (UFPR), que, como universidade pública e mesmo em meio a tantas ameaças, se mantém firme na luta pela democracia e pelas conquistas tão importantes para a sociedade e por continuar formando alunos com qualidade e excelência.

Ao Hospital Erasto Gaertner de Curitiba, que não mediu esforços na flexibilização de meus horários de trabalho para que este sonho se tornasse realidade, e aos seus funcionários, que me auxiliaram a encontrar os participantes desta pesquisa.

A todos aqueles que de alguma forma participaram do caminho até aqui, de forma presencial ou não, mas que me auxiliaram a refletir e a desenvolver ideias, pensamentos e ponderações tão importantes, com menção especial aos participantes desta pesquisa, pois, sem eles, ela não existiria.

A todos, meu muito obrigada!

“Todo o interesse na doença e na morte é, em verdade, apenas uma outra expressão do nosso interesse na vida”. – Thomas Mann, *A montanha mágica*.

## RESUMO

O testemunho da morte é compreendido como o momento em que a pessoa vê a morte do outro e como o sentido atribuído se relaciona à história de vida, às vivências e aprendizagens. Este estudo tem como objetivo conhecer o testemunho da pessoa com câncer frente a morte no ambiente hospitalar. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de abordagem descritiva, vinculado ao projeto “Construindo processos de cuidado na interface do cuidar em situações de enfermidade grave”, inserido na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, realizado em um hospital oncológico do Sul do Brasil. Os participantes foram 27 pacientes adultos e idosos com câncer, internados para investigação da doença, tratamento químico/radioterápico ou controle de sinais e sintomas. A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2019 e março de 2020, com a caracterização dos participantes e o testemunho da morte, por meio de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram audiogravadas, transcritas, organizadas no *software* Word e posteriormente analisadas e classificadas com o auxílio do *software* Iramuteq. Para análise das classes, utilizou-se o método de análise de conteúdo de Creswell. Os resultados evidenciaram que, dos 27 participantes, 19 eram adultos com 20 a 59 anos; 16, do sexo feminino; 14 testemunharam de um a três óbitos e os demais, mais de quatro óbitos. Na análise das entrevistas, surgiram cinco classes, que foram sistematizadas por representações gráficas, emergindo três categorias principais: testemunho da morte para pacientes oncológicos hospitalizados; significado da morte para pacientes oncológicos hospitalizados; e atuação da equipe de enfermagem frente à morte na perspectiva do paciente com câncer. A pessoa com câncer, ao testemunhar a morte do outro, percebe o evento de forma positiva ou não, a partir do momento em que ele desperta pensamentos sobre si mesmo diante da morte, experienciando a insegurança, medo e pensamentos tristes, compreendendo a morte como um evento angustiante, triste e ruim. Quando a morte do outro foi descrita como tranquila e serena, os participantes a perceberam como positiva, mobilizando forças para lutar pela vida e contra a doença. Para alguns, a morte surge como algo natural, tendo sido normalizado a partir das diversas mortes presenciadas, ou pelo pensamento de que nada pode ser feito. Quanto ao significado da morte, esta foi referida como uma mudança, algo melhor que o sofrimento, um alívio tanto para o paciente quanto para a família. Alguns participantes criam barreiras para se distanciarem do que estavam vendo e percebendo e depositaram em Deus a confiança por um desfecho melhor. Em relação à atuação da equipe de enfermagem, os participantes a perceberam como rápida e discreta no processo de preparo e retirada do corpo do quarto, tendo sentido falta de apoio psicológico e emocional após testemunharem a morte. Considera-se que a forma como a morte ocorre no ambiente hospitalar pode influenciar os pacientes oncológicos em relação à morte e ao morrer; dessa forma, acredita-se que os resultados obtidos podem subsidiar a equipe de saúde no cuidado ao paciente nas unidades de internação no enfrentamento da morte e no luto vivenciado, mediante suporte emocional.

Palavras-chave: Atitude frente à morte. Morte. Enfermagem. Tanatologia. Oncologia. Serviço hospitalar de oncologia.

## ABSTRACT

The witnessing of death is understood as the moment when the person sees the death of the other and how the meaning attributed to that moment is related to life history, experiences and learning. This study aims to know the witnessing of the person with cancer facing death in the hospital environment. It is a qualitative study, with a descriptive approach, linked to the project "Building care processes at the interface of care in situations of serious illness", inserted in the research line "Care Process in Health and Nursing", carried out in an oncological hospital in southern Brazil. The participants were 27 adult and elderly patients with cancer, hospitalized for investigation of the disease, chemotherapy/radiotherapy or control of signs and symptoms. Data collection was carried out between December 2019 and March 2020, with the characterization of the participants and the witnessing of death, through semi-structured interviews. The interviews were audio recorded, transcribed, organized in the Word software and later analyzed and classified with the aid of the Iramuteq software. For class analysis, Creswell's content analysis method was used. The results showed that, of the 27 participants, 19 were adults aged 20 to 59 years; 16, female; 14 witnessed from one to three deaths and the others, more than four deaths. In the analysis of the interviews, five classes emerged, which were systematized by graphic representations, emerging three main categories: death witnessing for hospitalized cancer patients; meaning of death for hospitalized cancer patients; and the performance of the nursing team in the face of death from the perspective of the cancer patient. The person with cancer, when witnessing the death of the other, perceives the event positively or not, from the moment it awakens thoughts about himself in the face of death, experiencing insecurity, fear and sad thoughts, understanding death as a distressing, sad and bad event. When the other's death was described as peaceful and serene, the participants perceived it as positive, mobilizing forces to fight for life and against the disease. For some, death appears as something natural, having been normalized based on the various deaths witnessed, or by the thought that nothing can be done. As for the meaning of death, it was referred to as a change, something better than suffering, a relief for both the patient and the family. Some participants created barriers to distance themselves from what they were seeing and perceiving and placed their trust in God for a better outcome. Regarding the performance of the nursing team, the participants perceived it as quick and discreet in the process of preparing and removing the body from the room, having felt a lack of psychological and emotional support after witnessing the death. It is considered that the way death occurs in the hospital environment can influence cancer patients in relation to death and dying; thus, it is believed that the results obtained can subsidize the health team in patient care in inpatient units in facing death and in the grief experienced, through emotional support.

Keywords: Attitude to death. Death. Nursing. Thanatology. Oncology. Oncology service, hospital.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|          |   |
|----------|---|
| BVS      | Biblioteca Virtual em Saúde   |
| CEP      | Comitê de Ética em Pesquisa   |
| CEPON    | Centro de Pesquisas Oncológicas   |
| CINAHL   | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature                                    |
| INCA     | Instituto Nacional de Câncer José Alencar   |
| IRAMUTEQ | <i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i> |
| LPCC     | Liga Paranaense de Combate ao Câncer  |
| MS       | Ministério da Saúde   |
| PIDI     | Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar  |
| PNH      | Política Nacional de Humanização  |
| RAS      | Rede de Atenção à Saúde   |
| RNL      | Revisão Narrativa da Literatura   |
| SUS      | Sistema Único de Saúde  |
| TCLE     | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  |
| UTI      | Unidade de Terapia Intensiva  |

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Fluxograma de recrutamento de participantes ..... | 34 |
| Figura 2 - Dendograma.....                                   | 40 |
| Figura 3 – Dendograma (classes e vocábulos) .....            | 41 |
| Figura 4 - Nuvem de palavras.....                            | 42 |

## **LISTA DE QUADRO**

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes ..... | 38 |
|--|----|

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO</b> .....  | <b>14</b> |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>16</b> |
| <b>2 OBJETIVO</b> .....  | <b>19</b> |
| <b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....   | <b>20</b> |
| 3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA MORTE E DO MORRER: O PERCURSO DA IDADE MÉDIA À INSTITUCIONALIZAÇÃO NOS TEMPOS ATUAIS ..... | 20        |
| 3.2 ATITUDES DO PACIENTE ONCOLÓGICO FRENTE A MORTE .....   | 26        |
| 3.3 CONTEXTUALIZANDO OS ESTÁGIOS DA MORTE DE ELISABETH KUBLER-ROSS.....  | 28        |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....   | <b>31</b> |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO .....   | 31        |
| 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....  | 31        |
| 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....  | 32        |
| 4.3.1 Critérios de inclusão .....  | 32        |
| 4.3.2 Critérios de exclusão .....  | 33        |
| 4.3.3 Seleção e recrutamento dos participantes .....   | 33        |
| 4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....   | 34        |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....  | 35        |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....  | 37        |
| <b>5 RESULTADOS</b> .....  | <b>38</b> |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....   | 38        |
| 5.2 CLASSES GERADAS PELO <i>SOFTWARE</i> IRAMUTEQ.....   | 40        |
| 5.3 CLASSES 1 E 5: TESTEMUNHO DA MORTE PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS .....                             | 42        |
| 5.4 CLASSES 2 E 4: SIGNIFICADO DA MORTE PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS .....                            | 47        |
| 5.5 CLASSE 3: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À MORTE: PERSPECTIVA DO PACIENTE COM CÂNCER .....             | 51        |
| <b>6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....  | <b>55</b> |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>61</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>63</b> |
| <b>APÊNDICE A – TCLE</b> .....   | <b>71</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>APÊNDICE B – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PARTICIPANTE.....</b> | <b>74</b> |
| <b>APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....</b>            | <b>75</b> |
| <b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>                       | <b>76</b> |

## APRESENTAÇÃO

*“A morte é o gênio inspirador, a musa da filosofia...  
Sem ela, dificilmente ter-se-ia filosofado”.*  
(SCHOPENHAUER, 2014).

Meu primeiro contato com a morte ocorreu quando eu tinha 12 anos, em 2007. Minha avó, acometida por câncer de cólon metastático, era meu porto seguro, minha melhor amiga, minha confidente. Ela cuidou de mim nos meus primeiros dez anos e eu, dela, nos seus últimos dois. Naquela época, no início da adolescência, eu não entendia muito bem quão marcante seria aquele evento na minha vida, tanto pessoal e espiritual quanto na minha futura vida profissional.

Hoje, olhando para trás, para aquela adolescente de 12 anos, consigo compreender como a morte de um familiar pode impactar nossas vidas e como uma equipe preparada e instruída poderia ter ajudado a mim e minha família com um melhor luto e, sem dúvidas, minha avó a ter uma boa morte. Mesmo assim, hoje entendo que, como profissionais da saúde, principalmente enfermeiros diretamente atuantes no processo de morte, por mais que falemos, discurremos, conversemos com familiares sobre suas perdas, jamais estaremos preparados para perder um dos nossos. Sempre será muito difícil.

Meu interesse pelos cuidados paliativos e pela tanatologia teve início ao longo da graduação, quando, guiada por mestres, descobri em mim uma curiosidade crescente sobre os temas. Fui privilegiada ao participar de projetos de ensino, pesquisa e extensão que tinham como norte os estudos de final de vida, morte e morrer, além de cuidadores familiares de pacientes fora de possibilidade terapêutica. Foi ao término dessa jornada que pude desenvolver meu trabalho de final de curso sobre os desejos de pacientes em fim de vida, o qual foi imensamente enriquecedor.

Durante meu último semestre da graduação em Enfermagem, ao realizar o estágio final em um hospital oncológico, pude perceber que, muitas vezes, pacientes permaneciam internados por dias ou semanas em enfermarias e, no decorrer desse período, presenciavam a morte de outros pacientes. Nesses momentos, muitos deles reagiam de diversas formas e com diferentes emoções, como ansiedade, ataques de pânico, tristeza, agitação, negação diante do que estavam vendo e até mesmo apresentavam momentos de fuga, deixando o quarto. Assim, surgiu uma inquietação contínua em conhecer mais sobre esse processo, sobre o momento em que as pessoas se deparam com a morte do outro, quando a sentem mais próxima de si, quando são expostos à morte e como esses eventos, por vezes repetitivos, impactam na visão de vida e de morte que elas possuem.

Acredito que, ao conhecer e apreender como a morte do outro afeta os demais pacientes, é possível ofertar melhor qualidade de cuidado durante o processo de adoecimento, principalmente quando se leva em conta no planejamento de cuidados aquilo que as pessoas preferem para o seu fim de vida. Ainda, pode-se identificar a importância de preservar e reservar esse momento não somente para si, mas também para os outros. A morte é algo singular e cada pessoa a experiencia de forma única. A intenção de pesquisar essa temática é contribuir com a área da saúde, especificamente com a enfermagem oncológica, e para melhorar o final da vida, não somente para quem o vivencia, mas para quem o presencia como paciente.

## 1 INTRODUÇÃO

De todas as experiências humanas, a morte é a que mais mobiliza emoções, como ansiedade e tristeza, sentimento de frustração e sensação de impotência. Por consequência, tende-se a redirecionar a morte para a periferia da vida, como se fosse possível mantê-la fora da visão e da mente. Evitar pensar ou falar sobre ela busca afastar a finitude (SPORH et al., 2013; DESPELDER et al., 2014), que, segundo Carvalho e Martins (2015), se manifesta em algo passível de término, de fim, que por si só é finito, como a vida. Entretanto, em nossa cultura, a terminalidade não é considerada a última fase da vida humana e, sim, uma etapa que ceifa possibilidades, sonhos, desejos, que torna finita a existência.

Raramente, a morte é referenciada apenas como um evento biológico, ou seja, como a cessação do funcionamento dos órgãos vitais. Tanto o processo de morrer quanto a morte em si possuem componentes de ordem emocional, cultural e espiritual (ARIES, 1977; KUBLER-ROSS, 2008); além disso, “o morrer não é apenas um fato biológico, mas um processo construído socialmente” (MENEZES, 2004, p. 24), uma vez que, na sociedade, a visão que uma população tem sobre a morte é influenciada pela cultura, bem como pelos rituais adotados quando ela ocorre (DESPELDER et al., 2014).

Em relação aos aspectos emocionais e psicológicos, a morte ocorre com a consciência do “eu vou morrer” e pode coincidir com a morte biológica ou ao longo do processo de adoecimento. Espiritualmente, é inerente aos seres humanos, pois se percebem como “seres espirituais”, o que envolve e significa o fim da existência individual (SANCHO, 2005). É importante ressaltar que abordar a espiritualidade pode auxiliar os pacientes a resistir aos desconfortos físicos e psicológicos e ajudar a promover o seu bem-estar até o fim de suas vidas (SANTOS; FLORENCIO; NETO et al., 2019). Desse modo, a morte, desde os primórdios da existência humana, constitui um evento complexo que causa medo, especialmente do desconhecido, uma vez que a consciência dela se dá pela morte do outro (CHIAVENATO, 1998).

Diante disso, um dos eventos que podem levar à morte e tornar o pensamento sobre ela mais frequente no dia a dia é o adoecimento, o qual se dá, muitas vezes, pelo diagnóstico de câncer, considerado ainda na atualidade a doença da morte, mesmo com os avanços da ciência, da medicina e das terapêuticas (RIBEIRO et al., 2015; FERREIRA et al., 2016; MARTINS et al., 2017). Nessa linha de pensamento, e justamente por isso, alguns autores relatam que o câncer gera reações emocionais significativas, como ansiedade, medo, insegurança, depressão, entre outras. Mesmo o prognóstico sendo positivo quando diagnosticado precocemente, a maior

parte das pessoas percebe o câncer como uma “sentença de morte”. Isso se deve por ser conhecido como uma doença dolorosa e que gera sofrimento (SILVA; BARRETO; CARVALHO et al., 2020). Essa percepção de morte “sofrida” pode ter sido originada pela forma como as equipes de saúde trabalham com a morte e a finitude. Como Pessini (2016) retrata, se, por um lado, se está diante do progresso técnico-científico da medicina, que diariamente salva vidas, por outro, esse processo assombra e assusta, por muitas vezes prolongar o sofrido processo de morte e o morrer.

Os avanços na área da saúde, da biologia e da tecnologia têm proporcionado, por um lado, a cura de inúmeras doenças, melhor qualidade, como também maior quantidade de vida; por outro, a medicina moderna é altamente tecnicista e muitas vezes sem limites. Por isso, teme-se hoje o prolongamento da vida em agonia, o sofrimento que desumaniza, que adia a morte e que não respeita a dignidade humana em sua finitude (LIMA, 2015). Nesse contexto, a morte se torna um fenômeno não natural, passando a ser considerada um fracasso (ARIÈS, 2014).

Tal pensamento é reforçado pelo acesso a novas tecnologias em saúde, que, por mais necessárias que sejam no caminho da cura de doenças, passaram a fomentar a negação da morte, com a ideia de que sempre há algo a ser feito em nível terapêutico curativo (DESPELDER et al., 2014; WHO, 2017). Nas situações em que a vida já não encontra recursos para ser mantida, controlar a morte se transforma em finalidade científica, sobretudo em decorrência dos avanços técnico-científicos observados nas últimas décadas (SILVA et al., 2012), o que pode levar a um sofrimento desnecessário. Isso pode fomentar ainda mais a ideia de que a morte sempre vem rodeada pelo sofrimento, o que é corroborado por um estudo recente realizado na Alemanha com a população em geral, cujos autores concluíram que as pessoas geralmente acreditam que a morte vem acompanhada de sofrimento e que morrer é mais assustador do que a própria morte (STRUPPE; KONEKE; RIETZ et al, 2019).

O sofrimento psicossocial é significativo em toda a trajetória da doença em pacientes com câncer, não somente no processo de morrer, sendo intensificado à medida que a doença se agrava (BOOK et al., 2011; HUI et al., 2014; OLIVEIRA; CAVALCANTE, 2019). Com isso, quanto mais próximos da morte, mais deprimidos e ansiosos eles podem ficar, o que aponta a necessidade de mais atenção em contextos clínicos na exposição subjetiva à morte em pacientes com câncer (VOLLMER et al., 2011). Para Payne, Hillier, Langley-Evans et al. (1996), essa exposição, muito frequente nos hospitais e *hospices*<sup>1</sup>, principalmente em pacientes oncológicos

---

<sup>1</sup> Tipo especial de cuidado que se concentra na qualidade de vida das pessoas que estão passando por doenças avançadas que limitam a vida e de seus cuidadores. Os *hospices* fornecem cuidados compassivos para pessoas

e aqueles fora de possibilidades terapêuticas, pode levar a diversos sentimentos e emoções, assim como despertar sinais e sintomas que necessitam ser trabalhados pela equipe de saúde.

Dessa forma, este estudo se justifica pelo número de publicações encontradas na revisão da literatura realizada, quando apenas um estudo de 1996 trouxe a temática sobre o testemunho da morte, ou seja, a exposição que pacientes oncológicos muitas vezes sofrem (PAYNE; HILLIE; LANGLEY-EVANS et al., 1996). O estudo citado aplicou duas escalas para avaliar os níveis de ansiedade e depressão em pacientes assistidos em um *hospice*, no Reino Unido, após testemunharem a morte de outros pacientes, os quais apresentaram níveis menores de ansiedade e depressão quando comparados àqueles que não testemunharam a morte do colega de quarto – tendo como significado da palavra “testemunhar” perceber pela visão, ver, presenciar (MICHAELIS, 2020).

Apesar de existir um interesse significativo no processo de morte e morrer, que vem se desenvolvendo desde a metade do século XX com estudiosos na área, como Elisabeth Kubler-Ross (1969), Dame Cicely Saunders (1972), Phillipe Ariès (1982), Norbert Elias (1982), e nas últimas décadas no Brasil, com a pioneira no campo da tanatologia Wilma da Costa Torres (1979), além de Maria Julia Kovács (1979), por exemplo, ainda há algumas lacunas.

Observa-se que a pessoa vê a morte e lhe atribui um sentido dependendo da etapa em que se encontra no processo de desenvolvimento vital, visão que também depende da sua história de vida, de suas vivências e aprendizagens, de sua condição física, psicológica, social e cultural (BORGES; SILVA; TONIOLLO et al., 2006; FERREIRA; RAMINELLI, 2012). Entretanto, os testemunhos dos pacientes frente a morte do outro é um tema a ser explorado. Além disso, os pacientes que presenciam a morte podem estar sujeitos a desordens em nível físico e emocional, bem como espiritual.

Mesmo sendo amplamente estudado o enfrentamento do processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos, o evento da morte do colega de quarto no hospital é pouco avaliado, no âmbito de como o paciente assiste à morte do outro, como percebe e que significados são elaborados por ele. A partir disso, se definiu como questão de pesquisa: como o paciente com câncer testemunha a morte no ambiente hospitalar?

## **2 OBJETIVO**

Conhecer o testemunho da pessoa com câncer frente a morte no ambiente hospitalar.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo apresenta a Revisão Narrativa da Literatura (RNL) e se divide em três subcapítulos: Contextualização da morte e do morrer: o percurso da idade média à institucionalização nos tempos atuais; atitudes do paciente oncológico frente a morte; e contextualizando os estágios da morte de Elisabeth Kubler-Ross.

A RNL é recomendada para o levantamento da produção bibliográfica e científica disponível, bem como para fazer uma reconstrução de redes de pensamentos e conceitos, com o intuito de trilhar caminhos e encontrar o que se almeja conhecer. Para isso, faz-se uso de todo e qualquer material que seja útil para um primeiro contato com o assunto e objeto a ser investigado. Nessa forma de busca, não existem critérios específicos para seleção de materiais, bastando ser sobre o tema a ser conhecido, o que permite apreender o objeto de pesquisa de forma mais ampla e compreender o estado da arte sob um ponto de vista teórico e contextual. Ainda, não é necessário indicar as exatas fontes de informação utilizadas, a metodologia de busca, nem os critérios aplicados na avaliação e seleção de dados (BRUM; ZUGE; RANGEL et al., 2018). Entretanto, são descritas brevemente as etapas que estabeleceram a inclusão das publicações das bases de dados e bibliotecas virtuais selecionadas, para demonstrar a organização da busca, inclusão ou exclusão de trabalhos.

Para a revisão, foi empregada a estratégia de busca: *neoplasms AND patient, care AND attitude to death AND life change events*, tendo retornado 99 artigos, sendo 40 da base de dados PsycINFO, seis da Web of Science, 16 da Scopus, 11 da Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), dez da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e 16 da PubMed. Ainda, optou-se por não utilizar filtros de busca, a fim de rastrear maior informação sobre a temática. Após lidos na íntegra, foram selecionados 56 artigos, os quais abordavam a compreensão de pacientes oncológicos sobre a morte de si mesmos, a espiritualidade que envolve esse momento, a existência ou não de vida após a morte ou, ainda, o desejo de morte.

Utilizaram-se também nove livros que tratam da temática, entre eles, de autores clássicos, como Elisabeth Kubler-Ross e Philippe Ariès. É possível notar o uso de referências mais antigas, pois não houve recorte temporal na busca de artigos nas bases de informação, a fim de realizar uma busca mais ampla sobre o assunto estudado.

#### 3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA MORTE E DO MORRER: O PERCURSO DA IDADE MÉDIA À INSTITUCIONALIZAÇÃO NOS TEMPOS ATUAIS

A palavra “morte” vem do latim, nas formas *mors*, *mortis*, associado ao verbo “*mori*”, que significa morrer. Refere-se ao processo irreversível de cessar as atividades biológicas necessárias à caracterização e manutenção da vida (LIZZA, 2006).

No início da Idade Média, principalmente na Europa Ocidental, se compartilhava a visão de que o universo era regido por elementos e entidades divinos. A Igreja Católica influenciava a maneira como as pessoas enxergavam a morte e oferecia esperança no pós-morte. Essa visão prevaleceu até a Europa renascentista, que começou na Itália, no século XIV, e durou até o século XVII (ARIÈS, 1977; DESPELDER et al., 2014). Nesse período da história, as pessoas viam a morte como um componente natural da vida, tendo o entendimento de que todos iriam morrer em algum momento. Isso refletiu no sentido de morte como destino coletivo da humanidade e que os mortos estariam adormecidos sob a custódia da Igreja, na espera da ressurreição. Quando se começou a enfatizar o destino de cada pessoa, no singular, o cenário mudou. Em outras palavras, o coletivo foi substituído pelo individual, cada um passando a morrer a sua própria morte (ARIÈS, 1977; DESPELDER et al., 2014; MORIN, 2007).

A revolução científica dos séculos XVI e XVII incentivou o surgimento do Iluminismo, que enfatizou a razão e o intelecto, com seu auge no século XVIII. A sabedoria convencional, o saber comum foi desafiado pela ciência, que tomou o lugar de alguns saberes e crenças religiosas que não sanavam todas as dúvidas que começavam a surgir (DESPELDER et al., 2014). O homem não se via mais totalmente sob a pressão da Igreja e com medo do além, ou seja, sentia a morte chegar e queria prevenir-se com as garantias espirituais, mas iniciou sua jornada rumo a explicações mais realísticas, questionando o que era pregado pela Igreja na época (ARIÈS, 1977). Esses pensamentos e ponderações em relação à sua existência se transformaram em meados do século XVII ao século XIX, quando ocorreram transformações tecnológicas associadas à urbanização, culminando no avanço das questões sanitárias e epidemiológicas. A atitude diante da morte durante esse período enfatizava a morte do outro. Assim, se deu o nascimento da “morte bela”, em que o momento de tristeza pela morte de alguém se tornou melancolia e esperança de reencontro no paraíso (DESPELDER et al., 2014).

Ao considerar as experiências de morte e morrer nos últimos séculos, as pessoas frequentemente morriam em casa, rodeadas por seus familiares, que compunham diversas gerações – quando não por fatores externos, como violência e acidentes. Com a aproximação da morte, familiares e amigos se organizavam para se manterem vigilantes à beira do leito. Depois, banhavam e preparavam o corpo para o enterro. Nesse momento da história, a morte era vista como uma experiência doméstica e as crianças eram incluídas nas atividades que

envolviam o morto, ficando com os adultos e dormindo na mesma sala que o corpo (DESPELDER et al., 2014).

O hospital, como local para resgatar a saúde, um instrumento terapêutico, surgiu no final do século XVIII no Ocidente, concomitantemente com a mudança de paradigma que instituiu a racionalidade anatomoclínica como fundamento da medicina (FOUCAULT, 1981). Passar de uma instituição onde se vai para morrer para uma instituição onde se cuida e se aprimora a saúde exigiu muito tempo e descobertas científicas (PESSINI, 2002). Portanto, até o final do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, administrada por religiosos, muito distante da concepção de assistência ou medicina hospitalar. Era uma instituição de separação e exclusão, não do doente a ser curado, mas do pobre que estava morrendo; era um morredouro. O objetivo de quem ali trabalhava (religiosos e leigos) não era obter a cura do doente, mas alcançar sua própria salvação pela caridade (FOUCAULT, 1979).

Ao longo do século XX, as condições e reflexões sobre a morte foram transformadas. A partir da Primeira e, principalmente, da Segunda Guerra Mundial, diversas tecnologias foram desenvolvidas para uma prática médica padronizada e tecnologizada. Com isso, foi possível um prolongamento do tempo de vida e uma medicina disposta a “fazer tudo” para a manutenção da vida. Algumas das práticas, como reanimação, alimentação e respiração artificiais, contribuíram para a expansão das fronteiras da vida (MENEZES, 2004).

A partir da segunda metade do século XX, pesquisadores das ciências sociais dedicaram-se a refletir sobre a morte. Historiadores, sociólogos e antropólogos indagavam sobre os motivos do silêncio em torno da morte e do morrer nas sociedades ocidentais. Podem ser citados, por exemplo, Elizabeth Kubler-Ross (1969), Cicely Saunders (1972) e Phillipe Ariès (1982). Com eles, surgiram publicações denunciando o ocultamento da morte, inicialmente circunscritas ao meio intelectual e pouco depois divulgadas. A exclusão da morte e de quem está morrendo é citada como característica da modernidade (MENEZES, 2004), principalmente por Phillipe Ariès, que considerava a morte escamoteada, banida, excluída (ARIÉS, 2014). Eles identificaram a necessidade de realizar estudos e reflexões que evidenciassem as transformações sociais e suas repercussões no modo como a sociedade enfrentava a morte, bem como o tipo de assistência às pessoas no processo de morrer.

Esse ocultamento se devia ao quão desafiante é lidar com a morte e ao modo como a perda de alguém repercute na organização da vida em sociedade. Por mais que se busquem formas de amenizar a dor provocada pela morte, ela continua assustadora e é um dos principais medos do ser humano (PEREIRA, 2013). Por isso, é afastada por meio da sua comunicação ou,

melhor, da sua ausência no discurso. Nega-se a morte pelo silêncio, pelo tabu, construindo a morte que não se pode dizer (MELO, 2016).

Devido à necessidade de discutir a morte no mundo contemporâneo, de maneira geral, construiu-se o conceito de “boa morte”, entendida como aquela que é experienciada junto da família, no domicílio ou sob os cuidados de equipes de cuidados paliativos (MENEZES, 2004). Diferentemente, considera-se que as “más mortes” são caracterizadas por dor, solidão, angústia, falta de aceitação e de preparação. Argumenta-se que as mortes não são nem boas, nem ruins, e o reconhecimento delas como tal recai sobre entendimentos culturais compartilhados de morte e morrer constantemente rearticulados e contestados (CORDEIRO, 2017).

Por conseguinte, nos últimos anos, surgiu um novo modelo de morte, nomeado morte “pós-moderna”, “neomoderna” ou “contemporânea”. A ideia da existência de diferentes modelos de morte remete às formulações de Ariès, que estudou as concepções e associações entre a morte tradicional e a morte moderna. Os aspectos diferenciais dizem respeito ao contexto social, ao sistema de autoridade regente e às concepções do corpo, morte e luto em cada conjuntura (ARIÈS, 2003).

O avanço da ciência, a partir das últimas décadas do século XX, contribuiu para a erradicação e controle de doenças, com medicamentos de última geração, equipamentos de ponta, substituição de órgãos vitais, tratamento para doenças como câncer, por exemplo, mas ainda não se vislumbra, nem se cogita encarar a finitude. No hospital, nos casos dos pacientes fora de possibilidade terapêutica ou com prognóstico reservado, as relações dificilmente são pautadas no sujeito diante da morte, mas, sim, nas máquinas que podem, por algum tempo, deixar aquela pessoa viva. Isso demonstra que o doente representa a doença, o órgão ou o sistema corporal doente, que em pouco tempo vai deixar o leito hospitalar e dar lugar a outro (DIAS et al., 2019).

Se, por um lado, se está diante de expressões que marcam o progresso técnico-científico da medicina, que diariamente salva vidas, por outro, esse processo assombra e assusta por facilitar a obrigação de passar por um prolongado e sofrido processo de morte. Esse é o cerne da obstinação terapêutica, da medicina fútil e inútil ou simplesmente da distanásia, que pode transformar o final da existência, tornando a pessoa simples prisioneira de uma aparelhagem que, ao prolongar a vida, transforma esses momentos em verdadeira tortura de dores e sofrimentos (PESSINI, 2016). Assim, o conjunto de dispositivos que visam a controlar a vida (FOUCAULT, 1985) constrói um discurso sobre o normal e patológico e estabelece padrões de funcionamento humano.

Consequentemente, os profissionais da saúde são educados e treinados para não deixar a morte ocorrer, independentemente do que seja necessário para isso, como observa Gawande (2014, p. 178):

A visão simples é de que a medicina existe para lutar contra a morte e a doença, e essa é, sem dúvida, sua tarefa mais básica. A morte é o inimigo. No entanto, o inimigo é mais forte. Cedo ou tarde acaba vencendo, e em uma guerra que não se pode vencer, a última coisa que se quer é um general que lute até o ponto da aniquilação total.

Quanto a isso, desde a última década, percebem-se algumas modificações nas condições e conceitos sobre a morte, principalmente com a ascensão dos cuidados paliativos no Brasil e no mundo. Mesmo sendo um dos piores países para se morrer hoje<sup>2</sup>, o Brasil tem evoluído, a passos lentos, porém significativos no que concerne à morte e ao morrer, bem como aos cuidados paliativos. Por exemplo, e de forma tímida, tem se observado um movimento de fomento a espaços para discussão sobre a morte, como o Death Cafe<sup>3</sup> (MEIRA; FENSTERSEIFER, 2020), e, na sociedade, os pensamentos e atitudes diante da morte estão se modificando aos poucos (SILVA; RESENDE; ANDRADE, 2019).

Outra mudança, desta vez no hospital, refere-se à humanização e presença de um familiar ou cuidador na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ao longo do internamento (ARAÚJO; PONTE; ARAÚJO, 2019). Isso ajuda a modificar o cenário, ainda existente, da morte fria, que ocorria e ocorre no ambiente hospitalar, em que o paciente vai a óbito longe da família, de seus entes queridos, rodeado pela equipe de saúde, muitos dos quais estranhos, e repleto de aparelhos, como bombas de infusão e tubos para manutenção da vida de forma massiva. Esse cenário possibilita, em muitos locais, uma morte solitária, não trabalhada e isolada. Nesse contexto, mesmo lidando com a morte, os profissionais da enfermagem apresentam medo, angústia, sensação de fracasso e sofrimento. Essa situação pode dificultar a qualidade do cuidado ao paciente e à família em momentos de finitude e suporte durante o luto (CUNHA; SANTOS; FERREIRA et al., 2020; SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

---

<sup>2</sup> O Brasil ocupa a 42ª posição no *ranking* de qualidade de morte entre 80 países. Em relação à qualidade dos cuidados em final de vida, apresenta índices inferiores aos da Argentina e do Uruguai, conforme levantamento realizado pela Economist Intelligence Unit, empresa de consultoria integrante do grupo da revista *The Economist*, que classificou 80 países em um *ranking* de qualidade de morte (THE ECONOMIST, 2015).

<sup>3</sup> O Death Cafe é um espaço para discussão sobre o tema da morte, que funciona sem um roteiro predefinido e não tem o objetivo de ser um grupo de apoio ou de aconselhamento. É promovido em formato de eventos, com um convite para tomar café e falar sobre a morte. É um modelo de franquia social, sem fins lucrativos, que possibilita que pessoas se inscrevam para promover o evento em outras localidades em nível mundial, usando o mesmo nome, como se fossem filiais (MEIRA; FENSTERSEIFER, 2020, p. 278).

O contato de profissionais da saúde com a morte ocorre das mais variadas formas e evoca emoções e sentimentos que, quando não encontram espaço para manifestação, podem gerar diversos adoecimentos, isolamento social e enfraquecimento de vínculos (MEIRA; FENSTERSEIFER, 2020). Dessa forma, é fundamental haver maior preparo profissional durante o processo de formação, tornando-se imprescindível a introdução de disciplinas como Tanatologia, Cuidados Paliativos e Cuidados no Final de Vida nos currículos de Enfermagem (LACERDA; CAMBOIM; CAMBOIM et al., 2016; MONTEIRO; MENDES; BECK, 2020). É nítida a necessidade de preparar os profissionais da enfermagem para o enfrentamento da morte, o que geralmente não acontece, pois, ao longo da graduação, a preocupação é a educação para a prevenção, o tratamento e a cura de enfermidades, bem como o restabelecimento da saúde (SILVA; BULHÕES; CAVALCANTE et al., 2016).

Como resultado dessa conjuntura, os profissionais da saúde encontram entraves gerados tanto pelas formas de representar a morte e o morrer quanto pela falta de preparo para lidar com o tema durante a formação universitária, revelando que as falhas educacionais no desenvolvimento humano também geram insegurança e podem se estender à vida profissional (CARVALHO; MARTINS, 2015). Não basta criar rotinas ou discutir formas eficazes de organizar os serviços, se a formação de quem estará nesses serviços não é redirecionada a isso (REGO; PALÁCIOS, 2006).

No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH), desde 2003, tem orientado a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde e fomenta a autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2004). As ações de humanização têm ampliado as discussões em torno do respeito ao usuário e aos trabalhadores dos serviços e, em alguns hospitais, atuado no fomento da atenção integral no fim de vida (REGO; PALÁCIOS, 2006). Complementarmente, por meio da Portaria MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, estabeleceu-se a Política Nacional de Atenção Oncológica, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2005).

Na década de 1980, os cuidados paliativos iniciaram-se e a assistência paliativa se tornou uma área de atuação médica reconhecida em 2011 (FROSSARD, 2013). Entretanto, apenas em 2018 o Ministério da Saúde (MS) publicou a Resolução nº 41, que “dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2018, p. 1), e resolve que os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A despeito disso, são poucos os serviços que possuem estrutura pública de cuidados paliativos oncológicos que ofereça recursos humanos e estrutura física adequados à demanda existente, tanto sob o ponto de vista quantitativo quanto qualitativo (SILVA; HORTALE, 2006). Por outro lado, alguns serviços atualmente são referência no cuidado ao paciente oncológico e paliativo, como o Hospital de Amor, em Barretos, o A.C. Camargo, em São Paulo, a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), em Florianópolis, a Unidade Cuidativa e o Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI), em Pelotas.

É fundamental, portanto, o conhecimento dos conceitos essenciais dos cuidados paliativos e *hospice*, bem como dedicar esforços para implementar iniciativas e serviços centrados no cuidar nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados (SILVA; HORTALE, 2006), além de uma abordagem integral ao paciente oncológico, o que ainda não ocorre de forma efetiva no Brasil. Dessa forma, cabe o papel de discutir e promover o cuidado como forma de atenção à saúde nos meios científicos e práticos (NÓBREGA; ATAIDE; GOMES et al., 2019).

### 3.2 ATITUDES DO PACIENTE ONCOLÓGICO FRENTE A MORTE

O paciente oncológico é a pessoa que recebe o diagnóstico de câncer e, quando se depara com essa realidade, pode manifestar diversas preocupações, intensificadas pelos sinais de deterioração que surgem pelo agravamento da doença (CHENG et al., 2010). De acordo com estudos desenvolvidos com pacientes na Holanda (VOLLMER et al., 2011), Suécia (ESBENSEN et al., 2008; SARENMALM; THORÉN-JÖNSSON; GASTON-JOHANSSON, 2009), China (CHENG et al., 2010) e Estados Unidos (GONZALEZ et al., 2016), é no momento do diagnóstico que subjetivamente se sentem mais próximos da morte, devido à obscurecida incerteza sobre a vida futura. O diagnóstico de uma doença potencialmente fatal, como o câncer, em comparação com um diagnóstico benigno, leva a uma preocupação mais intensa com a morte. Corrobora isso outro estudo sueco, que relata as reações diante do diagnóstico de câncer, as quais incluíram choque, ansiedade geral, desespero, raiva, medo e tristeza. Inclusive, a palavra “tumor” foi considerada sinônimo de morte para os participantes (ADELBRATT et al., 2000).

Algumas vezes, segundo estudos dinamarquês (RYDAHL-HANSEN, 2005), norte-americano (KAHN; STEEVES, 1995) e alemão (KOEHLER et al., 2011), os pacientes, diante do diagnóstico de câncer, podem viver um caos emocional significativo, relacionado ao medo do presente e do futuro. Os dados dos estudos citados vão ao encontro de um estudo sueco

(SARENMALM; THORÉN-JÖNSSON; GASTON-JOHANSSON, 2009), que considera que esses sentimentos estão relacionados ao medo do processo de morrer, o qual, para alguns pacientes, é mais aterrorizante do que a morte em si e pode originar um sofrimento crescente e manifestar sintomas aflitivos.

Uma doença como o câncer muda a vida de pacientes e familiares, alterando suas rotinas, gerando ou acentuando sentimentos, como tristeza, medo, angústia, esperança, fé, entre outros (TOMASZEWSKI, OLIVEIRA, ARRIEIRA et al., 2017). Observou-se, nos estudos realizados com pacientes oncológicos na Suécia (THOMÉ et al., 2004; ESBENSENA et al., 2008; SARENMALM et al., 2009), Dinamarca (RYDAHL-HANSEN, 2005) e Estados Unidos (KAHN et al., 1995; GONZALEZ et al., 2016), que viver com câncer também significa ter sentimento de impotência e de perda de força, energia, vitalidade e alegria de viver, intensificado pela incapacidade de fazer o que era parte da vida normal. A consciência da doença pode evocar o sentimento de que a vida está fora de controle ou ameaçada, reforçado por uma consciência da morte como inevitável.

Essas percepções e sentimentos se intensificam quando os pacientes com câncer se sentem subjetivamente mais próximos da morte, o que provoca maior sofrimento existencial e mais sintomas físicos. Em estudo desenvolvido com pacientes com câncer hematológico, na Holanda, aqueles mais próximos da morte se apresentaram deprimidos e ansiosos. Da mesma forma, pessoas com uma preocupação mais intensa com a morte demonstraram níveis mais elevados de sofrimento psicológico (VOLLMER et al., 2011).

A partir do exposto, verifica-se que é comum que os pacientes experimentem oscilações emocionais entre a esperança de cura completa e o medo de morrer (VOLLMER et al, 2011; KOEHLER et al, 2011). Nesse sentido, o “câncer” representa um estigma negativo de morte iminente, que gera angústia e sofrimento nos pacientes, familiares e cuidadores, como informam estudos brasileiro (HANNA et al., 2011) e norte-americano (HUI et al., 2014). Esses sentimentos e reações à doença despertam a ansiedade de morte, associada a sintomas depressivos e crenças sobre o que acontecerá no futuro (GONEN et al., 2012). O câncer reflete uma ameaça, o que afeta a forma como a pessoa doente encara a própria vida e como fará para seguir a partir do diagnóstico e dos desafios impostos pela doença.

Estudos realizados no Brasil (TRINCAUS et al., 2007) e na Austrália (MCGRATH, 2004) mostram que o nervosismo, abatimento, medo e tristeza expressos pelos pacientes com a doença demonstram a preocupação com o seu agravamento e, principalmente, com a morte. Isso os leva a evitar falar sobre o morrer, revelando o peso que a palavra “morte” carrega e

como tentativa de suprimi-la do cotidiano, uma vez que afirmar a morte é a comprovação do próprio limite e da finitude da vida (HANNA et al., 2011).

Ao ter consciência de sua condição e gravidade da doença, os pacientes apresentam maior alívio de sintomas ou buscam evitá-los, como indica estudo realizado na Tailândia, em que os participantes com aceitação de seu prognóstico tinham probabilidade significativamente menor de apresentar sintomas graves de ansiedade, quando comparados àqueles que o desconheciam ou não o aceitavam (TANG et al., 2016). Além disso, pacientes com câncer podem enfrentar uma crise existencial e ter necessidades espirituais, a ser abordadas pela equipe interdisciplinar (HAMPTON et al., 2007), com apoio psicoespiritual, principalmente no momento da informação prognóstica (TANG et al., 2016)

Se, por um lado, ter câncer desperta sentimentos de medo e angústia pelo desconhecido, fracasso e decepção, por outro, para algumas pessoas, o diagnóstico revela o sentimento de oportunidade de aprendizado e ressignificação de valores, principalmente quando atrelado à fé e à religião, como fonte de apoio e consolo. Ao se deparar com a facticidade da própria morte, os pacientes com câncer avançado refletem sobre seus desejos, vontades, planos e sentem uma nova esperança pela vida (PRADO; SALES; GIRARDON-PERLINI et al., 2020). Assim, a forma como se entende e compreende a morte e o que ela significa afeta diretamente o modo como se vive (DESPELDER et al., 2014), sendo imprescindível a abordagem da equipe de saúde para minimizar aos pacientes, em qualquer estágio do adoecimento, a angústia emocional e sofrimento (VENTRES, 2014).

### 3.3 CONTEXTUALIZANDO OS ESTÁGIOS DA MORTE DE ELISABETH KUBLER-ROSS

Neste subcapítulo, são apresentados os estágios psicológicos da morte, descritos por uma das pioneiras dos estudos sobre a morte e o morrer no mundo, que foram fundamentais para a compreensão desse evento natural em termos biológicos, porém estigmatizado socialmente.

Elisabeth Kubler-Ross, uma médica psiquiatra suíça, nasceu em 8 de julho de 1926 e faleceu em 24 de agosto de 2004. Seu reconhecimento ocorreu após dar voz ao sofrimento de pessoas que se defrontavam com a proximidade da morte ou com o processo de luto. Em 1965, vivendo nos Estados Unidos, foi consultada por quatro estudantes do Seminário Teológico de Chicago que desejavam compreender como o homem lidava com as maiores crises da vida. Todos queriam estudar as reações do homem diante da morte, por compreenderem que o

confronto com a finitude seria potencialmente a maior crise da existência (ELISABETH KÜBLER-ROSS FOUNDATION, s.d.; KUBLER-ROSS, 2017).

O trabalho decorrente de seminários com pacientes e com os estudantes originou alguns livros, como *Sobre a morte e o morrer*, publicado em 1969 (KUBLER-ROSS, 1969), e produziu grande impacto na literatura médica da época, com a descrição de seu modelo de estágios do morrer (ELISABETH KÜBLER-ROSS FOUNDATION, s.d.), a saber: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (KUBLER-ROSS, 2017).

De acordo com a autora, a negação é usada por quase todos os pacientes, seja após o diagnóstico, seja ao longo da doença. Eles podem considerar a possibilidade da própria morte durante um tempo, mas a deixam de lado para lutar pela vida, funcionando a negação como um para-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, os levando a se recuperar com o tempo. Comumente, é uma defesa temporária, sendo substituída por uma aceitação parcial (KUBLER-ROSS, 2017).

Após a negação, mas não necessariamente subsequente a ela, a raiva surge quando não é mais possível se manter firme no estágio anterior, o que pode dar início a um sentimento de revolta, inveja e ressentimento. É o momento em que o paciente se pergunta: “por que eu?” e quando tudo e todos o incomodam, nada o satisfaz (KUBLER-ROSS, 2017).

Muitas vezes, depois de terem passado pela negação e pela raiva, os pacientes podem entrar em um terceiro estágio, o da barganha, que é o menos conhecido, porém extremamente útil ao paciente, por mais curto que possa ser. Se, durante a negação, não conseguem enfrentar os tristes acontecimentos e há revolta contra Deus e as pessoas, agora sentem que talvez haja benefício na negociação para conseguir o que almejam. Nesta fase, há um pensamento de possibilidade de recompensa quando se demonstra comportamento bondoso, na espera de um prêmio (KUBLER-ROSS, 2017).

Já a depressão emerge quando o paciente parece não mais negar a doença, quando apresenta novos sintomas e está mais debilitado, sendo difícil escondê-la. A revolta e a raiva dão lugar ao sentimento de perda. Por outro lado, quando não mais sentir depressão nem raiva por seu “destino”, atingirá o estágio de aceitação, que, segundo a autora, é o momento em que o paciente contempla seu fim próximo com certo grau de tranquila expectativa. Não é uma fase de felicidade, mas como se a dor tivesse esvanecido, a luta, acabado e chegou o tempo de partir (KUBLER-ROSS, 2017).

É importante salientar que não necessariamente os pacientes experimentam os cinco estágios em uma sequência lógica, tampouco todos passam por todas as fases (KUBLER-ROSS, 2017). Muitas vezes, os pacientes sequer obtêm aceitação perante sua finitude, sendo

parte do papel do profissional da saúde reconhecer e aprender com todas as facetas apresentadas por eles, além de trabalhar suas necessidades à medida que surgirem. Nesse contexto, Kubler-Ross também reforça a importância do tratamento holístico e discute sobre a assistência prestada ou relutante das equipes ao utilizar todos os recursos possíveis para aliviar os sintomas físicos e emocionais dos pacientes. Ela defende a necessidade de levar em conta a opinião deles, sem julgá-los, mas ajudando-os a fazer suas escolhas. Ademais, ressalta a importância dos cuidados com a família, para evitar o adoecimento emocional ao longo de todo o processo, do diagnóstico ao tratamento, bem como no final da vida (AFONSO; MINAYO, 2013).

Pode-se considerar Kubler-Ross como uma das pioneiras e mais importantes protagonistas dos estudos sobre a morte e o morrer no Ocidente e no mundo. Seus estudos, seminários e livros revelam quão rica é a temática da morte, com as percepções, sentimentos e reações de pacientes em fim de vida. Sem dúvida, sua proposta dos cinco estágios da morte faz refletir sobre esse processo tão singular que é o morrer, como também embasa a expansão da compreensão da morte nas demais populações estudadas, incluindo pacientes e profissionais da saúde.

## 4 METODOLOGIA

Neste capítulo, se discorre sobre o método que foi utilizado para a realização da pesquisa. Para isso, se inicia com o tipo de estudo, o cenário em que a pesquisa aconteceu, os participantes, os procedimentos para coleta e análise de dados, bem como os aspectos éticos.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo de natureza qualitativa de abordagem descritiva. Segundo Creswell (2010), os métodos qualitativos empregam diferentes concepções filosóficas, estratégias de investigação e métodos de coleta, análise e interpretação de dados. A partir disso, por lentes despidas de filtros, é possível compreender o significado que as pessoas ou grupos atribuem ao problema ou questão, pois partem de premissas individuais, modos singulares de compreensão do mundo. Para adentrar na relação que o sujeito estabelece com o fenômeno, é necessário compreender e explorar o contexto, a dimensão que esse problema ou questão humana significa para cada participante. Portanto, na pesquisa qualitativa, trata-se de formular um conhecimento acerca das propriedades que lhe são inerentes, pretendendo apresentá-las em sua essência; assim, conhecendo como as coisas “são”, tem-se a capacidade de distingui-las das outras.

A investigação qualitativa é multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para o assunto a ser desenvolvido. Isso significa que os pesquisadores estudam as coisas em seu *setting* natural, tentam dar sentido e interpretar os fenômenos em termos de significados que as pessoas trazem para eles (DENZIN et al., 1994; TURATO, 2013).

A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de uma população, grupo, fenômeno ou experiência. Além disso, geralmente o assunto pode ser conhecido e sua grande contribuição é proporcionar novas visões sobre essa realidade (COSTA; LOCKS; GIRONDI, 2016).

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital oncológico de referência do Sul do país, nas unidades de internamento adulto. O hospital foi inaugurado em 8 de dezembro de 1972 e forma a Liga Paranaense de Combate ao Câncer (LPCC), com a Rede Feminina; ambos têm como missão combater o câncer com humanismo, ciência e afeto, sem o estigma de dor e morte,

mas, sim, de esperança e cura. No início, a instituição oferecia basicamente atendimento clínico e cirúrgico; hoje, conta com as especialidades de oncologia clínica (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia), ginecologia e mama, cabeça e pescoço, pele e melanoma, gastroenterologia, torácica, neurologia, ortopedia, oncogenética, radioterapia, pediatria e cuidados paliativos, além de UTI adulta e pediátrica, centro cirúrgico, pronto atendimento, banco de sangue, centro de manipulação intravenosa, *hospice*, serviço de nutrição e dietética, entre outros (HEG, 2017). Atualmente, possui 156 leitos e 1.114 funcionários (HEG, 2019).

O hospital tem quatro alas de internamento, tendo a pesquisa sido realizada em duas para pacientes maiores de 18 anos, que somam 76 leitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cada quarto possui cinco leitos e recebe pacientes clínicos, cirúrgicos, paliativos e em final de vida. As alas também contam com quartos de isolamento (dois leitos cada), os quais foram inclusos na pesquisa e totalizam 16 dos 76 leitos disponíveis (HEG, 2019). As alas foram escolhidas por serem compostas por enfermarias, o que possibilita o testemunho da morte. Uma delas possui 34 leitos, com enfermarias de dois a cinco leitos, sendo quatro destinados a internamento para isolamento, preferencialmente por neutropenia, com dois leitos por quarto. Outra ala possui 42 leitos, com enfermarias de dois a cinco leitos, sendo seis com dois leitos por quarto destinados a isolamento por contato, profilaxia, gotículas ou aerossóis, além de servir para os casos de isolamento social.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para alcançar o objetivo proposto, os participantes do estudo foram 27 pessoas com diagnóstico de câncer internadas em um hospital oncológico filantrópico do estado do Paraná. Foram definidos critérios de inclusão e exclusão, descritos na sequência.

##### 4.3.1 Critérios de inclusão

- Ter diagnóstico de câncer de qualquer tipo histocitopatológico, em qualquer estágio da doença e em qualquer modalidade de tratamento.
- Ter idade acima de 18 anos.
- Estar internado e ter testemunhado óbito durante a atual internação.
- Ter comunicação oral preservada.
- Ter acuidade auditiva que possibilite a escuta e a comunicação oral.

#### 4.3.2 Critérios de exclusão

- Estar com rebaixamento de nível de consciência.
- Estar em desorganização emocional.

#### 4.3.3 Seleção e recrutamento dos participantes

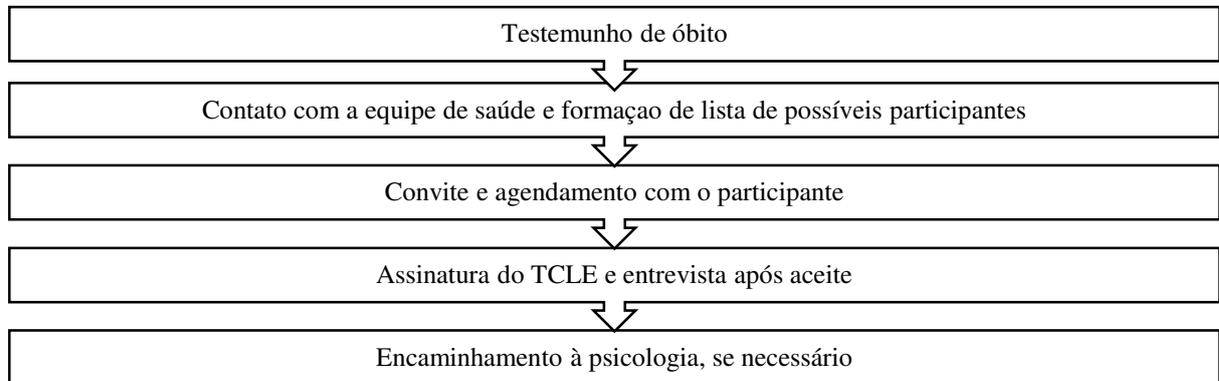
A seleção dos participantes foi de forma circunscrita e ocorreu por intermédio da relação de pacientes assistidos nas alas de internamento de clínica médica e cirúrgica, pela indicação da equipe de saúde (enfermagem, médico assistente, entre outros) e administrativa e do setor de agendamento de consultas ambulatoriais. A pesquisadora atentou para preservar o participante, sem ocasionar conflitos, sentimento de obrigatoriedade de participar ou coerção no recrutamento. Este foi realizado por convite direto ao paciente que atendeu aos critérios de inclusão definidos.

Dos 30 pacientes elegíveis, indicados pela equipe de enfermagem, médica e administrativa, 27 aceitaram participar da pesquisa e três recusaram, por não manifestar interesse. Devido à pandemia de coronavírus, neste caso, da COVID19, parou-se a coleta de dados em março de 2020. Foram respeitados no recrutamento: voluntariedade, liberdade para decidir, minimização dos possíveis riscos, vontade do participante, privacidade e sigilo.

O período de seleção e recrutamento deu-se após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição cenário do estudo, de dezembro de 2019 a março de 2020. Foi apresentada a proposta de estudo ao paciente selecionado, assim como o objetivo, o procedimento de realização da entrevista e o convite para a participação. Quando do aceite, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), lido em conjunto, e a pesquisadora se colocou à disposição para esclarecer todas as possíveis dúvidas. Foi agendado, em comum acordo com o participante, o encontro para a realização da entrevista nas dependências da instituição, em um ambiente em que houvesse privacidade ou fosse do agrado dele, que pôde permanecer durante a coleta de dados na presença do familiar ou cuidador que o assiste.

A Figura 1 traz o fluxograma do recrutamento de participantes a partir do testemunho de óbito.

**Figura 1 - Fluxograma do recrutamento de participantes**



**Fonte:** a autora, 2019.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu com pacientes internados nas unidades de internamento de clínica médica e cirúrgica, no período de dezembro de 2019 a março de 2020<sup>4</sup>. Para tanto, foram utilizados dois instrumentos, construídos pela pesquisadora, a saber: (i) ficha de identificação do participante (Apêndice B), na qual constam dados sociodemográficos (idade, sexo, cor, religião, nível escolar, naturalidade, procedência), dados familiares (cônjuge, pais – jovens que residem com os pais, renda familiar mensal), dados clínicos (histórico da doença atual, diagnóstico, fase da doença, tratamento prévio, como cirurgia, quimioterapia, radioterapia, entre outros, e tratamento atual) – foi empregado o prontuário eletrônico e, na ausência de registros, os dados foram solicitados ao participante, familiar ou enfermeiro da unidade – e terapias complementares; (ii) roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice C), com questões estruturadas e abertas, em pequeno número, objetivando suscitar percepções, pontos de vista e sentimentos em torno do tema investigado (CRESWELL, 2010).

A entrevista foi realizada na data e horário apazados com o participante, em local da Unidade de sua escolha e de acordo com suas condições físicas, podendo ocorrer junto ao leito ou em ambiente reservado, como sala reservada na unidade, área externa, entre outros. O deslocamento, caso a escolha fosse fora da unidade de internação, em outro local do hospital,

<sup>4</sup> É importante salientar que a coleta de dados se deu no decorrer da pandemia de Covid-19, que pode ter influenciado os pacientes. No entanto, tanto a pandemia quanto essa doença e assuntos correlatos não foram mencionados pelos participantes.

foi previamente autorizado pela equipe responsável pelo paciente e pesquisadora disponibilizou o número do celular, caso fosse necessário o retorno do participante à unidade antes da hora prevista para o término da entrevista. A duração dela não foi predeterminada e dependeu de cada participante. Entretanto, houve a preocupação com horários de medicação, procedimentos, visitas, entre outros, e foram observadas as condições físicas e emocionais do participante para dar prosseguimento ou não. O tempo médio delas foi de 10 minutos.

O teste-piloto ocorreu com três pacientes, após a aprovação do CEP, para testar e avaliar possíveis alterações e adequação do roteiro de entrevista, porém não houve necessidade. Os pacientes que participaram do teste-piloto compuseram a amostra do estudo, uma vez que não houve alteração do instrumento de entrevista. A fala foi audiogravada com gravador digital, com permissão prévia do participante.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Creswell (2010) para analisar qualitativamente os dados obtidos por meio da entrevista semiestruturada. Para Creswell (2010), o processo de análise dos dados envolve extrair sentido dos dados do texto e da imagem, preparar os dados para análise, conduzir diferentes análises, ir cada vez mais fundo no processo de compreender as informações, representar os dados e realizar interpretação do significado mais amplo daquilo que é apresentado e registrado. Portanto, se trata de um processo permanente envolvendo reflexão contínua sobre os dados, formulando questões analíticas e escrevendo anotações durante todo o estudo. Além disso, a análise envolve a coleta de dados aberta, a partir de questões desse tipo.

A análise de dados obedeceu às etapas da análise de conteúdo propostas por Creswell (2010) para a pesquisa qualitativa, quais sejam:

1 – Organização e preparação dos dados para análise: as entrevistas foram transcritas na íntegra, as anotações de campo foram digitadas em documento do Word e as entrevistas foram impressas para serem escaneadas opticamente.

2 – Leitura dos dados: os dados foram lidos em sua totalidade para obter uma percepção geral das informações e refletir sobre o que significavam. Ao mesmo tempo que se dava a leitura do material, foram anotadas as reflexões emergentes.

3 – Codificação dos dados: os dados foram organizados e formatados com o auxílio do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq), posteriormente processados e codificados em classes. Isso envolveu

manter os dados de texto reunidos durante a coleta de dados, segmentando as sentenças em categorias e as rotulando com um termo, no idioma do paciente.

4 – Descrição dos dados: os dados foram descritos detalhadamente, com base na codificação atribuída, e, então, criadas categorias e subcategorias, baseadas nas classes obtidas por meio do *software* Iramuteq.

5 – Representação da análise: os dados foram representados na forma das falas dos participantes e por figuras geradas pelo *software* Iramuteq. A abordagem mais utilizada foi o uso da passagem narrativa para comunicar os resultados da análise.

6 – Interpretação da análise: os significados extraídos da análise foram discutidos com resultados já existentes na literatura. Também, a partir dos resultados, a pesquisadora pôde realizar interpretações de ordem pessoal, considerando sua própria cultura, história e experiência.

A escolha pelo Iramuteq se deveu pela possibilidade de diferentes formas de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (como cálculo de *corpus*, ou seja, conjunto de textos), texto (conjunto de segmentos de texto), segmento de texto de frequência de palavras, até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análise pós-fatorial). Além disso, é um *software* gratuito e desenvolvido sob a lógica de *open source*, sendo licenciado por GNU GPL (v2), apresenta rigor estatístico, permite aos pesquisadores utilizar diferentes recursos técnicos de análise lexical e sua interface é simples (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Quanto às etapas de utilização do *software*, primeiramente, após instalação do *software* R e do programa propriamente dito, foi preparado o *corpus* textual, ou seja, as entrevistas transcritas foram organizadas e codificadas conforme o programa. Com isso, foi gerado o dendograma, que deu origem às classes e, conseqüentemente, às categorias, de acordo com os dados das entrevistas. Nesta etapa, também se obteve o valor de qui-quadrado e de p, conforme conexão e aproximação das palavras. Neste estudo, o qui-quadrado foi de no mínimo 3,4 e o  $p < 0,0001$ . Utilizou-se, também, a análise de similitude, que permite identificar a conexão das palavras, em uma figura com cores similares às do dendograma, e proceder à análise por meio da visualização dos vocábulos mais próximos e mais distantes, além de gerar uma nuvem de palavras, que objetiva selecionar os vocábulos mais presentes nas falas dos participantes, ficando em tamanho maior aquelas mais relatadas. Por meio da nuvem, emergem os vocábulos mais citados, podendo-se analisar a presença deles no discurso dos entrevistados. Entre outras possibilidades que o *software* oferece, essas três foram as empregadas para a análise dos dados, uma vez que possibilitaram melhor visualização dos vocábulos utilizados pelos participantes.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeitou a Resolução CNS nº 466/2012, a qual requer respeito devido à dignidade humana e exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, pessoas ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência a ela (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido ao CEP do hospital cenário do estudo e aprovado com CAAE 20721719.5.0000.0098, sob Parecer nº 3.711.006 (Anexo A).

Os dados das entrevistas foram arquivados em meio digital (*pen drive* e nuvem) e em cópia física em pasta de arquivo, sob a guarda da pesquisadora. Todo o material será guardado por um período de cinco anos. As informações foram e serão confidenciais, garantindo o anonimato dos participantes do estudo.

O TCLE foi elaborado pela pesquisadora (Apêndice A) e sua assinatura, conforme preconiza a Resolução CNS nº 466/2012, ocorreu após a apresentação e discussão no recrutamento dos participantes. Uma cópia do TCLE assinado ficou de posse do participante e outra foi mantida com a pesquisadora, em acatamento à resolução.

Para manter o sigilo e o anonimato da identidade, os participantes receberam um código identificador, constituído por: P (participante) + número em algarismo arábico em ordem crescente + f ou m (gênero feminino ou masculino) + letra correspondente à unidade de internação). Exemplo: P1mA. Os dados de identificação foram registrados na ficha de identificação dos participantes (Apêndice B).

## 5 RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados oriundos da coleta dos dados no cenário da pesquisa, por meio da análise dos dados referentes à caracterização dos participantes do estudo e, na sequência, dos dados processados pelo *software* Iramuteq, que os organizou em cinco classes, sendo sistematizados por representações gráficas. A partir da análise das classes organizadas, emergiram três categorias principais: (i) testemunho da morte para pacientes oncológicos hospitalizados; (ii) significado da morte para pacientes oncológicos hospitalizados; (iii) atuação da equipe de enfermagem frente à morte: perspectiva do paciente com câncer.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

No Quadro 1, apresenta-se a caracterização dos participantes, em relação ao: sexo, procedência, cor da pele, escolaridade, cuidador principal, religião, idade, filhos, estado civil e número de óbitos testemunhados. É possível perceber que a caracterização se dá por pessoas do sexo feminino, residentes em Curitiba e região metropolitana, brancos, adultos, casados, com dois a três filhos, católicos, com baixa escolaridade, que possuíam como cuidador principal o próprio cônjuge, todos tendo testemunhado óbitos de pacientes na enfermaria, enquanto internados.

**Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes**

| <b>Características</b>             | <b>Participantes</b> |                   |
|------------------------------------|----------------------|-------------------|
| <b>Sexo</b>                        |                      |                   |
| Feminino                           | 16                   |                   |
| Masculino                          | 11                   |                   |
| <b>Procedência</b>                 |                      |                   |
| Curitiba                           | 14                   |                   |
| Região metropolitana               | 13                   |                   |
| <b>Cor da pele (autorreferida)</b> |                      |                   |
| Branca                             | 21                   |                   |
| Parda                              | 4                    |                   |
| Negra                              | 2                    |                   |
| <b>Escolaridade</b>                | <b>Completo</b>      | <b>Incompleto</b> |
| Ensino fundamental                 | 5                    | 9                 |
| Ensino médio                       | 7                    | 1                 |

|                                     |    |   |
|-------------------------------------|----|---|
| Ensino técnico                      | 1  | 0 |
| Ensino superior completo/incompleto | 1  | 2 |
| Analfabeto                          | 1  |   |
| <b>Cuidador principal</b>           |    |   |
| Cônjuge                             | 9  |   |
| Realizavam autocuidado              | 5  |   |
| Cuidador formal                     | 1  |   |
| Familiares (revezavam o cuidado)    | 12 |   |
| <b>Religião</b>                     |    |   |
| Católica                            | 18 |   |
| Evangélica                          | 7  |   |
| Espírita                            | 1  |   |
| Testemunha de Jeová                 | 1  |   |
| <b>Idade</b>                        |    |   |
| Adultos (20 a 59 anos)              | 18 |   |
| Idosos (+ 60 anos)                  | 9  |   |
| <b>Filhos</b>                       |    |   |
| De 0 a 1 filho                      | 6  |   |
| De 2 a 3 filhos                     | 16 |   |
| Mais de 4 filhos                    | 5  |   |
| <b>Estado civil</b>                 |    |   |
| Casado                              | 15 |   |
| Solteiro                            | 8  |   |
| Divorciado                          | 2  |   |
| União estável                       | 1  |   |
| Viúvo                               | 1  |   |

**Fonte:** a autora, 2020.

Em relação ao número de óbitos testemunhados, 14 pacientes presenciaram de um a três óbitos e os demais, mais de três, após terem sido diagnosticados com câncer. Todos testemunharam de um a dois óbitos na internação correspondente ao momento do estudo.

Quanto às atividades ocupacionais e/ou profissionais desempenhadas, eles estavam no momento afastados pela perícia médica (n = 16) ou aposentados (n = 4), eram trabalhadores domésticos (n = 3), vendedores ou trabalhadores do comércio (n = 3), do lar (n = 3) e mestre de obras/pedreiro (n = 2).

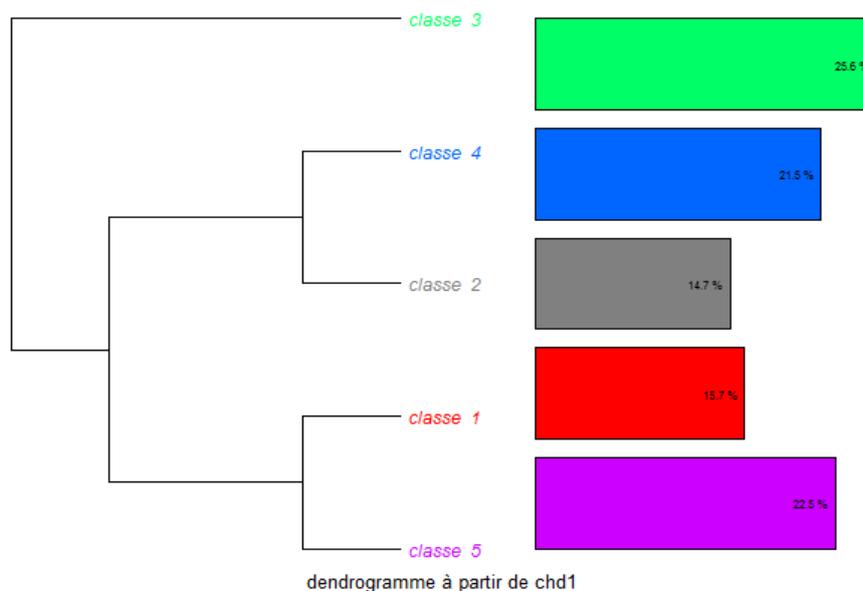
Em relação ao diagnóstico, 12 pacientes possuíam algum tipo de câncer hematológico como leucemias e linfomas e 15 apresentavam tumores sólidos, estando 10 dos entrevistados

em estadiamento IV. Os de mama e colo de útero contabilizaram maioria nas mulheres, seguidos pelos de próstata e testículo em homens. Em relação ao tipo de tratamento realizado ou em curso, 20 pacientes faziam tratamento com quimioterapia, em sua maioria IDA-FLAG (idarrubicina, fludarabina, citarabina, filgrastim), e cinco, radioterapia. Dois pacientes estavam aguardando conduta médica para iniciar tratamento. Dos pacientes, 15 haviam realizado algum tipo de procedimento cirúrgico, como biópsias de tumores sólidos, laparotomia exploradora e cirurgia de construção de estoma – colostomia. Sobre as terapias integrativas ou complementares, apenas um dos participantes relatou ter feito acupuntura, há dois anos.

## 5.2 CLASSES GERADAS PELO *SOFTWARE* IRAMUTEQ

Foram 27 textos processados pelo *software* Iramuteq, referentes às 27 entrevistas realizadas, tendo como resultado 265 segmentos de texto, com aproveitamento de 72%. A partir da classificação dos segmentos de texto de acordo com o vocabulário, obtiveram-se cinco classes relacionadas entre si, que, mediante análise, foram agrupadas em três categorias nominadas conforme o significado do seu conteúdo. Esses dados foram representados em dendograma, que identificou cinco classes (Figura 2).

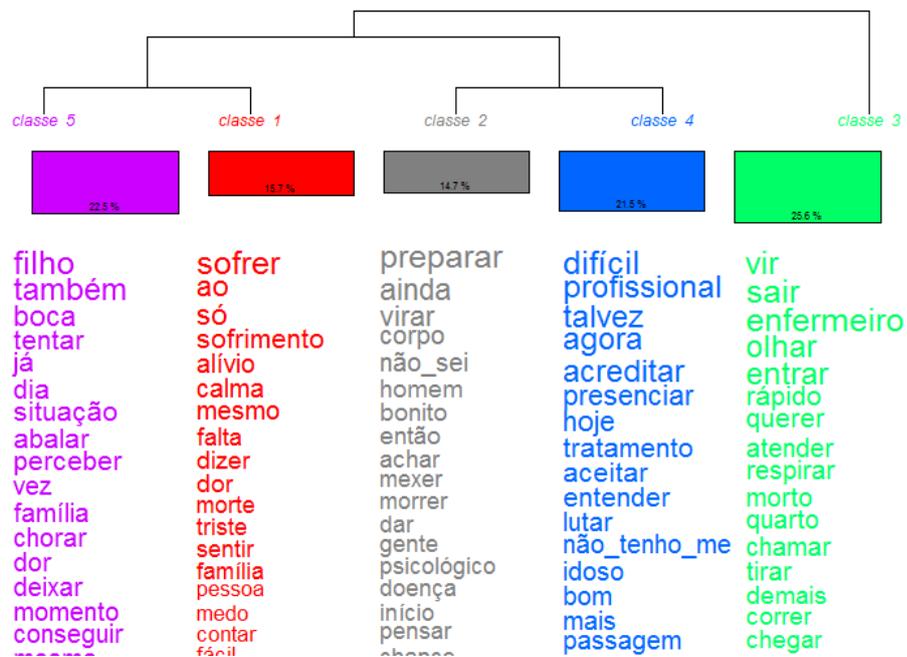
**Figura 2 – Dendograma**



**Fonte:** a autora, 2020.

As classes foram definidas pelo *software* Iramuteq, com os vocábulos presentes nos segmentos de texto; as palavras mais frequentes, com valor de qui-quadrado maior que 3,4 e  $p < 0,0001$ , estão destacadas no dendograma da Figura 3, aparecendo em ordem descendente.

**Figura 3 – Dendograma (classes e vocábulos)**



**Fonte:** a autora, 2020

Na classe 1, observam-se vocábulos que dizem respeito ao sofrimento dos pacientes em final de vida, como sofrimento/sofrer, alívio, calma, chorar e falta. Da mesma forma, na classe 5, alguns participantes relataram evitar pensar na morte que presenciaram, para não se abalar, deixando a emoção daquele momento para a família, na tentativa de se proteger dos sentimentos que vêm com a morte e de evitar pensar sobre ela. Os vocábulos que inferem isso são: abalar, perceber, família e chorar.

A classe 2 traz vocábulos que representam o pensamento de alguns participantes quanto à morte, assim como a classe 4, em que constam vocábulos ligados a significados e sentimentos trazidos pelos participantes, sendo a morte, para alguns, uma passagem que é preciso aceitar, mesmo sendo difícil de testemunhar. Alguns dos vocábulos que representam essas classes são: preparar, morrer, acreditar, passagem, aceitar e difícil.



formas: como algo normal, natural e tranquilo e como algo dolorido, chocante, manifestado e intensificado pelo desejo de deixar o quarto.

Os participantes relataram como foi testemunhar a morte durante a internação, sendo um momento difícil, complicado, ainda mais por ocorrer muitas vezes na frente ou ao lado do leito em que estavam. Trouxeram em suas falas também sentimentos despertados pelo momento. Alguns colocaram ter sido uma falta de respeito, por exemplo, presenciar a morte de outro paciente, sendo que eles estão internados justamente para lutar pela vida.

Apesar de os vocábulos relacionarem a morte a algo normal, causa dor, principalmente à família. Muitas vezes, os participantes relataram vê-la como algo ruim quando acontece com uma pessoa mais jovem, “que não estava na idade” de morrer. Além disso, transmitiram suas percepções sobre a atuação da equipe, como esta precisa ter o “psicológico” e “cabeça boa”, para se manter trabalhando e lidando com a morte. Os pacientes referiram Deus como aquele a quem pertence a vida e a morte e que dita o que acontece no universo. Relataram também o desejo de deixar/sair do quarto, por vezes manifestado pelo anseio de gritar e expor os sentimentos e emoções despertados pela morte do outro.

Observa-se que a morte é um evento triste, justamente ao presenciar a dor da família, bem como o sofrimento que por vezes vem com ela. Por outro lado, se pode inferir que, quando ocorre uma boa morte, sem dor, junto da família e estando amparado, ela é considerada mais natural. Outras palavras que sugerem como os pacientes descrevem o testemunho da morte são: triste, sofrer, dor e ruim, uma ideia do seu testemunho como um momento desagradável.

Nos depoimentos a seguir, os participantes demonstraram como o testemunho da morte do outro pode afetar suas vidas, suas percepções, muitas vezes refletindo em si mesmos.

A gente se imagina estando no lugar daquela pessoa. Eu evito ficar observando, vendo o procedimento que vai ser feito, porque aquilo fica na gente, porque a gente pensa que um dia pode ser a gente, se imagina estando no lugar daquela pessoa. [...] estar convivendo com isso vai deixando marca na gente (P1mB).

É ruim ver uma pessoa falecer na tua frente, ainda mais com o mesmo problema que o seu. Falta só que seja você. Infelizmente foi ela, mas poderia ter sido eu e é muito ruim isso (P2mB).

Fiquei pensando, a gente também está no mesmo caminho, e que a gente também vai passar por essa. Será que vai ser assim a minha morte, será que não? (P6fB).

Fico pensando que também tenho essa doença. Então isso dá mais força para mim. Ele desanimou do tratamento. Foi triste para eles, mas para mim foi um incentivo, para eu continuar firme no meu tratamento. Eu não posso desistir, porque essa doença não dá trégua (P8mA).

Fiquei com medo, pensando, será que eu vou sair daqui, será que eu vou sair bem, vou pegar alta, será que eu vou embora, será que eu vou passar por isso, será que eu vou morrer aqui? (P9mA).

Você ficar presenciando óbito te deixa muito inseguro, porque você acha assim “meu Deus, mais cedo ou mais tarde vai voltar [o câncer], vai voltar e eu não vou ter chance, porque volta mais agressivo, olha o que isso está fazendo”. Isso mexe sabe? Porque daí você fica com medo, eu fico com medo, porque eu falo: se eu voltar com essa doença ou com qualquer outro tipo de doença, eu não vou procurar um tratamento mais, quimioterápico, não vou, não quero, porque parece que ninguém aguenta. Parece que quando volta, volta para destruir (P16fB).

Percebe-se que testemunhar a morte do outro pode afetar a vida dos pacientes oncológicos, de forma positiva ou não, uma vez que o evento desperta pensamentos sobre si mesmo diante da morte. Os participantes relataram se sentir no lugar da pessoa que havia morrido, principalmente por se tratar, muitas vezes, do mesmo diagnóstico. A partir disso, começaram a refletir e pensar na própria morte, se imaginando no lugar e de que forma os familiares reagiriam à situação, além de se questionarem: “por que não eu?”. Esses pensamentos geraram medo e ansiedade ao se perceberem no mesmo caminho. Portanto, presenciar a morte do colega de quarto foi um disparador de insegurança e pensamentos tristes. Depois do testemunho, alguns participantes relataram se imaginar naquela situação e se questionar sobre seu real prognóstico, se aquela seria sua última internação, se sairiam vivos e de que forma sua morte seria.

Por outro lado, para alguns, testemunhar a morte do outro no ambiente hospitalar foi fonte de força e incentivo para lutar contra a doença e pela vida. Esse fato é interessante, uma vez que se tenta isolar a morte a todo custo, sendo que, como declarado pelo participante P8mA, ela pode ser um catalisador potencial de vida. Dessa forma, se pode inferir que, ao se deparar com a realidade e a facticidade da morte, os pacientes com câncer expressam um desejo maior de viver e se manter firmes no tratamento.

Ao contrário de P8mA, P16fB relatou perceber o testemunho da morte como algo que gera insegurança e por vezes pensou em desistir do tratamento, perdendo a esperança em uma cura ou em dias melhores.

Os participantes também expuseram seus sentimentos e as emoções despertadas a partir do testemunho da morte do colega de quarto, envolvendo desde sentimentos positivos até negativos, como segue:

Não gostei de ter visto. Me causou uma certa tristeza. Queria sair do quarto. Trocar de quarto. Não gostei de ver também eles enrolarem o corpo, me senti mal. É triste, tem um fim, não foi agradável. Eu só pensei em querer trocar de quarto, pedir para as enfermeiras verem um outro quarto para mim. [...] No momento em que ela abriu a

boca uns dois dias antes, o movimento da família dela estava me incomodando. Aquela muvuca de gente, eu sabia que ela ia a óbito, que ela ia ficar aqui (P3fB).

Foi muito ruim, foi ruim demais, ver aquela pessoa sofrendo ali e você não poder fazer nada. Sofrendo, sofrendo, sofreu, sofreu até que foi parando o coraçãozinho dela e parou de vez. Foi ruim demais. Porque a gente fica com aquela coisa na cabeça, parece que você está vendo toda hora aquela pessoa do teu lado ali sofrendo. Eu queria sair do quarto, a gente queria sair do quarto, ir para fora, não queria ficar ali. Teve uma hora que eu levantei e eu quase pedi para a enfermeira me tirar dali (P12fB).

Me doeu um pouco porque ela estava sozinha. Foi triste. Foi bem triste, porque a pessoa não estava na idade de ir, mas também já era previsto. [...] A maior parte das pessoas que eu vi falecer nesse período de internações longas, eu acho que muitas eu compreendia e não me dói, dá um sentimento estranho, porque aquela pessoa está ali, tem máquina ligada, está tudo funcionando em volta da pessoa, enfermeiro funcionando, remédio funcionando, tem que se preocupar com a cama, e a pessoa daí simplesmente parou de respirar e não existe mais, só existe aquele espaço, para uma próxima pessoa. É como se ela nunca nem tivesse estado ali. [...] Você vai num sopro. [...] A gente não consegue compreender, fica triste, fica magoado, porque você não acha justo, você olhar alguém que está ali lutando, lutando, e nada é feito, nem uma oração resolve, nenhum remédio resolve, isso mexe muito, deixa a gente muito, mas muito, muito inseguro. Acho a coisa mais triste do mundo ficar presenciando isso enquanto você está lutando pela vida, ver pessoas que saem do hospital e voltam, e morrem em seguida. [...] É muito estranho, dá medo, dá medo. A gente começa a achar que não adianta, que o fim é esse mesmo, e pronto, acabou (P16fB).

Deixo isso não interferir na minha vida, tento não sofrer com isso, tentei não ter isso, não puxar isso em mim. Eu coloquei para mim que não era para eu ligar mais para aquilo ali porque se eu ligasse, como era o primeiro dia e já tinha acontecido dois no mesmo dia, eu ia ver muitas vezes outros, mais óbitos acontecendo, então deixei que isso não me abalasse. Hoje isso acontece e eu tento não ligar muito porque é ruim, sofrer com todos os óbitos das pessoas, vai acabar fragilizando psicologicamente. Mas hoje em dia eu tento não esboçar sentimento nenhum, deixar a dor para a família. Fico na minha, respeito, mas tento não me abalar psicologicamente com isso (P2mB).

Para mim já está sendo fácil encarar isso, porque eu consigo ver isso com mais naturalidade [...] Eu era uma pessoa que tinha medo da morte, e hoje eu estou bem conformado com a morte, se acontecer comigo, eu já estou bem conformado, mas eu tinha um medo muito gigante (P13mA).

É possível perceber no relato dos participantes diversos sentimentos, emoções e atitudes, despertados pelo testemunho da morte. Algumas falas demonstram medo, mágoa, o sentimento de fragilidade e a tentativa de não sofrer. Um participante relatou se sentir tão incomodado com a morte do colega de quarto que considerou ter sido uma falta de respeito com ela, por estar lutando pela vida e presenciar a morte de alguém, fortalecendo o sentimento de reflexão no outro de sua própria condição, o que gerou desconforto.

Alguns participantes disseram se sentir impotentes diante do que estava ocorrendo, por não saber o que fazer. O sentimento de tristeza se fez presente, o que foi ainda mais predominante quando a morte ocorreu com sinais de sofrimento e desconforto, como episódios de êmese e gemidos que indicavam dor. Isso fomentou o desejo de alguns saírem do quarto ou

de que a equipe de saúde isolasse os pacientes em final de vida. É uma ideia de isolamento com o intuito de se proteger da dor ou desconforto experienciado.

Outros preferiram evitar sentir ou se deixar sentir o ocorrido, com medo de que isso os afetasse de tal forma que os levaria a pensamentos depressivos sobre a morte do outro e sua própria. Isso pode expressar uma barreira criada para não enfrentar a realidade e a facticidade da doença, que ameaça sua vida, não vendo isso como uma possibilidade, como também uma tentativa de afastar a morte e tudo que a envolve.

Nos depoimentos a seguir, é possível perceber que a forma como a morte do outro ocorre influencia na percepção que os pacientes têm e passarão a ter a seu respeito.

Ela teve uma morte bonita, porque tem gente que grita, põe a língua para fora, grita na hora de morrer. Meu marido morreu assim bem quietinho, ela também ontem eu vi, ela morreu bem quietinha. Foi uma morte bonita. Não fez gesto nenhum para morrer (P6fB).

Morreu tipo um passarinho. A primeira vez que houve um óbito, ela vomitou muita coisa preta, não sei nem como cabia tanta coisa nela. Ela lutou tanto pela vida, e foi desesperador ver aquilo. Foi bem no comecinho do meu tratamento, talvez isso me impressionou um pouco, talvez o fato dela estar vomitando e tentar pedir ajuda, foi muito ruim também. Não sei o que acontece mas eu fico com a imagem dela na cabeça (P16fB).

[...] foi um sofrimento desde a madrugada, e quando ela terminou foi muito emocionante. Ela sofreu muito e demorou para falecer (P18fA).

[...] como eu te disse que ela se foi sem dor, sem sofrimento, não teve tanto sofrimento, parou o coraçãozinho dela e ela se foi mesmo. Foi uma morte bem calma, sem dor, sem sofrimento. Acho que uma morte dela calma, sem dor, acho que é melhor, uma boa morte, porque foi uma pessoa que nem sentiu, não teve aquela agonia, nada, não se debateu, simplesmente o coração parou, então digo que foi uma morte tranquila (P25fB).

[...] Ela gritava muito, só falava que tinha uma aflição, não sei como é que ela falava, ela dizia 'não me deixa, não me deixa', e ela sempre gritando, ela falou que estava tudo pago, a luz estava paga, a água estava paga, e dali a pouco ela parou de falar e entrou em óbito (P26fB).

Foi normal porque a paciente foi em paz, bem tranquila; desde a hora que ela chegou desde a hora que ela partiu, não tive nenhum pânico, medo. Ela chegou, aconteceu o que aconteceu, faleceu, e foi tudo tranquilo, sem pânico (P27fB).

Quando a morte do outro foi descrita como bonita, tranquila e serena, os pacientes a perceberam como positivo. Uma morte bonita ou boa morte pode levá-los a ter uma melhor percepção sobre a morte do outro e por vezes sobre sua própria, não mais a vendo como algo trágico, mas como algo que pertence à vida, natural. Ainda, fomenta pensamentos que os ajudam a ressignificar a vida que levaram e querem levar a partir daquela experiência, o que faz refletir sobre a importância do cuidado de final de vida, proporcionando boas mortes não

somente para o paciente que está nesse estágio e para sua família, mas também para os pacientes que estão presentes e são testemunhas da morte de companheiros de quarto ao longo dos tão frequentes internamentos que o câncer exige.

Alguns participantes declararam já estar acostumados com a morte de outros pacientes, sendo algo habitual e até mesmo normal. Para alguns, ficou mais fácil ao longo do tempo, mas para outros ainda é algo difícil de testemunhar.

Eu já passei por isso mais de uma vez, já se tornou habitual. Todas as vezes que eu venho para cá, acabo passando por essa situação (P2mB).

Foi normal, já estava esperando, ele já estava se batendo, suspirando meio pouco, já estava difícil para ele (P7mA).

Para mim foi normal porque eu já vejo isso há dez anos, faz dez anos que eu estou em tratamento, que eu fico aqui, que morrem pessoas do meu lado. Para mim é normal, todo mundo morre um dia. Foi normal, cada vez mais (P10mA).

[...] Eu fiquei tranquilo, porque estava cheio de gente, um monte de profissional e não conseguiram resolver, e são pessoas que entendiam e não teve o que fazer, fiquei tranquilo [...] (P20mA).

Para alguns, a morte surge como algo natural, tendo sido normalizado a partir das diversas mortes já presenciadas ou pelo pensamento de que nada mais pode ser feito, implicando uma ideia de que a morte é sofrida e é assim mesmo que tende a ser. Isso faz pensar em certa normalização, não da morte em si, mas do sofrimento que pode vir com ela, o que é fomentado pelas falas dos depoentes, que a retratam como algo melhor que o sofrimento, na perspectiva de que é algo normal, porque o paciente já estava sofrendo.

#### 5.4 CLASSES 2 E 4: SIGNIFICADO DA MORTE PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

Nas classes 2 e 4, as falas dos participantes foram ordenadas a partir dos vocábulos: preparar, acreditar, difícil e profissional, que foram os mais frequentes, com valores elevados de qui-quadrado e  $p < 0,0001$ . Os resultados expressam que o significado da morte se caracteriza como uma passagem, uma mudança de vida, mas também como um evento difícil, triste, que todos terão de passar, porém ainda se evita pensar sobre.

Nos depoimentos, se observa a morte como um sono profundo, mudança de uma vida para outra vida, uma passagem, um recomeço.

A morte para mim é como um sono profundo. [...] Quando você apaga, que você dorme, você está dormindo e você não sabe o que está se passando, a morte é a mesma coisa, que nem um sono. Só de uma passagem para outra. Eu sou muito católico, eu acredito que existe o outro lado da vida. (P13mA)

Eu acho que é só uma passagem, porque na minha religião, na minha cabeça, a gente tem uma vida eterna, a gente não é só isso aqui, e a gente aprende que é uma passagem. Você mede seus atos, você é julgado pelos seus atos, pela sua vida, e vai passar a vida na eternidade, no bem ou no mal. (P16fB)

Eu acho que é um recomeço, porque todo mundo vai morrer, e eu aceito a morte assim como uma coisa natural. Eu acho que a hora que chegar, no momento da pessoa, chegou aquele momento a pessoa tem que ir. Claro que a medicina faz de tudo, se consegue muitas coisas, mas geralmente a pessoa vai e eu aceito com bastante naturalidade a morte. (P17fB)

A morte para mim é o mesmo que uma mudança de vida. É uma coisa que a gente não quer para ninguém e acontece dentro da família, e a gente tem que se conformar, não tem o que fazer. É difícil. (P20mA)

Para mim é uma passagem, para quem acredita como eu acredito, que tem muito mais além daqui, então é uma coisa mais tranquila, que eu sei que não é só aqui, esse não é o fim. (P22fA)

A morte para mim é uma passagem para algo melhor, eu espero em Deus, porque eu já fiz muita coisa errada, não estou fazendo mais, e espero que seja uma passagem boa. (P21mA)

Os participantes relataram diversas percepções sobre o significado da morte no ambiente hospitalar, a definindo como “uma mudança de vida”, que geralmente não se deseja, mas que ocorre sem ter o que fazer, o que retrata certa frustração diante da sua inevitabilidade. É uma aceitação discreta, sincera, de alguém que já viveu a morte de familiares e entende que não se pode evitá-la, como relatado pelo participante P20mA. Além disso, considerando a religiosidade e crenças em algo maior, a morte surge como uma passagem para outra vida ou uma vida eterna ou até mesmo um momento de penitência, de julgamento de atos realizados na Terra.

Os participantes também declararam percebê-la como algo que vem para aliviar o sofrimento dos pacientes em final de vida, por vezes a retratando como algo positivo, como segue:

No meu caso, se eu estivesse sofrendo muito, com dor, eu ia preferir morrer, se tivesse chance. Ficar sofrendo aqui, para quê? Mesmo se eu tivesse alta e ficasse em casa numa cama sofrendo, dizendo que não vai ter cura, eu preferiria morrer de uma vez. Eu sei que minha família vai sofrer, minha esposa, minhas filhas, mãe, pai, mas eu penso assim. (P4mB)

A pessoa que fica em cima de uma cama, dependendo da família para tudo, é melhor a morte do que o sofrimento. Assim não sente dor, não sente nada. É um alívio para pessoa, alívio para a família, alívio para a pessoa que está sofrendo ali, sabe? (P14fA)

A morte deve ser a melhor coisa que existe na vida. Eu penso assim. A morte vai ser o livramento disso aqui, [...] que é o que dói, o que adocece. [...] Eu imagino que seja tirar esse peso todo e finalmente ficar livre, ficar solto. (P15fB)

Você sabe que aquela pessoa está sofrendo, a pessoa não tem mais o que fazer por ela, até fiz uma oração pedindo a Deus que fizesse o melhor por ela, que a encaminhasse, porque eu acho que não teria mais o que fazer (P17fB).

Ver ele falecer, pela idade dele e tudo, a gente ficou com muito dó dele, só que a gente sentiu, pela doença e estado dele, como ele estava, que ele descansou. Não estava conseguindo se alimentar; no início quando ele chegou ele ainda se alimentava, colocavam alimento na boca dele e ele estava engolindo, e depois disso ele começava a gemer bastante, e sentir dores, muitas dores, e depois já não conseguia engolir mais, e aí nem falar, e só gemia, daí que eu percebi que ele já não ia durar muito tempo, ele logo ia descansar (P24mA).

Alguns disseram perceber a morte como algo melhor que o sofrimento, a considerando um alívio tanto para o paciente quanto para a família. Isso os levou a uma compreensão de sentido ruim sobre o evento, caracterizando-o como algo pesado, triste e difícil.

Os participantes trouxeram relatos sobre a religiosidade e espiritualidade, bem como sua importância ao longo do tratamento e conforto em relação ao significado da morte.

Eu não tenho nem um pouquinho de medo da morte. Eu sou testemunha de Jeová, eu acredito piamente na bíblia, e acredito na vida eterna. [...] Eu vou lutar contra a minha doença até as últimas consequências, que é isso que Deus quer que a gente faça; que acredite no profissional, que procure o médico, que faça o que eles querem. Eu preciso fazer a minha parte e Ele [Deus] fazer a minha. (P8mA)

Eu acho que um dia todo mundo vai, porque isso já está escrito, sei que Deus que dita, então Ele é o dono da morte, da vida e da morte; Ele determina a hora que você vai. [...] Então cada um tem que compreender as coisas de Deus porque é tudo de Deus, nada, nada é por acaso. Não sou eu que comando, é Ele que comanda a nossa vida, Ele que coordena tudo, Ele que comanda tudo, e a morte também, então é só Ele que pode nos levar daqui para lá. (P25fB)

Eu sou uma pessoa que acredita muito em Deus, eu creio que é o melhor lugar depois daqui. Eu acredito no céu e acredito no outro lado que é o inferno; ou vai para o céu ou vai para o inferno. Eu creio que eu vou para o céu, para um lugar bem melhor. [...] Eu penso assim e sempre digo que eu não tenho medo de morrer. Se eu morrer, amém, vou com Deus. (P4mB)

A morte para mim é uma passagem para algo melhor, eu espero em Deus, porque eu já fiz muita coisa errada, não estou fazendo mais, e espero que seja uma passagem boa. (P21mA)

Os participantes, quando perguntados sobre o que pensavam sobre a morte, referiram Deus em suas falas, como alguém que possui controle sobre suas vidas, que dita o que está por vir, mesmo que seja a morte. Foi possível perceber isso na fala de P25fB, que disse que “Deus é dono da vida e da morte”, demonstrando sua fé e crença.

Nas falas seguintes, os participantes relataram ter medo da morte e evitar pensar sobre isso, sentindo dificuldade de expressar seus sentimentos ou pensamentos em relação à finitude.

Acho que é o fim de tudo, ou início, não sei. Mas acho que é o fim de uma vida terrena, sei lá. Não consigo saber como descrever. Nunca passei por isso. (P2mB)

Eu não penso sobre a morte. Morrer a gente luta para não morrer. É difícil, mas se tiver que acontecer, temos que aceitar, vamos fazer o quê? Não quero e nem penso em morrer. (P7mA)

Não sei. Não sei dizer. Nunca pensei. Tenho medo. Eu tenho medo da morte, eu acho que eu estou muito jovem ainda. Não sei falar. Não sei dizer direito. Sensação estranha. Acho que é o fim. (P9mA)

Sobre a morte é difícil falar. A morte, a morte, eu não sei. Não vou saber te responder. Não penso, e não tenho medo também. (P10mA)

Como é possível perceber, alguns informaram não pensar sobre a morte, lutar para que não ocorra, referindo sentir medo e estar jovens para morrer. Relataram não querer morrer, querer viver mais e, mesmo sabendo da facticidade da morte, pensar sempre no melhor, neste caso, na vida. Esses depoimentos são compreensíveis ao se verificar que 15 dos participantes eram casados e tinham de dois a três filhos, o que pode estar conectado à ideia de vê-los crescer ou de aproveitar a vida ao lado das pessoas queridas.

Quanto aos dados clínicos, muitos pacientes estavam em estadiamento IV e haviam passado por mais de uma linha de quimioterapia ou tipo de cirurgia. Como descrito nos critérios de exclusão, eles não estavam sob acompanhamento de uma equipe de cuidados paliativos no momento, nem tinham trabalhado a temática da morte, o que pode explicar – ou quem sabe justificar – as entrevistas mais curtas e a presença de falas como “não sei”, “não penso sobre”, “penso sempre no melhor”, como também inferir uma ideia de negação perante a facticidade da morte.

Alguns pacientes optaram por criar barreiras que os impedissem de sentir algo em relação ao que estavam vendo e percebendo. Parece ser uma forma de evitar sentir o inevitável, de evitar pensar e refletir sobre aquilo que pode muitas vezes causar dor, de uma tentativa de afastar a própria morte. Segundo eles, preferiram evitar sentir ou se deixar sentir o ocorrido, com medo de que isso os afetasse de tal forma que os levaria a pensamentos depressivos sobre a morte do outro e de si mesmo. Isso pode expressar uma barreira construída para não enfrentar a realidade e a facticidade da doença que possui, que pode ameaçar sua vida, não vendo isso como possibilidade. É uma tentativa de afastar a morte e tudo que a envolve. Isso reforça a necessidade e a importância, como profissionais da saúde, de discutir e conversar, dialogar com

os pacientes acerca da morte, dar espaço e abertura para ouvir suas dificuldades, sentimentos e emoções diante de um processo de adoecimento que pode ser penoso, dolorido e angustiante.

### 5.5 CLASSE 3: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À MORTE: PERSPECTIVA DO PACIENTE COM CÂNCER

Na classe 3, as falas dos participantes destacaram algumas palavras, como: sair, enfermeiro, olhar, rápido e entrar, que foram as mais frequentes, com qui-quadrado de 3,4 e  $p < 0,0001$ . Elas retratam que geralmente o atendimento após a morte do paciente foi rápido e a equipe tentou evitar a exposição do preparo do corpo de alguma forma, colocando biombos, o que foi referido como “fechar” ou “fecharam o local”.

Certas vezes, os pacientes conseguiram ver alguns dos procedimentos sendo realizados, como a mobilização de mãos e pés, a cobertura do corpo com lençol e o uso da maca de alumínio para transporte, o que para alguns foi fonte de desconforto. Outros evitaram olhar para a situação do cuidado pós-morte no ambiente, como forma de se proteger ou para ser discretos e respeitar a família.

De modo geral, os entrevistados relataram o atendimento da equipe de enfermagem como rápido, discreto e profissional.

As meninas agiram bem, são bem profissionais, agiram friamente, isso é profissionalismo, elas agiram bem, como profissionais. Para mim foi bem profissional (P3fB).

Foram muito prestativos, muito rápidos, chegaram rápido, diagnosticaram que realmente o homem estava morto, não foi uma pessoa só, várias pessoas foram olhar, todos foram carinhosos com a mulher dele. Limparam, não sei se levaram para lavar, com muito carinho, muito cuidado, foi bem prestativa a equipe. Não podia sair, mas pediram para as mulheres sair porque fizeram uma limpeza no corpo. Ficaram somente os homens. Acho que a alguns deles que ela se direcionou, dizendo que foi tudo bem. Nos acalmou. Isso foi bom. Teve uma pessoa da equipe que falou que isso acontece, inevitavelmente, porque não tem outro jeito (P8mA).

Colocaram aquele biombo, para não olharmos, para virar para o lado e dormir. Pedem para os acompanhantes saírem do quarto, fazem aquele processo, limpam a pessoa, trocam, e ficamos não sei dizer como. Fica estranho. Fica um clima pesado, ruim. Até liberar o corpo fica esquisito. Acho que é feito tudo o que é preciso; trocam, não sei se dão banho, e fecham. Acho que é normal. Não se vê o processo, muitas das vezes (P17fB).

Foram muito ágeis. As enfermeiras vieram ligeiro, as auxiliares chamaram o médico, ele veio rapidinho, já colocaram o biombo, para não olharmos, as outras pessoas saíram do quarto e o médico constatou o óbito dela. Procurei não ficar olhando, deixei a equipe fazer o trabalho dela. Isso foi por indiscrição, para não ser indiscreta com as pessoas; deixar eles no momento deles, mas não por medo, nem por qualquer coisa (P17fB).

Eles foram discretos, isso já é parte deles. É que machuca um pouco, mexe com o psicológico da pessoa. Por exemplo, você está aqui, você escolheu este trabalho, aqui você vai ver gente bonita, gente feia, vai ter o cara que te trata bem, vai ter o cara que está mal-humorado, vai descontar em você, mas tudo faz parte do dia a dia. É triste para nós. Apesar que eles pediram para todo mundo sair do quarto, só os pacientes ficaram, mas estava todo mundo bem. Ninguém passou mal. Acredito que se alguém tivesse passado mal eles atenderiam (P21mA).

Estávamos sozinhas, e foi tudo muito rápido, ela já se foi e já chegaram as enfermeiras para ver ela e foi isso. A equipe foi muito, muito tranquila, atendeu muito bem a filha que estava com ela, e foi tudo bem tranquilo (P22fA).

Vieram correndo atender ela, vieram rápido, uma para atender a moça, outra para atender a que tinha partido, foi tudo rápido, não deixaram um minuto de atender tanto a moça como a falecida, foi um atendimento bom. Eles só colocaram um biombo na frente, para as pessoas não ficarem chocadas, eu acho (P25fB).

Se o hospital sabe que a pessoa vai a óbito que eles deixem um quarto separado [...] Não foi agradável. Isso talvez seja uma falta de respeito com quem está assim como eu. É uma falta de respeito, sabendo que ela iria a óbito e eu estaria presente aqui (P3fB).

Ela parou de respirar, já vem, já desligam, já tiram tudo e você fica com aquela sensação de vazio, que realmente a vida é um sopro (P16fB).

É interessante a fala de P3fB, quando diz que a equipe foi profissional, agiu com profissionalismo, porque agiu, de certa forma, friamente. Isso remete à reflexão de que ainda se tem o pensamento e senso popular de que o profissional da saúde precisa ser frio ou não demonstrar emoções, o que foge muitas vezes do humanismo e afeto necessários para uma boa assistência e criação de vínculo com o paciente e sua família. Sem isso, esses profissionais são apenas máquinas de atuação, agindo e tratando de um corpo, não de uma pessoa com as mais diversas facetas e vivências, em sua integralidade.

Nas falas a seguir, os participantes relataram sobre o apoio recebido ou ignorado da equipe de enfermagem e de saúde no momento em que ocorreram os óbitos, no caso, direcionado a eles:

Sobre os outros pacientes que estavam presentes, não importava se veriam ou estavam sabendo o que acontecia. A única preocupação no momento foi tentar socorrer o paciente e fechar o local para que ninguém pudesse ver. Na verdade, ficaram focados nele, e limparam o quarto e mais nada, como algo normal (P1mB).

No momento eu não tive apoio. As primeiras vezes foram bem ruins, o psicológico pega, abala um pouco, mas não tive apoio no momento. Na verdade, eu vi bastante apoio aos familiares, mas quem estava em volta, acho que não. A atenção foi voltada para a família e para o paciente, para os demais que estavam no quarto não, não teve nada, um apoio, nada. Foi direcionado aos familiares do paciente que veio a óbito (P2mB).

Eles estavam dando assistência, tudo para ela. Para nós ninguém deu assistência. Eu achei que são de coragem, até para tirar a paciente e tudo (P18fA).

Eles se preocupavam com nós também, se preocupavam com como estaríamos naquele momento, mas estava tudo bem. Estava tudo bem. Foi tranquilo, foi tranquilo mesmo (P27fB).

A equipe foi maravilhosa, atuou, veio, abraçaram, pediram licença para cobrir o corpo. É um processo bem delicado. Acho que o processo mais triste é quando você pega o corpo, enrola em um pano, coloca naquela maca de alumínio. Aquilo é o que mais choca, porque foi embora. O processo mais difícil é você ter que levar para outro lugar. Isso é o mais triste de todos. A hora que morre, morreu e não tem o que fazer, mas esse processo de cobrir o corpo, fechar, tem que se segurar, as emoções são muito fortes. A equipe, é como eu falo, tem que ter dom para trabalhar nesse ramo porque, não que seja frio, mas não pode ser emotivo nessa hora. Deram toda a assistência, limpam ele, cobriram, eu acho que tem que ter um bom psicológico, porque imagina, todo dia você vê gente morrer, eu acho que nasceu para esse dom. Não é fácil. Nós vemos de vez em quando, quem trabalha todo dia tem que ter um psicológico, e acho que tem um psicológico bom, porque todos os enfermeiros sempre dão risadas, sempre alegres, sempre nos cuidando, dando carinho, então, acho que eles são muito bem preparados (P13mA).

Eu vi que eles ajudaram os familiares. A enfermeira os abraçou, deu uma palavra, vi que conversou, abraçou, explicou, logo tiraram do quarto, isolaram, tiraram a roupa e foi coisa rápida. Eles não têm sentimento, não. Eles chegam, explicam por que faleceu, mas é o trabalho de vocês. Eles trataram muito bem os familiares, tiraram, e morreu ali, vai fazer o que com a pessoa? Não vai ficar chorando junto com a pessoa. Ficamos com dó, mas não é o mesmo sentimento. Tem que fazer o trabalho, tem que concertar, arrumar, e prosseguir a vida, porque vocês veem isso direto. Quando tem uma amizade, porque vocês fazem amizade com o paciente, talvez vocês sintam um pouco mais. Mas a equipe é profissional. Muito bom, não tenho do que reclamar (P4mB).

Tentam amenizar, isolam, olham para nós para ver como estamos, tentam confortar, vem uma pessoa para conversar, um psicólogo em seguida, mas não adianta, é muita coisa (P16fB).

Eu me senti normal, na verdade, porque todo o atendimento médico, fizeram o que puderam (P20mA).

A partir dessas falas, se observa que, para alguns pacientes, o mais difícil foi lidar com o preparo do corpo no ambiente em que estavam, bem como a imaginação daquilo que poderia estar ocorrendo por trás dos biombos. A curiosidade sobre a morte se fez presente, por mais medo, estranheza e ansiedade que possa gerar em quem a presencia. Além disso, os profissionais da saúde tentaram focar e priorizar a assistência e cuidado do paciente em óbito, isolando o local, e de alguma forma confortar os familiares. Em relação aos demais pacientes presentes e que testemunharam a morte, isso não ocorreu, de modo que houve relato de não terem recebido apoio emocional no momento, o que tornou o evento ainda mais difícil. Isso pode disparar a reflexão de que a equipe de enfermagem e de saúde tem certa dificuldade de trabalhar competências e falar sobre a morte quando ela ocorre, deixando os pacientes desamparados e com pendências emocionais, que podem precisar ser trabalhadas posteriormente.

Um participante informou ter recebido apoio emocional após o testemunho da morte. Neste caso, acabou se abalando com a sucessão de óbitos que ocorreram ao longo do internamento e a equipe solicitou o suporte da psicologia. Assim, apenas um paciente dos 27 entrevistados foi encaminhado ao serviço de psicologia, apesar de muitos deles terem manifestado sentimentos e emoções que necessitam ser trabalhados, a fim de que tenham um melhor enfrentamento diante do adoecimento e ameaça à vida.

É importante ressaltar que, no hospital onde foi realizado este estudo, o serviço de psicologia é bastante acessível, porém se percebe pouca solicitação de apoio psicológico pela equipe da unidade, visto que muitas vezes é necessária uma avaliação integral do paciente por estar fragilizado. Isso prejudica um cuidado holístico frente a todos os processos e vivências que os pacientes enfrentam ao longo dessa tão sinuosa jornada que é o câncer.

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo corroboram a ideia da morte como tabu na sociedade ocidental, o que se deve às construções sociais nos últimos séculos. Como trazido anteriormente, a morte na Idade Média era algo que pertencia ao coletivo e a religião e crença das pessoas ditavam aquilo que aconteceria após ela. De forma sucinta, nos dias atuais, a morte mantém uma característica pesada, que possui cunho negativo. Essa ideia se faz ainda mais forte quando as pessoas são acometidas por doenças como o câncer, por exemplo, enfermidade muitas vezes grave e que pode limitar a existência de muitas pessoas em todo o mundo, anualmente (PRADO, SALES, GIRARDON-PERLINI et al., 2020; WHO, 2018; ARIÈS, 1977).

Ao longo do internamento, os participantes deste estudo testemunharam algumas mortes. Aqueles que presenciaram mais de três eventos aparentavam ter uma visão mais natural sobre o fim da vida, o percebendo como uma passagem, um ciclo, relatando muitas vezes se sentir acostumados com a situação e a atuação da equipe no momento da morte de algum paciente. Com isso, questiona-se se o que ocorre é uma normalização ou naturalização da morte do outro ou uma maior consciência da própria mortalidade.

Mesmo considerando uma população diferente, em um estudo brasileiro realizado com profissionais da enfermagem sobre a percepção do ritual da morte, eles relataram tristeza e impotência durante o preparo do corpo, associadas ao vínculo criado com o paciente e família e ao tempo de experiência profissional. Dependendo de quão forte ou significativo fosse o vínculo, mais abalados se sentiam. Essa reação era mais frequente em profissionais que tinham menos de cinco anos de experiência profissional e haviam preparado menos corpos pós-morte (RIBEIRO, BARALDI; SILVA; 1998). Por outro lado, em um estudo turco, para os profissionais da saúde, o medo da morte diminuiu com sua experiência e dos sucessivos rituais de preparo do corpo após óbito (BAYKAN; ARSLANTURK; DURUKAN, 2020). De forma semelhante, neste estudo, os pacientes que testemunharam menos mortes no ambiente hospitalar apresentaram mais sintomas emocionais estressores, como tristeza, impotência, medo e ansiedade.

Por sua vez, no estudo de Payne et al. (1996), os pacientes internados em um *hospice* que presenciaram a morte de outros pacientes apresentaram menores índices de depressão e ansiedade quando comparados àqueles que não testemunharam o óbito. Entretanto, esses pacientes, fora de possibilidade terapêutica, já estavam em acompanhamento em uma unidade de saúde que os preparava para isso, trabalhando assuntos que envolviam a morte e o morrer.

Ainda, é importante ressaltar que, no estudo citado, provavelmente, a morte testemunhada foi considerada boa, tendo em vista que estavam em um serviço de saúde que geralmente contém os recursos humanos e materiais para isso.

Diferentemente, neste estudo, os participantes estavam em tratamento e assistidos nos serviços de onco-hematologia e oncologia clínica, e não em cuidados em final de vida ou cuidados paliativos; portanto, se pode perceber que, pelos resultados, eles manifestaram diversos sentimentos, emoções, sensações importantes que precisam ser ressaltados. Poucos relataram presenciar a morte como algo natural ou normal, sendo muitos destes já haviam testemunhado a morte de outros pacientes mais de três vezes, o que faz pensar que, em alguns momentos, a exposição contínua a mortes no ambiente hospitalar pode levar a certa “normalização”. No entanto, junto de palavras como “normal” e “natural”, os participantes narraram que o paciente estava sofrendo muito e, por isso, a morte foi algo positivo, que veio para aliviar o sofrimento, fazendo refletir sobre a “normalização” não da morte em si, mas da cessação do sofrimento que pode vir com ela. Aparentemente, o fato de presenciar a morte corriqueiramente pode contribuir com uma ideia ruim sobre ela, quando não é bem trabalhada e ocorre de forma dolorida, em que o paciente em finitude não tem seus sintomas completamente controlados.

Nesse ínterim, é preciso refletir sobre a importância dos cuidados paliativos, da equipe interdisciplinar e da necessidade de treinar a equipe de saúde para a filosofia da boa morte, para saber detectar o sofrimento, o que é esperado, sinais de desconforto e em que momento agir. As mortes testemunhadas pelos participantes do estudo foram narradas como eventos que ocorreram com o paciente em sofrimento, não tendo havido, provavelmente, a identificação correta de sinais e sintomas que indicassem a finitude ou sinais de desconforto que necessitavam de auxílio e alívio. Isso levou ao testemunho de mortes, por vezes, difíceis, alterando a percepção dos pacientes que as presenciaram.

Fazendo uma correlação com os estágios de Kubler-Ross (2018), pode-se pensar que alguns pacientes, ao assistir ao óbito, manifestaram a fase da raiva, em que tudo e todos os incomodam. Como informado em um estudo tailandês (TANG, CHEN, CHOU et al., 2016), sentimentos e emoções como esses, principalmente a ansiedade, podem ser desencadeados e reforçados, especialmente quando os pacientes desconhecem ou sabem de seu prognóstico, mas têm dificuldade de aceitá-lo. No hospital, nos casos dos pacientes fora de possibilidade terapêutica ou com prognóstico reservado, as relações podem não ser pautadas no sujeito diante da morte e, sim, nas máquinas que podem, por algum tempo, deixar aquela pessoa viva. Isso

pode demonstrar que o doente representa a doença, o órgão ou o sistema corporal doente, que em pouco tempo vai deixar o leito hospitalar e dar lugar a outro (DIAS, OLIVEIRA, 2019).

De forma contrária, quando os pacientes testemunharam boas mortes, ou seja, as que tiveram manejo adequado de sintomas – como alguns colocaram: “morreu como um passarinho” –, o evento não foi tão extenuante. Em outras palavras, a partir do momento em que a morte ocorre não mais com dor, com sofrimento e com sintomas não controlados, mas de forma digna, os pacientes oncológicos podem reformular pensamentos e reflexões em torno do processo que se sucede frequentemente, que são o agravamento da doença e a consequente finitude (KASTBOM, MILBERG, KARLSSON, 2017; KRIKORIAN, MALDONADO, PASTRANA, 2020).

De acordo com alguns estudos, pacientes com câncer veem a morte como um processo, que é bom quando resultado de um preparo e de uma morte confortável, rápida, independente e com sofrimento minimizado, bem como quando mantém as relações sociais intactas (KASTBOM, MILBERG, KARLSSON, 2017; KRIKORIAN, MALDONADO, PASTRANA, 2020), o que nem sempre ocorre. Como Kubler-Ross expõe,

muito ajudaria se as pessoas conversassem sobre a morte e o morrer, como parte intrínseca da vida, do mesmo modo como não temem falar quando alguém espera um bebê. Se agissem assim, com mais frequência, não precisaríamos nos perguntar se devemos tocar nestes problemas com o paciente, ou se deveríamos esperar pela última internação (KUBLER-ROSS, 2017, p. 146).

Quanto aos significados da morte, ela ainda é afastada por meio da comunicação, pela sua ausência no discurso. Nega-se a morte pelo silêncio, pelo tabu, construindo a morte que não se pode dizer, ainda mais porque culturalmente ela surge ligada, por um lado, à ideia de desconhecido e de oculto e, por outro, ao conceito de fim (MELO, 2016).

Diante do medo do desconhecido que a morte pode desencadear, os participantes trouxeram Deus em suas falas, como alguém que possui controle sobre suas vidas, dita o que está por vir e oferece segurança. Junto a isso, em alguns momentos foi possível notar certa barganha, com os pacientes expressando ter de realizar a sua parte para que Deus faça a dele, como uma negociação. Consoante Kubler-Ross, nessa fase, existem uma finalidade e uma recompensa futura no sofrimento (KUBLER-ROSS, 2017). Muitas vezes, os pacientes com câncer não sabem lidar com a morte, tampouco a aceitar, recorrendo à religião em busca de conforto espiritual (FONTE; ANDRADE, 2017), principalmente porque a espiritualidade se correlaciona positivamente com a qualidade de vida e pode levar a uma melhor aceitação da doença, trazendo benefícios a eles (OLIVEIRA; QUELUZ, 2016). Quando trabalhada, a

dimensão espiritual pode conferir consolo, apoio e força psicológica àqueles com doenças que ameaçam a vida (BENITES; NEME; SANTOS, 2017).

Como todos são inconscientemente imortais, é quase inconcebível reconhecer que se terá de enfrentar a morte (KUBLER-ROSS, 2017). Então, se coloca sob responsabilidade de Deus o que acontece e deixa de acontecer (SORATTO; SILVA; ZUGNO et al., 2016), o que pode ser uma forma de não enfrentar algo que pertence a cada um. Assim, Deus aparece como principal fonte das expectativas de cura. No entanto, o apego dos pacientes a Ele aponta certa contradição: ao mesmo tempo que se esforçam, segundo seus depoimentos, para deixar claro que a fé lhes traz tranquilidade diante da doença, apegam-se a uma cura que só pode vir de algo mágico, e não mais dos meios técnico-científicos. Assim, a fé é capaz de oferecer suporte e trazer certo sentido à vivência (REIS; FARIAS; QUINTANA, 2017).

Também ligada a um senso de religiosidade e crença em algo maior, para outros participantes, a morte surge como uma passagem para outra vida ou uma vida eterna e até mesmo um momento de penitência, de julgamento de atos realizados na Terra. Ainda, falam sobre uma passagem para algo melhor, uma vez que estão “se comportando bem”, o que condiz com um merecimento ou prêmio após a morte, retratado como a barganha. Essa fase é uma tentativa de adiamento, incluindo um prêmio oferecido por “bom comportamento” e estabelecendo-se uma “meta autoimposta”. Psicologicamente, as promessas podem estar associadas a uma culpa recôndita, como por não ter frequentado a igreja com mais assiduidade ou por desejos hostis mais profundos e inconscientes que a aceleram (KUBLER-ROSS, 2017).

A religião e a fé aparecem como principais fornecedoras de sentido diante do vazio de significados, do desamparo e da fragilidade que a doença traz. Por conta disso, o paciente acometido por câncer busca algo que lhe possa trazer sentido e controle sobre alguma parte de sua vida; muitas vezes, encontra tais explicações na religião, que traz um controle ilusório da doença (REIS; FARIAS; QUINTANA, 2017). Ademais, estar diante da incurabilidade de uma doença como o câncer, bem como da possibilidade da morte, pode levá-los a uma crise existencial tão significativa que os faz desejar a morte, a fim de aliviar o sofrimento. Isso se intensifica à medida que a deterioração se torna aparente, quando uma vastidão de emoções pode ser experimentada e o medo se torna insustentável (CHENG; LO; CHAN et al, 2010).

Devido à morte desencadear tantos sentimentos, pensamentos e emoções diferentes, alguns participantes relataram não pensar sobre ela, lutar para que não ocorra, sentir medo e estarem jovens para morrer. Referiram não querer morrer, querer viver mais e, mesmo sabendo da facticidade da morte, pensar sempre no melhor, neste caso, na vida. Há muitas razões para não encarar a morte calmamente, sendo uma das mais importantes o fato de ela e o processo de

morrer poderem ser tristes, solitários, mecânicos e muitas vezes desumanos (KUBLER-ROSS, 2017).

Diferentemente, para outros pacientes foi possível perceber a aceitação sincera, referindo a morte com uma visão de recomeço, a aceitando como algo natural, percebendo-a não como algo horrível, que se precisa evitar a todo custo, mas que existe e acontece com cada um. Segundo Kubler-Ross (2017), isso é comum em pacientes que foram encorajados a extravasar suas emoções, raiva, pesar e ansiedades, o que reforça a necessidade e a importância, como profissionais da saúde, de discutir e conversar, dialogar com os pacientes acerca da morte, dar espaço e abertura para ouvir suas dificuldades, sentimentos e emoções diante de um processo de adoecimento que pode ser penoso, dolorido e angustiante (TOMASZEWSKI, OLIVEIRA, ARRIEIRA et al., 2017; HUSSAIN, 2020).

Em relação à atuação da equipe de saúde e sua atitude frente à morte, a dificuldade que os profissionais possuem para refletir, expressar seus sentimentos, pensamentos e conversar sobre a morte se deve porque ela ainda é tratada como um tabu na sociedade, o que se reflete na saúde. Eles são preparados apenas para lidar com a vida e dificilmente reconhecem o fim como um processo natural da existência humana. Além disso, parecem não elaborar o luto de seus pacientes no hospital, o que acaba ocasionando prejuízos para sua própria saúde biopsicossocial (SANTOS; MENDES; MARBACK, 2018).

É importante destacar que as atitudes pessoais dos enfermeiros em relação à morte estão associadas às suas atitudes sobre o cuidado dos pacientes (WANG; LI; ZANG et al., 2018). Os enfermeiros respondem emocionalmente à morte dos pacientes e experimentam o luto, estando muitas vezes sobrecarregados com mortes recorrentes e tentando lidar com a dor e sua superação (KHALAF; AL-DWEIK; ABU-SNIENEH et al., 2018). É imprescindível que os cursos de nível técnico e graduação e as próprias instituições de saúde eduquem para a morte, instruam, acolham as necessidades dos profissionais da saúde, para que melhor trabalhem tais questões quando se depararem com elas. É fundamental que os enfermeiros e toda a equipe de saúde saibam trabalhar com questões que envolvem a morte e o morrer, para melhor assistir os pacientes que esgotaram linhas de tratamento, mas também para que possam trabalhar com aqueles pacientes e familiares que se deparam com a morte no ambiente hospitalar, que a presenciam, para que também saibam abordar esses assuntos sem se sentir coagidos e imersos na insegurança (CEYHAN; ÖZEN; ZINCIR et al., 2018; WANG; LI; ZANG et al., 2018; SANTOS; MENDES; MARBACK, 2018; BECKER; WRIGHT; SCHMIT, 2017; KHALAF; AL-DWEIK; ABU-SNIENEH et al., 2018).

Diversos estudos, nacionais e internacionais, apontam a educação para a morte, no sentido de instrução e necessidade de compreensão por parte dos profissionais da saúde. É essencial que haja o desenvolvimento de estratégias para auxiliar o enfermeiro no enfrentamento de seu luto de forma positiva, em uma perspectiva holística, o que consequentemente vai refletir positivamente no seu desempenho (CEYHAN; ÖZEN; ZINCIR et al., 2018; WANG; LI; ZANG et al., 2018; SANTOS; MENDES; MARBACK, 2018; BECKER; WRIGHT; SCHMIT, 2017; KHALAF; AL-DWEIK; ABU-SNIENEH et al., 2018).

Em suma, frequentemente, a morte é difícil para pacientes, familiares e profissionais. Como seres humanos, ainda há dificuldades, fragilidades e potencialidades na busca do que a morte representa para todos. Por ser um evento singular, único, intransponível, pode carregar diversos significados, tanto positivos quanto negativos, dependendo de cada situação. Ainda, testemunhar a morte no ambiente hospitalar interfere na forma como é percebida e nas mais diversas maneiras de enfrentar momentos tão delicados, como o adoecimento pelo câncer.

Quanto às limitações do estudo, elas dizem respeito à condição física e psicológica dos participantes, os quais, em alguns momentos, declararam estar cansados, o que pode ter influenciado nas respostas. Com isso, é possível que a compreensão aprofundada do significado que possuíam em relação à morte esteja limitada. Também se destaca a falta de estudos realizados sobre as percepções do paciente oncológico em relação ao testemunho da morte, o que pode ter fragilizado em certos pontos a discussão dos resultados. Além disso, a coleta de dados foi interrompida pela pandemia de Covid-19, pelo risco de exposição nas alas de internamento da pesquisadora, sendo fator limitante o número de participantes, que tinha 30 como quantidade estipulada. Quanto ao Iramuteq, não houve fatores limitantes.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi conhecer o testemunho da pessoa com câncer frente a morte no ambiente hospitalar. A respeito, os pacientes entrevistados consideraram o evento da morte do colega de quarto como um momento desafiador, que despertou emoções e sentimentos variados. Se, por um lado, alguns se sentiram desrespeitados, tristes, angustiados e aflitos, por outro, houve aqueles que perceberam a morte como algo natural, muitas vezes necessária ao alívio do sofrimento, e outros que se colocaram no lugar daquele que morria e de seus familiares, imaginando seus entes queridos e o sofrimento pelo qual passariam. Os pacientes que vieram a óbito, quando acompanhados da filosofia dos cuidados paliativos, tiveram uma morte mais tranquila, considerada boa e natural pelos depoentes, diferentemente daquela em que eles apresentaram algum tipo de desconforto, descrita como horrível, angustiante, triste e ruim.

As pessoas que testemunham o evento da morte são influenciadas diretamente pela forma como o paciente parte, interferindo em como percebem a morte, de vida e de tratamento. A morte do outro representou um incentivo para se manterem no tratamento e de forma mais fiel, fazendo refletir sobre a morte como catalisador potencial de vida e repensar o modo de considerá-la um evento a ser escondido.

Foi possível apreender que os pacientes oncológicos percebem a morte como uma mudança de vida, um evento que ocorre e causa ruptura, muda a vida das pessoas e não é desejado, mesmo após o sofrimento intenso que pode vir com o agravamento da doença. A religião e a fé que as pessoas carregam ditam muito sobre a forma como irão encarar um processo tão único quanto a morte, podendo gerar sentimentos como medo e ansiedade oriundos da possibilidade de finitude. Por outro lado, mas complementarmente, a morte foi vista com naturalidade, sendo descrita como uma passagem e um recomeço, sustentado na crença da vida após a morte.

Em relação às reflexões sobre como as fases do luto dos pacientes e como os afetam, notou-se que aquele que está em uma fase de aceitação reage melhor às perguntas e à possibilidade da morte, a vê como algo natural, diferentemente de alguém que está na fase de negação, que apresenta relatos que indicam ser algo que acontece com as demais pessoas e não consigo mesmo. Outro fato interessante oriundo deste trabalho diz respeito à fase da barganha, que é significativa no enfrentamento de doenças como o câncer, verificada quando os participantes declararam fazer a sua parte para que Deus fizesse a dele.

Diante do exposto, este estudo contribui com a área da saúde, mais precisamente com a enfermagem oncológica, oferecendo novas percepções sobre a morte e o morrer, bem como sobre o testemunho da morte no ambiente hospitalar. Por meio dele, foi possível lançar um novo olhar sobre o paciente oncológico e suas necessidades biopsicoespirituais. Para estudos posteriores, seria interessante identificar o impacto do testemunho da morte em demais centros de saúde e em outras localidades, com diferentes serviços, para comparação e exploração do tema abordado.

## REFERÊNCIAS

- ADELBRATT, S.; STRANG, P. Death anxiety in brain tumor patients and their spouses. **Palliative medicine**, v. 14, n. 6, p. 499-507, 2000.
- AFONSO, S.B.; MINAYO, M.C. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2729-32, 2013.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. What is hospice? 2019. Disponível em: <<https://www.cancer.org/treatment/end-of-life-care/hospice-care/what-is-hospice-care.html>>. Acesso em: 28 out. 2020.
- ARAÚJO, E.D.; DE AZEVEDO PONTE, K.M.; DE ARAÚJO, L.M.; FARIAS, M.S. Satisfação dos familiares com a humanização da assistência em UTI. **Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 1, p. 06-11 2019.
- ARIÈS, P. **O homem perante a morte**. Lisboa, Portugal: Publicações Europa-América, 1977.
- ARIÈS, P. O Homem diante da morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1982. 838p.
- ARIÈS, P. O homem diante da morte. 1ª ed. UNESP: São Paulo; 2014, 838 p.
- ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Ediouro Publicações; 2003.
- BAYKAN, N.; ARSLANTÜRK, G.; DURUKAN, P. Desensitizing effect of frequently witnessing death in an occupation: a study with Turkish health-care professionals. **OMEGA-Journal of death and dying**, v. 0, n. 0, p. 1-15, 2020.
- BECKER, C.A.; WRIGHT, G.; SCHMIT, K. Perceptions of dying well and distressing death by acute care nurses. **Applied Nursing Research**, v. 33, p. 149-54, 2017.
- BENITES, A.C.; NEME, C.M.; SANTOS, M.A. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Estudos de Psicologia**, v. 34, n. 2, p. 269-79, 2017.
- BOOK, K.; MARTEN-MITTAG, B.; HENRICH, G.; DINKEL, A.; SCHEDDEL, P.; SEHLEN, S., et al. Distress screening in oncology—evaluation of the Questionnaire on Distress in Cancer Patients - short form (QSC-R10) in a German sample. **Psycho Oncology**, v. 20, n. 3, p. 287-293, 2011.
- BORGES, A.D.; SILVA, E.F.; MAZER, S.M.; TONIOLLO, P.B.; VALLE, E.R.; SANTOS, M.A. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em estudo**, v. 11, n. 2, p. 361-9, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. 2012b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 21 ago. 2019.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2005.
- BRASIL. Resolução nº 41 de 31 de Outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). 2018.
- BRUM, C.N.; ZUGE, S.S.; RANGEL, R.F.; FREITAS, H.M.B.; PIESZAK, G.M. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática.** 2ª ed. Porto Alegre: Moriá. 2018. 496 p.
- CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.
- CARVALHO, J.S.; MARTINS, A.M. A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. **Revista da SBPH**, v. 18, n. 2, p. 129-42, 2015.
- CEYHAN, Ö.; ÖZEN, B.; ZINCIR, H.; ŞİMŞEK, N.; BAŞARAN, M. How intensive care nurses perceive good death. **Death studies**, v. 42, n. 10, p. 667-72, 2018.
- CHENG, J.O.; LO, R.S.; CHAN, F.M.; KWAN, B.H.; WOO, J. An exploration of anticipatory grief in advanced cancer patients. **Psycho-Oncology**, v. 19, n. 7, p. 693-700, 2010.
- CHIAVENATO, J.J. **A morte: uma abordagem sociocultural.** São Paulo: Moderna. 1998.
- COSTA, R.; LOCKS, M.O.H.; GIRONDI, J.B.R. Pesquisa Exploratória descritiva. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde.** Moriá Editora, 2016, p. 273-289.
- CORDEIRO, F.R. **O retorno ao domicílio em cuidados paliativos: interface dos cenários brasileiro e francês.** 2017. 262f. Tese – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2017.
- COSTA, W.T. O conceito de morte na criança. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 31, n. 4, p. 9-34, 1979.
- CRESWELL, J.W. **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.** Sage publications; 2010.
- CUNHA, M.A.; SANTOS, E.P.S.; FERREIRA, M.T.; BALDOINO, L.S.; DA COSTA, A.M.; RIBEIRO, A.M. Death in the intensive therapy unit: nursing perceptions. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 9, 2020.

DENZIN, N.K. **Introduction:** Entering the field of qualitative research. Handbook of qualitative research. 1994.

DESPELDER, L.A.; STRICKLAND, A.L. **The last dance:** Encountering death and dying. Mayfield Publishing Co; 2014.

DIAS, P.R.R.; DE OLIVEIRA, V.S.E. Psicologia hospitalar e o cuidado enquanto ser para a morte: diálogo entre Kubler-Ross e Heidegger. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, v. 5, n. 1, 2019.

ELIAS, N. **A Solidão dos Moribundos.** Dentzien, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1982.

ESBENSEN, B.A.; SWANE, C.E.; HALLBERG, I.R.; THOME, B. Being given a cancer diagnosis in old age: a phenomenological study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 45, n. 3, p. 393-405, 2008.

FERREIRA, R.M.B.; LEMOS, M.F. A mulher e o câncer de mama: um olhar sobre o corpo adoecido. *Perspectivas em Psicologia*, v. 20, n. 1, p. 178 -201, 2016.

FERREIRA, V.D.; RAMINELLI, O. O olhar do paciente oncológico em relação a sua terminalidade: ponto de vista psicológico. **Revista da SBPH**, v. 15, n. 1, p. 101-13, 2012.

FONTE, C.; ANDRADE, F. Significados da doença, morte e perdão em mulheres com Câncer da mama. **Investigacion en enfermeria imagen y desarrollo**, v. 19, n. 1, p. 665-80, 2017.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital.** Microfísica do poder, 1979.

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social.** In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas:** uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

FROSSARD, A. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. **Cadernos EBAPE**, v. 14, n. espec., p. 640-55, 2016.

FUNDAÇÃO ELISABETH KUBLER-ROSS. História de Vida. s.d. Disponível em: <<https://ekrbrasil.com/elisabeth-kubler-ross/historia-de-vida/>>. Acesso em: 29 out. 2020.

GAWANDE, A. **Mortais.** Tradução de Renata Telles. RJ, Objetiva, 2015.

GONEN, G.; KAYMAK, S. U.; CANKURTARAN, E. S.; KARSLIOGLU, E.H.; OZALP, E.; SOYGUR, H. The factors contributing to death anxiety in cancer patients. **Journal of psychosocial oncology**, v. 30, n. 3, p. 347-58, 2012.

GONZALEZ, P.; NUÑEZ, A.; WANG-LETZKUS, M.; LIM, J.W.; FLORES, K.F.; NÁPOLES, A.M. Coping with breast cancer: reflections from Chinese American, Korean American, and Mexican American women. **Health Psychology**, v. 35, n. 1, p. 19-28, 2016.

HAMPTON, D. M.; HOLLIS, D. E.; LLOYD, D. A.; MCMILLAN, S.C. Spiritual needs of persons with advanced cancer. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, v. 24, n. 1, p. 42-8, 2007.

HANNA, S.A.; MARTA, G.N; SANTOS, F.S. The physician and updates in cancer treatment: when to stop? **Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)**, v. 57, n. 5, p. 575-580, 2011.

HEG. Hospital Erasto Gaertner. Relatório Anual 2018. 2019. Disponível em: <[https://erastogaertner.com.br/arquivos/relatorio2018/RA\\_2018\\_V004\\_WEB2.pdf](https://erastogaertner.com.br/arquivos/relatorio2018/RA_2018_V004_WEB2.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2019.

HUI, D.; DIDWANIYA, N.; VIDAL, M.; SHIN, S.H.; CHISHOLM, G.; ROQUEMORE, J., et al. Quality of end-of-life care in patients with hematologic malignancies: A retrospective cohort study. **Cancer**, v. 120, n. 10, p. 1572-8, 2014.

HUSSAIN, F.A. Managing conversations with patients about death and dying. **British Journal of Nursing**, v. 29, n. 5, p. 284-9, 2020.

KAHN, D.L.; STEEVES, R.H. The significance of suffering in cancer care. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 11, n. 1, p. 9-16, 1995.

KASTBOM, L.; MILBERG, A.; KARLSSON, M. A good death from the perspective of palliative cancer patients. **Supportive care in cancer**, v. 25, n. 3, p. 933-9, 2017.

KHALAF, I.A.; AL-DWEIK, G.; ABU-SNIENEH, H.; AL-DAKEN, L.; MUSALLAM, R.M.; BANIYOUNIS, M., et al. Nurses' experiences of grief following patient death: a qualitative approach. **Journal of Holistic Nursing**, v. 36, n. 3, p. 228-40, 2018.

KOEHLER, K.; DOGAN, E.; KOEHLER, M.; HEINE, V.; FROMMER, J. Surviving the initial phase: subjective theories of illness in patients suffering from acute leukemia at the end of initial inpatient treatment. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, v. 57, n. 2, p. 141-56, 2011.

KÓVACS, M.J. O tabu frente ao tema da morte. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 31, n. 1, p. 53-67, 1979.

KRIKORIAN, A.; MALDONADO, C.; PASTRANA, T. Patient's perspectives on the notion of a good death: A systematic review of the literature. **Journal of pain and symptom management**, v. 59, n. 1, p. 152-64, 2020.

KÜBLER-ROSS, E. **A morte: um amanhecer**. Luciérnaga; 2008.

KÜBLER-ROSS, E. **On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families**. New York, NY: Macmillan, 1969.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

LACERDA, C.A.; CAMBOIM, F.E.; CAMBOIM, J.C.; NUNES, E.M.; BEZERRA, A.L, DE SOUSA, M.N. O lidar com a morte em unidade de terapia intensiva: dificuldades. **Revista Eletrônica da Fainor**, v. 9, n. 2, p. 173-184, 2016.

- LIMA, R.D.; BORSATTO, A.Z.; VAZ, D.C.; PIRES, A.C.; CYPRIANO, V.D.; FERREIRA, M.D. A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2017.
- LIZZA, J.P. **Persons, humanity, and the definition of death**. JHU Press; 2006.
- MANN, T. **A montanha mágica**. Leya; 2009.
- MANNIX, K. Precisamos falar sobre a morte. 1ª ed. São Paulo: Sextante, 2019. 340 p.
- MARTINS, A.M.; DO NASCIMENTO, A.R.F. Representações sociais de corpo após o adoecimento por câncer na próstata. **Psicologia em Estudo**, v. 22, n. 3, p. 371-81, 2017.
- MCGRATH, P. The burden of the “RA RA” positive: survivors and hospice patients’ reflections on maintaining a positive attitude to serious illness. **Supportive care in cancer**, v.112, n. 1, p. 225-33, 2004.
- MEIRA, M.M.; FENSTERSEIFER, L. Death Cafe: um convite. Para falar sobre a morte em tempos de interdição. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 5, n. 9, p. 275-91, 2020.
- MELO, A.D. A morte como produto e objeto do desejo: uma abordagem publicitária. In: Martins, et al., (eds.), **Figurações da morte nos mídia e na cultura: entre o estranho e o familiar**. Braga: CECS, 2016. 247-264 p.
- MENEZES, R.A. **Em busca da "boa morte"**: uma investigação sócioantropológica sobre cuidados paliativos. Editora Fiocruz, 2004. 228 p.
- MIACHAELIS. **Dicionário Escolar** - Língua Portuguesa. 4 ed. 2016. 992 p.
- MONTEIRO, D.T.; MENDES, J.M.; BECK, C.L. Percepções dos Profissionais da Saúde sobre a Morte de Pacientes. **Revista Subjetividades**, v. 20, n. 1, p. 12-3, 2020.
- MORIN, E. **O Método 5**. A Humanidade da Humanidade. Porto Alegre: Ed. Sulinas, 2007.
- NÓBREGA, M.R.; DE ATAIDE, G.D.; GOMES, M.G.; PINHEIRO, L.A.; DE SOUSA SEGUNDO, J.A.; FONSECA, R.C. A importância dos cuidados paliativos na abordagem ao paciente oncológico. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 8, n. 25, p. 5-14, 2019.
- OLIVEIRA, D.S.; CAVALCANTE, L.S.; CARVALHO, R.T. Sentimentos de pacientes em cuidados paliativos sobre modificações corporais ocasionadas pelo câncer. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. 1-13, 2019.
- OLIVEIRA, P.F.; QUELUZ, F.N. A espiritualidade no enfrentamento do câncer. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 8, n. 2, p. 142-55, 2016.
- PAYNE, S.; HILLIER, R.; LANGLEY-EVANS, A.; ROBERTS, T. Impact of witnessing death on hospice patients. **Social science & medicine**, v. 43, n. 12, p. 1785-94, 1996.
- PEREIRA, J.C. Procedimentos para lidar com o tabu da morte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2699-709, 2013.

PESSINI, L.L. **Bioética**: alguns desafios. Edições Loyola; 2002.

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 54-63, 2016.

PRADO, E.D.; SALES, C.A.; GIRARDON-PERLINI, N.M.; MATSUDA, L.M.; BENEDETTI, G.M.; MARCON, S.S. Experience of people with advanced cancer faced with the impossibility of cure: a phenomenological analysis. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. 1-8, 2020.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1755-60, 2006.

REIS, C.G.; FARIAS, C.P.; QUINTANA, A.M. O vazio de sentido: suporte da religiosidade para pacientes com câncer avançado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 106-18, 2017.

RIBEIRO, M.G.M.; SOUSA, A.S. O aspecto simbólico do adoecer em câncer no processo de individualização. FATECI – Curso de Psicologia. 2015. Disponível em: <<https://repositorio.pgsskroton.com//handle/123456789/21171>>. Acesso em: 29 out. 2020.

RIBEIRO, M.C.; BARALDI, S.; DA SILVA, M.J. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo pós-morte. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 2, p. 117-23, 1998.

RYDAHL-HANSEN, S. Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 19, n. 3, p. 213-22, 2005.

SANCHO, M.G. **Morir con dignidad**. Arán Ediciones; 2005.

SANTOS, A.C.; FLORÊNCIO, F.C.; NETO, G.V.; SILVA, Y.L.; CAVALCANTE, L.T.; MACIEL, A.M., et al. Espiritualidade: nos processos de luto em pacientes vivenciando a finitude na oncologia. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 18, p. 50-5, 2019.

SANTOS, E.K.; MENDES, D.T.; MARBACK, R.F. **É preciso falar sobre a morte**: equipe de saúde e luto no hospital geral. Seminário Estudantil de Produção Acadêmica. 2018.

SARENMALM, E.K.; THORÉN-JÖNSSON, A.L.; GASTON-JOHANSSON, F. Making sense of living under the shadow of death: adjusting to a recurrent breast cancer illness. **Qualitative Health Research**, v. 19, n. 8, p. 1116-30, 2009.

SAUNDERS, C. The care of the dying patient and his family. **Contact**, v. 39, n. 1, p. 12-8, 1972.

SCHOPENHAUER, A. **As dores do mundo**. São Paulo: Edipro, 2014. 127 p.

SCHOPENHAUER, A. **Sobre a morte**: pensamentos e conclusões sobre as últimas coisas. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013. 75 p.

SILVA, K.C.; NIETSCHE, E.A.; OLIVEIRA, S.G.; QUINTANA, A.M.; ILHA, S. O “não” à morte oferece o “sim” à obstinação terapêutica? **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 442-8, 2012.

SILVA, A.F.; BULHÕES, C.M.; CAVALCANTE, A.L.; DE LIMA SANTOS, L.G.; MIYAZAWA, A.P.; PESSOA, I.R., et al. Os principais problemas de saúde desencadeados pelo enfrentamento do processo de morte e morrer: uma revisão integrativa. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 3, n. 2, p. 161-76, 2016.

SILVA, R.C.; HORTALE, V.A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, n. 10, p. 2055-66, 2006.

SILVA, L.D.; DE RESENDE, M.C.; ANDRADE, R.Z. Atitudes de profissionais de saúde em cuidados paliativos sobre a morte e o morrer. **Perspectivas em Psicologia**, v. 23, n. 1, p. 213-35, 2019.

SILVA, K.K.; BARRETO, F.A.; DE CARVALHO, F.P.; DA SILVA CARVALHO, P.R. Estratégias de enfrentamento após o diagnóstico de câncer de mama. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, 2020.

SILVEIRA, M.H.; CIAMPONE, M.H.; GUTIERREZ, B.A. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 7-16, 2014.

SORATTO, M.T.; DA SILVA, D.M.; ZUGNO, P.I.; DANIEL, R. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 53-63, 2016.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MAGALHÃES, A.L.P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde**. Moriá Editora. 2016, p. 99-121.

SPOHR, V. M.; DE FREITAS, H. M. B.; ILHA, S.; NICOLA, G.D.; ZAMBERLAN, C.; GEHLEN, M.H. Sentimentos despertados em familiares de pessoas internadas na unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 736-42, 2013.

STRUPP, J.; KÖNEKE, V.; RIETZ, C.; VOLTZ, R. Perceptions of and Attitudes Toward Death, Dying, Grief, and the Finitude of Life - A Representative Survey Among the General Public in Germany. **Journal of Death and Dying**, v. 0, n. 0, p. 1-20, 2019.

TANG, S. T.; CHEN, J. S.; CHOU, W. C.; LIN, K.C.; CHANG, W.C.; HSIEH, C.H., et al. Prevalence of severe depressive symptoms increases as death approaches and is associated with disease burden, tangible social support, and high self-perceived burden to others. **Supportive Care in Cancer**, v. 24, n. 1, p. 83-91, 2016.

THE ECONOMIST. Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the world. 2015. Disponível em: <<https://eiperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>>. Acesso em: 29 out. 2020.

THOMÉ, B.; ESBENSEN, B. A.; DYKES, A. K.; HALLBERG, I.R. The meaning of having to live with cancer in old age. **European Journal of Cancer Care**, v. 13, n. 5, p. 399-408, 2004.

TOMASZEWSKI, A.S.; OLIVEIRA, S.G.; ARRIEIRA, I.C.; CARDOSO, D.H.; SARTOR, S.F. Manifestações e necessidades referentes ao processo de morte e morrer: perspectiva da

pessoa com câncer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 9, n. 3, p. 705-16, 2017.

TRINCAUS, M.R.; CORRÊA, A.K. Life - death duality in the experience of metastasis patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 44-51, 2007.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2013.

VENTRES, W. Educating our patients about life and the end of life: toward a pedagogy of dying. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 27, n. 5, p. 713-6, 2014.

VOLLMER, T.C.; WITTMANN, M.; SCHWEIGER, C.; HIDDEMANN, W. Preoccupation with death as predictor of psychological distress in patients with hematologic malignancies. **European journal of cancer care**, v. 20, n. 3, p. 403-11, 2011.

WANG, L.; LI, C.; ZHANG, Q.; LI, Y. Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 24, n. 1, p. 33-9, 2018.

WHO. World Health Organization. Palliative Care. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>>. Acesso em: 25 out. 2017.

WHO. World Health Organization. Cancer. Keyfacts. 2018. Disponível em: <[encurtador.com.br/iMQVY](http://encurtador.com.br/iMQVY)>. Acesso em: 29 out. 2020.

YIN, Z.; LI, J.; MA, K.; NING, X.; CHEN, H.; FU, H., et al. Development of palliative care in China: a tale of three cities. **The oncologist**, v. 22, n. 11, p. 1362-7, 2017.

## APÊNDICE A – TCLE

1. Vimos, respeitosamente, por meio do presente documento, convidá-lo a participar da pesquisa intitulada: “Testemunho da morte no ambiente hospitalar: percepções da pessoa com câncer”.
2. Esta pesquisa tem por objetivo geral conhecer a percepção da pessoa com câncer ao testemunhar a morte no ambiente hospitalar; A percepção se refere como você ao testemunhar o falecimento de um paciente internado na mesma enfermaria, vê, pensa e sente em relação ao falecimento dessa pessoa.
3. Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista, que será realizado pela pesquisadora Silvia Francine Sartor, em local reservado no Hospital Erasto Gaertner (ambiente que você possa se sentir confortável e poderá permanecer com seu acompanhante ou profissional da instituição, caso seja o seu desejo), em data e horário que melhor lhe convier, agendado previamente. A participação não é obrigatória, e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, e não haverá prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com a instituição; A entrevista será audiogravada, com gravador digital, que facilitará o registro de sua fala.
4. A previsão de duração da entrevista é de até 1h:00min e você também poderá responder as perguntas que desejar e terá liberdade para fazer perguntas a Silvia Francine Sartor, no momento que achar necessário;
5. A princípio a pesquisa não acarretará em riscos ou danos a você, contudo, poderá ocasionar sentimento de pesar e desconforto, pelas lembranças. Caso ocorra algum destes fatores serão respeitadas as expressões de suas emoções e encerrada a entrevista naquele dia ou transferida em comum acordo com você se for necessário. Caso as lembranças levem a tristeza, vamos sugerir a técnica de relaxamento, buscando mudar o foco de seu pensamento para situações alegres, chamada de técnica de relaxamento com pensamento dirigido. A pesquisadora irá dirigir oralmente palavras significativas sobre ambientes que relembrem serenidade e tranquilidade. Perguntado a você, quais os locais ou situações que costumam lhe transmitir alegria e bem-estar. Serão essas situações relatadas por você, como por exemplo: estar sentado em frente ao mar, que serão expressos para desfocar das lembranças; E, também, será assegurado a assistência do serviço de psicologia ofertado na Unidade de Internação, caso haja a necessidade de suporte terapêutico durante ou após a entrevista.

6. A pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, mas contribuirá para se conhecer como a pessoa que testemunha o falecimento de outra pessoa na unidade de internação sente e pensa nessa situação vivenciada; Conhecer e refletir sobre esses pensamentos e sentimentos desencadeados a partir do testemunho serão importantes para a assistência e o cuidado de enfermagem aos pacientes que testemunham essa situação no ambiente hospitalar.

7. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nen Nalú Alves das Mercês, tem o endereço institucional: Av. Lothario Meissner, 632 - Bloco Didático II - 4º andar Jardim Botânico - Curitiba/PR CEP: 80210-170 (Campi Jardim Botânico, da Universidade Federal do Paraná), Celular: (41) 99961-4408. A pesquisadora Enfermeira Silvia Francine Sartor, tem o endereço institucional: Rua Dr. Ovande do Amaral 201, Jardim das Américas, Curitiba, PR, no celular (41) 998452800.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no Hospital Erasto Gaertner – R Dr. Ovande do Amaral, 201. – Bairro Jardim das Américas – Fone: (41) 3361-5271;

8. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

9. O direito de confidencialidade das informações obtidas estará garantido e a análise dos dados será realizada em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

10. O direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores, será mantido;

11. Afirmamos que não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa;

12. Asseguramos que os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa. Essa pesquisa resultará em uma dissertação de mestrado em enfermagem, e será apresentada em eventos científicos da área da saúde e publicado em revistas científicas da área da saúde, e estarão à sua disposição.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo de “Testemunho da morte no ambiente hospitalar: percepções da pessoa com câncer”.”

Eu discuti com Silvia Francine Sartor, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem

realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Hospital.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/representante legal

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## APÊNDICE B – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PARTICIPANTE

|  |  |
|--|--|
| Código de Identificação do Participante          |  |
| Unidade de Internação                            |  |
| Data de internação                               |  |
| Data da Entrevista                               |  |
| Data do testemunho do óbito durante a internação |  |

### 1 Dados sociodemográficos:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Cor de Pele: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Filhos: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Com quantas pessoas mora? \_\_\_\_\_ Cuidador principal: \_\_\_\_\_

Escolaridade, nível: \_\_\_\_\_ série/fase/período: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Ocupação Profissional; Profissão: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Cargo: Função: \_\_\_\_\_

Afastado para tratamento, desde: \_\_\_\_\_ Aposentado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Invalidez/tempo de serviço: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável legal: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Avenida/Rua: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_ Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Tel ( ) \_\_\_\_\_ Cel ( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### 2 Dados Clínicos:

Diagnóstico Inicial: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estadiamento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico atual: \_\_\_\_\_

Estágio da doença: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Localização/metástases: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tratamentos realizados para o câncer anterior e atual: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cirúrgico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Clínico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Protocolo de QT: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Radioterapia: nº de sessões: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 3 Terapêutica integrativa ou complementar:

Tipo: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### **Pergunta disparadora:**

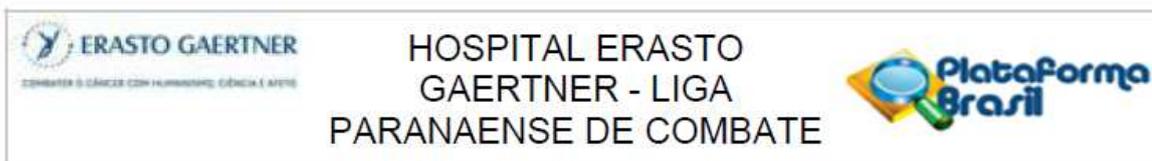
- Conte-me como foi testemunhar (assistir/presenciar/ver) o falecimento (a morte) do paciente (neste quarto ou enfermaria).

### **Tópicos Complementares:**

(Serão utilizados no decorrer da fala livre e espontânea do participante, caso esses aspectos não estejam contemplados na fala ou seu relato).

- O que significou para você testemunhar (presenciar/ver) a morte de um paciente?
- Como (em que momento) você percebeu que o paciente estava morrendo?
- O que significa a morte para você?
- Nesse momento você teve apoio da equipe de saúde (de qual profissional), seu familiar, seu acompanhante ou outra pessoa?
- Como foi testemunhar (presenciando/observando) a ação da equipe de saúde junto ao paciente?
- Você fala sobre a morte com naturalidade ou há alguma dificuldade? Conte-me sobre isto.
- Ao testemunhar a morte de outro paciente você sentiu alguma mudança em você? Conte-me sobre isto.
- Como você fez ou faz para enfrentar a morte que presenciou (o que te ajuda a lidar como essa situação)?

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Testemunho da morte no ambiente hospitalar: percepções da pessoa com câncer

**Pesquisador:** NEN NALÚ ALVES DAS MERCES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 20721719.5.0000.0098

**Instituição Proponente:** LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.711.006

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.711.006

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem descritiva, com objetivo de conhecer a percepção da pessoa com câncer ao testemunhar a morte no ambiente hospitalar. A amostra proposta são de 30 participantes com câncer em qualquer estágio da doença, internado na Instituição e ter testemunhado o óbito de pacientes, no período de coleta de dados. Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada, conforme roteiro pré-elaborado e testado. A entrevista será audiogravada. O recrutamento dos participantes será nas Unidades de Internamento Adulto A e B. A análise de dados ocorrerá através do Software IRAMUTEQ, e análise de conteúdo sustentada pelo referencial metodológico de Creswell (2010). De todas as experiências humanas, nenhuma causa maiores sentimentos que a morte, bem como tudo que a envolve. Mesmo assim, tende-se a redirecionar a morte para a periferia da vida, como se a pessoa pudesse mantê-la fora da sua visão, de sua mente. Evitar de pensar ou falar sobre a morte busca afastar a finitude da vida humana (DEPELDER; STRICKLAND, 2014). A morte é referenciada com o cunho biológico, ou seja, quando todos os órgãos vitais e sistemas corporais cessam, quando ocorre a interrupção irreversível das funções cardiovascular, respiratória e cerebral (HEITKEMPER, 2013). Tanto o processo de morrer como a morte em si possuem componentes de ordem emocional, cultural e espiritual (ARIES, 2017; KUBLER-ROSS, 2008). Em termos biológicos, ela dura apenas alguns segundos ou minutos, começando seu processo físico geralmente com a falência de um órgão. Depois da morte celular, se sucede a morte tecidual, transformando tudo em líquidos e gases, e

**Endereço:** Rua Dr. Ovande do Amaral 201

**Bairro:** Jardim das Américas

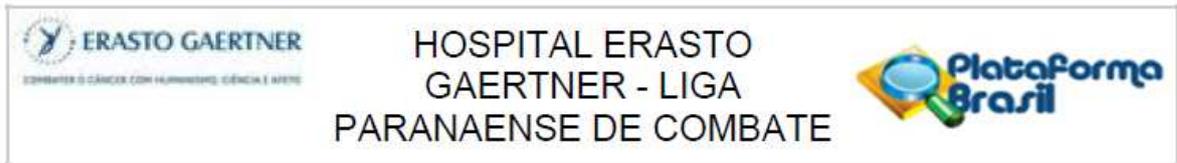
**UF:** PR

**Telefone:** (41)3361-5271

**CEP:** 81.520-060

**Município:** CURITIBA

**E-mail:** cep@erastogaertner.com.br



Continuação do Parecer: 3.711.006

então em pó. Entretanto, essa é uma das possibilidades de visão sobre a morte que a sociedade possui (KELLEHEAR, 2016). Quanto aos aspectos emocionais e psicológicos, a morte se dá como uma consciência do “eu vou morrer”, o que pode coincidir com a morte biológica, ou então se dar ao longo do processo de adoecimento. A morte emocional e psíquica pode estar acompanhada da debilidade natural do estado físico (SANCHO, 2005). A cultura influencia na visão que uma população tem sobre a morte, bem como do tipo de ritual adotado quando ela ocorre. Os precursores das atitudes, valores e práticas humanas são encontrados nos mitos, isto é, estórias que explicam ideias ou crenças comuns ao mundo (DESPELDER; STRICKLAND, 2014). Ainda, a morte de aspecto espiritual é algo específico do ser humano, uma vez que nos percebemos como “seres espirituais”. A morte, no âmbito da espiritualidade, envolve e significa o fim da nossa existência individual (SANCHO, 2005). A questão da morte se revela como um tema paradoxal, pois ao mesmo tempo em que se mostra como algo real e muito próximo das pessoas, apresenta-se também como uma realidade distante e misteriosa. A sociedade atual ouve falar dela o tempo todo: o jornalista relata, o médico constata, o biólogo analisa, o policial investiga etc., e por estar a morte presente no cotidiano das pessoas, seja por meio de notícias, por familiares, profissionais, seu sentido mais profundo se distancia, uma vez que dificulta que as pessoas reconheçam que a morte é um evento ímpar, intransponível, incomensurável, o qual todos terão que experimentar, e de maneira singular (BRAGA; DIAS, 2016). Com as mudanças tecnológicas na área da saúde, foi possível prevenir algumas doenças infectocontagiosas que ameaçavam a vida das pessoas, como a poliomielite, o sarampo, a rubéola, entre outras. A partir da possibilidade de prevenir tais doenças, a perspectiva de vida aumentou consideravelmente. Entretanto, esse episódio deu espaço para as doenças crônicas, como o câncer, a hipertensão, o diabetes, e a demência (BRASIL, 2012; CAMPOLINA; ADAMI; SANTOS et al, 2013; PIVETTI, 2013; WHO, 2016). Com isso, o acesso a novas tecnologias passou a reforçar a negação da morte, uma vez que fomentaram a ideia de que sempre há algo a ser feito em nível terapêutico. Embora a cura seja uma meta inatingível para algumas pessoas, há modelos de cuidado e atenção, como os cuidados paliativos, que visam ofertar conforto aos pacientes e seus familiares, seja em nível ambulatorial, hospitalar ou domiciliar (DESPELDER; STRICKLAND, 2014; WHO, 2017). Como consequência, controlar a morte transformou-se em finalidade científica, sobretudo em decorrência dos avanços técnico-científicos observados nas últimas décadas (SILVA; NIETSCHKE; OLIVEIRA, 2012). Em relação à morte, a tendência a isolá-la e ocultá-la, tornando-a uma área especial, o que dificilmente diminuiu desde o século XIX, tendo possivelmente aumentado. As atitudes defensivas e o bloqueio com que hoje as pessoas muitas vezes reagem a encontros com moribundos e com a morte são comparáveis às

Endereço: Rua Dr. Ovande do Amaral 201

Bairro: Jardim das Américas

CEP: 81.520-060

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3361-5271

E-mail: cep@erastogaertner.com.br



Continuação do Parecer: 3.711.006

reações das pessoas a encontros abertos com aspectos da vida sexual na era vitoriana. Em relação à agonia e à morte, a repressão e o embaraço possivelmente aumentaram (ELIAS, 2001). Dessa forma, este estudo apresenta a seguinte questão de pesquisa: qual a percepção da pessoa com câncer ao testemunhar a morte no ambiente hospitalar?

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Conhecer a percepção da pessoa com câncer ao testemunhar a morte no ambiente hospitalar.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a pessoa com câncer assistida no ambiente hospitalar
- Apreender as percepções da pessoa com câncer ao testemunhar a morte na Unidade de Internação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: A princípio a pesquisa não acarretará em riscos ou danos a você, contudo, poderá ocasionar sentimento de pesar e desconforto, pelas lembranças. Caso ocorra desorganização emocional serão respeitadas as expressões de suas emoções e encerrada a entrevista naquele dia ou transferida em comum acordo com você se for necessário; e, também, será assegurado o encaminhamento ao Serviço de Psicologia ofertado na Unidade de Internação. Como a pesquisa aborda a temática da morte e o processo de enfrentamento pode ser ineficaz, informaremos ao Serviço de Enfermagem e Psicologia semanalmente a relação dos pacientes que testemunharam óbito recrutados e selecionados, que aceitaram participar do estudo, bem como o agendamento das entrevistas a serem realizadas. Caso ocorra desorganização emocional serão respeitadas as expressões de suas emoções e encerrada a entrevista naquele dia ou transferida em comum acordo, se for necessário.

Benefícios: Benefícios para os participantes: a pesquisa não trará benefícios imediatos aos participantes, mas contribuirá para a divulgação dos resultados, que auxiliará na compreensão de como a pessoa com câncer percebe a morte do outro no ambiente hospitalar Ampliando o conhecimento, fornecendo subsídios para estruturação e reorganização do cuidado de enfermagem e da equipe de saúde que planejam e executam a atenção em nível hospitalar.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisadora atendeu todas as pendências listas emitidas em parecer anterior

Endereço: Rua Dr. Ovande do Amaral 201  
 Bairro: Jardim das Américas CEP: 81.520-060  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3361-5271 E-mail: cep@erastogaertner.com.br



Continuação do Parecer: 3.711.006

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

Vide item "conclusões ou pendências"

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

Pesquisadora adequou o projetos as recomendações sugeridas pelo colegiado do CEP. Detalhou de forma clara e objetiva as respostas as pendências tanto nas declarações como no projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                  | Situação |
|---|---|------------------------|------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1413033.pdf | 07/10/2019<br>12:31:33 |                        | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_COMPLETO_CORRIGIDO.pdf                | 07/10/2019<br>12:26:26 | Silvia Francine Sartor | Aceito   |
| Outros  | DECLARACAO_IOLANDA.pdf                        | 07/10/2019<br>12:07:38 | Silvia Francine Sartor | Aceito   |
| Outros  | Documento_justificativa.pdf                   | 07/10/2019<br>09:35:38 | Silvia Francine Sartor | Aceito   |
| Cronograma  | CRONOGRAM_CORRIGIDO.pdf                       | 07/10/2019<br>09:34:35 | Silvia Francine Sartor | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_CORRIGIDO.pdf                            | 07/10/2019<br>09:34:20 | Silvia Francine Sartor | Aceito   |
| Folha de Rosto  | folha_adriano.pdf                             | 03/10/2019<br>21:13:30 | Silvia Francine Sartor | Aceito   |
| Outros  | SERVICO_PSIKOLOGIA.pdf                        | 13/09/2019<br>15:19:20 | Silvia Francine Sartor | Aceito   |
| Outros  | INSTRUMENTO.pdf                               | 30/08/2019<br>18:49:02 | Silvia Francine Sartor | Aceito   |
| Outros  | QUALIFICACAO.pdf                              | 30/08/2019<br>18:47:54 | Silvia Francine Sartor | Aceito   |
| Outros  | RESUMO.pdf                                    | 30/08/2019<br>18:46:55 | Silvia Francine Sartor | Aceito   |
| Outros  | USO_INFORMACOES.pdf                           | 30/08/2019<br>17:05:19 | Silvia Francine Sartor | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf                                      | 30/08/2019<br>17:04:45 | Silvia Francine Sartor | Aceito   |

Endereço: Rua Dr. Ovide do Amaral 201  
Bairro: Jardim das Américas  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3361-5271

CEP: 81.520-060

E-mail: cep@erastogaertner.com.br

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <b>ERASTO GAERTNER</b><br><small>COMBATER O CÂNCER COM HUMANISMO, CÉNCIA E AFETO</small> | <b>HOSPITAL ERASTO<br/>GAERTNER - LIGA<br/>PARANAENSE DE COMBATE</b> |  |
|--|--|---|

Continuação do Parecer: 3.711.006

|  |                             |                        |                        |        |
|--|-----------------------------|------------------------|------------------------|--------|
| Projeto Detalhado /<br>Brochura<br>Investigador  | PROJETO_COMPLETO.pdf        | 30/08/2019<br>17:03:45 | Silvia Francine Sartor | Aceito |
| Orçamento  | ORCAMENTO.pdf               | 30/08/2019<br>17:02:14 | Silvia Francine Sartor | Aceito |
| Declaração de<br>Pesquisadores                   | TERMO_RESPONSAVEL.pdf       | 30/08/2019<br>17:02:05 | Silvia Francine Sartor | Aceito |
| Declaração de<br>Pesquisadores                   | TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf | 30/08/2019<br>17:01:53 | Silvia Francine Sartor | Aceito |
| Declaração de<br>Pesquisadores                   | APRESENTACAO.pdf            | 30/08/2019<br>17:01:44 | Silvia Francine Sartor | Aceito |
| Declaração de<br>Instituição e<br>Infraestrutura | AUTORIZACAO_HELENO.pdf      | 30/08/2019<br>17:01:13 | Silvia Francine Sartor | Aceito |
| Declaração de<br>Instituição e<br>Infraestrutura | AUTORIZACAO_WILLIAM.pdf     | 30/08/2019<br>17:01:02 | Silvia Francine Sartor | Aceito |
| Cronograma                                       | CRONOGRAMA.pdf              | 30/08/2019<br>17:00:45 | Silvia Francine Sartor | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 18 de Novembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Jeanine Marie Nardin**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Dr. Ovide do Amaral 201  
**Bairro:** Jardim das Américas  
**UF:** PR      **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3361-5271

**CEP:** 81.520-060

**E-mail:** cep@erastogaertner.com.br