



ARTIGO ORIGINAL

Percepções da morte e do morrer para residentes de medicina em um hospital terciário
Perceptions of death and dying for medical residents of a tertiary hospital

Iolanda Cristina da Costa^{1*}, Ana Cristina D'Oliveira Rocha¹

¹Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá (HE/FMIT), Itajubá, Minas Gerais, Brasil.

INFORMAÇÕES GERAIS

Recebido em: março de 2017
Aceito em: setembro de 2017

Palavras-Chave:

Morte
Tanatologia
Atitude frente à morte
Assistência terminal
Educação para morte

Keywords:

Death
Thanatology
Attitude towards death
Terminal assistance
Education for death

RESUMO

Introdução: A abordagem histórica da morte aponta uma significativa mudança em relação às atitudes perante o tema nas sociedades ocidentais a partir do século XX. Esse fato se deve ao progresso das técnicas médicas, o qual viabilizou a transferência dos enfermos e da morte para o contexto hospitalar. **Objetivos:** Conhecer as percepções de médicos residentes em relação à morte e ao preparo acadêmico e profissional para lidar com situações de óbito hospitalar. **Métodos:** Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, descritiva e transversal a partir de um questionário estruturado aplicado em 40 residentes do Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá (HE/FMIT). **Resultados:** Do total de residentes entrevistados, 62,5% afirmam terem tido capacitação acadêmica para lidar com a morte de pacientes; a preparação teórica e prática para comunicação de óbito aos familiares foi apontada como regular por 45,0% dos entrevistados; 57,5% sentem-se seguros no ato de transmitir a má notícia. Os recursos pessoais apontados pelos residentes para o enfrentamento das situações de óbito foram o controle emocional (60,0%) e o amor pela profissão (47,5%); os significados atribuídos à morte foram de Passagem (47,5%) e Processo (40,0%). **Conclusão:** Conclui-se que as concepções dos residentes revelam uma preparação para situações de morte e morrer no contexto hospitalar suficiente para a prática clínica, embora ainda com lacunas na formação, o que reforça a necessidade de estudos sobre o tema e o planejamento de ações de humanização no cuidado aos pacientes, melhorando a qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

Introduction: The historical approach to death points to a change in attitude toward the subject in Western societies starting in the twentieth century. This fact is due to the progress of medical techniques which, without qualification, made the transfer of patients and death to the hospital context possible. **Aims:** To know the perceptions of resident physicians in relation to death and to know their academic and professional preparation for dealing with deaths in hospitals. **Methods:** This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study based on a structured questionnaire applied to 40 residents of the School Hospital of the Medical School of Itajubá (HE / FMIT). **Results:** From the total number of residents interviewed, 62.5% said they had had the academic preparation to deal with the death of patients; 45.0% said they had theoretical and practical preparation for the communication of death to family members and to the community; and 57.5% feel confident about giving the bad news. Concerning the human resources that were required for dealing with death-related situations pointed out by residents, they were emotional control (60.0%) and love for the profession (47.5%). As for the meanings attributed to death, they were Passage (47.5%) and Process (40.0%). **Conclusion:** It is concluded that although residents' conceptions reveal a preparation for death and dying in the hospital context that is sufficient for clinical practice, there are still gaps in their training, which reinforces the need for studies on the theme and the planning of humanization actions in the care of patients, improving the quality of health care.

CC BY-NC-SA 4.0 2017 RCSFMIT

* **Correspondência:**

Rua Miguel Viana, 420
Itajubá - MG - CEP 37502-080
e-mail: iolanda.cristina@yahoo.com.br

doi: 10.21876/rcsfmit.v7i4.705

Introdução

A morte é uma das mais legítimas problemáticas da condição humana e de distintas interfaces no decorrer da história do pensamento ocidental. O saber-se mortal é um dos pilares da experiência que o homem tem de si mesmo, permeado pela consciência objetiva de sua mortalidade e por uma subjetividade que almeja a imortalidade.¹

A abordagem histórica da morte aponta uma significativa mudança em relação às atitudes perante o tema nas sociedades ocidentais a partir do século XX. O conteúdo é banido do discurso cotidiano, afastado, ocultado e temido. É transformando em tabu, privando o homem do processo de morte.^{2,3} Esse fato se deve ao progresso das técnicas médicas, ao longo dos últimos tempos, o qual viabilizou a transferência dos enfermos e da morte para o contexto hospitalar. Dessa forma, os processos de reanimação, de atenuação ou supressão do sofrimento tornaram possível o prolongamento da vida, podendo ocasionar na sociedade contemporânea a fantasia de onipotência sobre o processo de morte e morrer.⁴

A morte é definida como a cessação definitiva da vida e o morrer como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e o êxito letal. A terminalidade de vida baseia-se no esgotamento das possibilidades de resgate das condições de saúde, a partir da qual a morte torna-se próxima e inevitável.⁵

O médico não pode suprimir a morte, mas pode regular a sua duração a partir do domínio de suas técnicas e com o auxílio de equipamentos especializados. O profissional tornou-se o responsável por combater e vencer a morte, sendo o ser tanatológico (grego: *tanatos*=morte, *litis*=destruição), ou seja, quem decide tecnicamente o momento da morte e as circunstâncias do morrer.⁶ Essa concepção torna a morte um tema interdito, ocasionando entraves na comunicação entre pacientes, familiares e profissionais.^{7,8}

Kübler-Ross, em a sua obra "Sobre a morte e o morrer", foi agente principal da crescente popularidade da consciência da morte. Neste estudo empírico, a autora discorre sobre as atitudes diante da morte e do morrer afirmando que nossa sociedade é propensa a evitar a morte, mas, sobretudo, a ignorá-la. Sugere que os profissionais reflitam sobre sua própria morte como aspecto componente e central da vida, auxiliando assim a transmissão de valores humanos e facilitando o trabalho com os pacientes e seus familiares.⁹

A morte constitui-se como fenômeno constante nas vivências e no aprendizado dos residentes de Medicina que passam pelos hospitais. A rotina de atuação deixa pouco espaço para os momentos de introspecção, implicando a emergência de dúvidas e angústias. O cuidar de uma pessoa que agoniza induz o profissional a se conscientizar da singularidade de cada indivíduo, levando a uma tomada de consciência da sua própria finitude e limitação da vida.^{1,7,8}

A necessidade de comunicar um óbito aos familiares do paciente provavelmente estará presente em algum momento da atuação profissional da maioria dos médicos. O ato de transmitir a má notícia gera dificuldades de lidar com as emoções e reações referidas pelos familiares, e

também com as próprias emoções e receios. A ausência de treinamento durante a formação acadêmica contribui para o não oferecimento de maiores habilidades e segurança diante da situação.¹⁰ A maioria dos atuais espaços de discussão referentes à temática estão perpassados somente por questões relacionadas à realização de procedimentos corretos, técnicas assépticas, administração de medicamentos adequados e possíveis fracassos terapêuticos diante da morte.^{7,11}

Ressalte-se que a literatura acerca da percepção da morte considera, sobretudo, os enfermeiros, sendo escassos os trabalhos com enfoque nos profissionais de Medicina. A partir do exposto, o objetivo do presente estudo foi conhecer as percepções atribuídas por médicos residentes em relação à morte e quanto ao preparo para lidar com situações de óbito hospitalar.

Métodos

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, descritiva e transversal. A população da pesquisa foi referente aos residentes inscritos no Programa de Residência Médica do Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIt/HE) no ano de 2016. Tal programa conta com 50 médicos, distribuídos nas especialidades de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Gastroenterologia, Medicina da Família, Neurologia, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia, Pediatria e Radiologia. O período de coleta de dados foi correspondente aos meses de junho a setembro de 2016. O dimensionamento amostral mínimo foi de 38 residentes, através da utilização do software DINAM 1.0, com grau de confiança 95% e margem de erro de 5%.

O estudo foi iniciado mediante autorização do Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIt), sob parecer consubstanciado 1.412.884. Posteriormente, obteve-se a relação da identificação dos residentes do primeiro, segundo e terceiro ano da Residência Médica do Hospital Escola (HE) de Itajubá, através da secretaria de Ensino e Pesquisa do HE/FMIt. Foi realizado contato pessoal com os mesmos, convidando-os para participação no referido estudo. Nesta etapa, a pesquisadora encontrava-se munida do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), salvaguardando os direitos dos participantes.

Os critérios de inclusão foram de residentes de Medicina do HE/FMIt, independente da especialidade médica ou área de atuação, regularmente matriculados na instituição, que frequentassem as atividades acadêmicas/profissionais no período de estudo e concordassem em participar da pesquisa. Foram excluídos residentes que não se enquadrassem em quaisquer dos requisitos supracitados.

Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário estruturado (**Tabela 1**), elaborado pela própria pesquisadora a partir de referenciais teóricos na área,¹⁰⁻¹³ com o objetivo de levantar dados sociodemográficos (ano de residência, especialidade médica, idade, sexo e religião), percepções dos residentes sobre as situações de

Tabela 1. Questionário sobre percepção da morte e do morrer, utilizado no presente estudo.

Questões	Alternativas
01. Durante o curso de graduação médica, você acha que houve preparo teórico, prático e individual para lidar com a morte? Em caso afirmativo, como você qualifica sua formação na área?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
02. Na graduação, você teve disciplina específica relacionada à Morte?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
03. Durante a graduação ou na residência, você recebeu preparo para comunicação de notícia de óbito?	<input type="checkbox"/> Sim, de forma satisfatória para a minha prática clínica <input type="checkbox"/> Sim, porém insuficiente ou regular <input type="checkbox"/> Não
04. Sente-se seguro ao comunicar a notícia de óbito aos familiares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
05. Qual(is) os sentimentos emergem em você quando um paciente que estava sob seus cuidados e/ou de sua equipe vem a óbito?	<input type="checkbox"/> Impotência <input type="checkbox"/> Frustração <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Culpa <input type="checkbox"/> Conformismo <input type="checkbox"/> Analisa condutas e variáveis <input type="checkbox"/> Necessidade de melhoria dos conhecimentos <input type="checkbox"/> Alívio, quando há sofrimento do paciente. <input type="checkbox"/> Sensação de dever cumprido. Outros: _____
06. O que falta em sua formação profissional para lhe auxiliar diante deste evento?	<input type="checkbox"/> Contato mais cedo com o paciente <input type="checkbox"/> Interação com outras áreas <input type="checkbox"/> Discussão do conteúdo durante a graduação <input type="checkbox"/> Humanização na experiência de aprendizagem <input type="checkbox"/> Experiência anterior de contato com a morte <input type="checkbox"/> Nada Outros: _____
07. Qual(is) fatores contribuem para que você enfrente essas situações?	<input type="checkbox"/> Neutralidade/ Não se envolver com o paciente <input type="checkbox"/> Religião/ Crença espiritual <input type="checkbox"/> Sensação do dever cumprido <input type="checkbox"/> Controle emocional <input type="checkbox"/> O amor pela profissão <input type="checkbox"/> Experiências anteriores <input type="checkbox"/> Outros: _____
08. No ambiente domiciliar, você já conversou com os seus familiares sobre a morte e sobre decisões diante do morrer?	<input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Pouco Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
09. Para você, tratar do assunto morte causa:	<input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Curiosidade <input type="checkbox"/> Indiferença <input type="checkbox"/> Interesse <input type="checkbox"/> Satisfação Outros: _____
10. O que significa morte para você?	<input type="checkbox"/> Fim <input type="checkbox"/> Começo <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Passagem Outros: _____

morte no contexto hospitalar, sentimentos sobre o tema e a formação em Tanatologia.

Os dados foram compilados através do Software MS Excel® e analisados de forma estatística descritiva a partir de valores absolutos e relativos.

Conforme observado na **Figura 1**, foram abordados 42 residentes de Medicina, convidando-os a participar do presente estudo. Um residente recusou a participação na pesquisa e um questionário aplicado foi inviabilizado devido à ausência de preenchimento total do referido instrumento. A amostragem final foi de 40 participantes.

Resultados

Os dados citados na **Tabela 2** revelam que os residentes se encontravam distribuídos em maior escala no primeiro ano de residência (55,0%) e nas especialidades de Cirurgia Geral (17,5%) e Clínica Médica (17,5%).

Na **Tabela 3**, são explicitados dados quanto à faixa etária, sexo, estado civil e religião dos participantes. Observamos uma maioria (60,0%) pertencente ao sexo feminino, com média de idade de 27 anos e estado civil solteiro (82,5%). Quanto ao fator religião, 50,0% consideram-se católicos e 35,0% (parcela relevante da amostra) não respondeu à questão.

A primeira pergunta do questionário abordou os entrevistados quanto o preparo teórico, prático e individual para lidar com a morte durante a graduação. Os resultados mostraram que mais da metade dos residentes (62,5%) consideraram ter tido capacitação acadêmica para lidar com processos de morte. A percepção dos residentes quanto à qualidade dessa formação foi caracterizada como satisfatória por 68,0% desses residentes. Ressalta-se que este resultado é referente apenas aos entrevistados que entendem ter tido o preparo (n=25).

A questão número 2 foi referente à disciplina relativa ao estudo da morte e do morrer (Tanatologia) na base curricular da graduação. O resultado apontou que 50,0% dos participantes tiveram a disciplina durante o referido período.

A percepção da preparação teórica e prática para a transmissão de notícia de óbito aos familiares foi abordada na questão 3. Os dados indicaram que 32,5% afirmam terem tido bom preparo para comunicação de óbito hospitalar, enquanto 45,0% entendem terem tido uma preparação regular, e 22,5% referem não terem tido nenhuma capacitação nesse contexto.

Em relação à percepção dos entrevistados quanto ao sentimento de segurança para transmissão da notícia aos familiares do paciente, 57,5% dos médicos residentes perceberam-se seguros no ato de transmitir a má notícia.

As reações suscitadas nos residentes diante de um paciente que vem a óbito foram abordadas na questão 5. Nesta questão, poderia ser assinalada mais de uma alternativa; portanto, os dados foram compilados de acordo com a quantidade de participantes que escolheram determinada resposta. Observou-se que o sentimento de tristeza foi o mais presente entre os profissionais (75,0%), seguidos da análise de condutas e variáveis que conduziram à morte (70,0%), alívio, quando há sofrimento do paciente (42,5%) e sentimento de impotência (30,0%). No item “outros”, foi descrito sentimento de raiva diante da precariedade do Sistema de Saúde, e que as reações podem ser distintas dependendo da situação e do quadro do paciente.

As possíveis lacunas na formação dos residentes para lidar com situações de morte dentro do contexto hospitalar foram abordadas na questão 6. A questão admitia assinalar uma ou mais alternativas. As respostas de maior relevância foram as experiências anteriores no contato com a morte (42,5%), humanização nas experiências de aprendizado (35,0%) e discussão do conteúdo

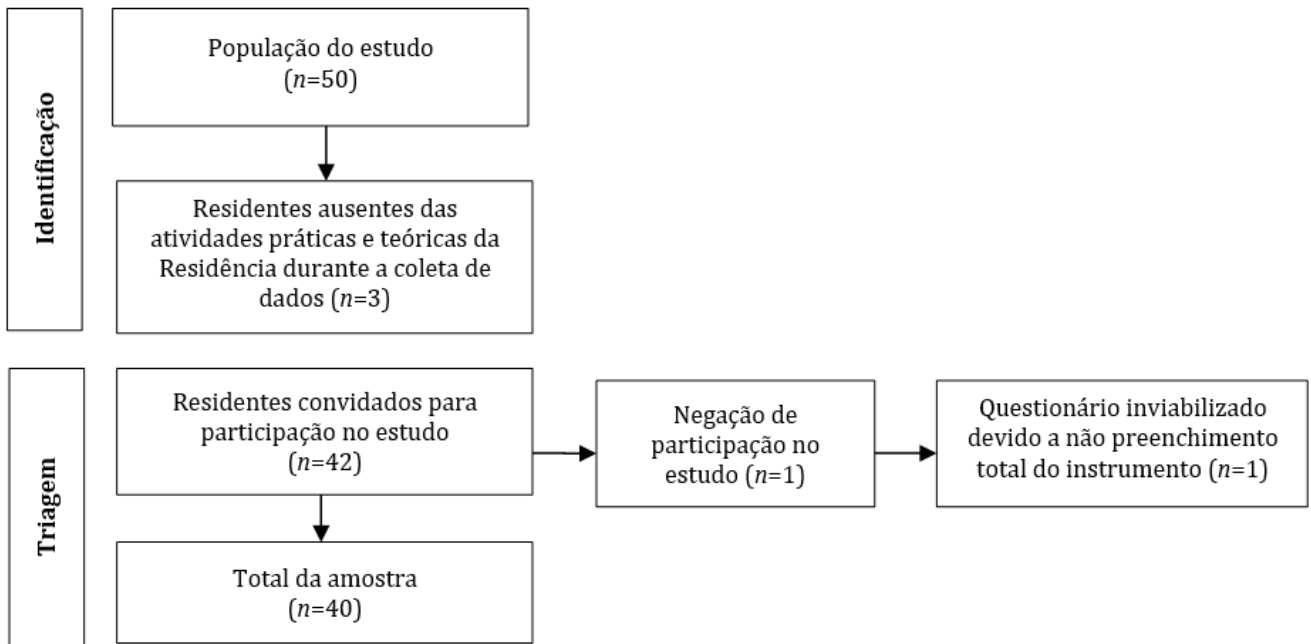


Figura 1. Processo de identificação e seleção da amostra.

Tabela 2. Caracterização da amostra quanto ao ano de residência e especialidade médica.

Características	n	Frequência relativa (%)
Residentes		
R1	22	55,0
R2	15	37,5
R3	03	7,5
Especialidade		
Cirurgia Geral	07	17,5
Clínica Médica	07	17,5
Ginecologia e Obstetrícia	05	12,5
Pediatria	05	12,5
Neurologia	04	10,0
Ortopedia	04	10,0
Radiologia	04	10,0
Anestesiologia	02	5,0
Gastroenterologia	01	2,5
Medicina de Família	01	2,5

durante a graduação (25%). No item “outros”, foi relatado “consenso da equipe, interação total no cuidado do paciente e na relação com os familiares”.

Os mecanismos individuais, culturais e antropológicos que são utilizados no enfrentamento das vivências de processos de terminalidade pelos residentes de Medicina foram expostas na questão 7. Nesta, o manejo das emoções foi o recurso mais apontado pelos participantes (60,0%), assim como o amor à profissão (47,5%) e a crença espiritual (42,5%). As experiências com situações de morte também foram sinalizadas como contribuintes para o enfrentamento da morte e morrer de pacientes hospitalizados.

A avaliação dos questionamentos de cunho pessoal, que se referiam à frequência do diálogo familiar sobre o tema, foi explorada na pergunta 8. Os dados denotam que 44,0% da amostra afirmam que a temática é pouco comentada fora do contexto hospitalar.

Na questão 9, foram explicitados os sentimentos despertados nos residentes mediante a discussão do tema. As respostas apontaram que 40,0% dos entrevistados assinalaram que o assunto lhes desperta interesse. Também foram evidenciados sentimentos de curiosidade (27,5%) e medo (25,0%). No item “outros”, foram descritos “tristeza pela saudade dos que se foram” e “apenas uma passagem, um ciclo natural da vida”.

Os resultados percentuais com relação ao significado da morte para cada um dos respondentes foram indagados na questão 10. Tentou-se traçar a representação de maior frequência entre a amostra do estudo. A porcentagem apresentada é referente ao número de citações obtidas por uma determinada opção. O significado

atribuído à morte pela maioria dos residentes foi como “Passagem” (47,5%) e “Processo” (40,0%). Também foi descrita como saudade, mistério, algo desconhecido e outros referiram não ter opinião formada a respeito desse tema.

Discussão

Em relação às características da amostra entrevistada, estudos apontam que atualmente no Brasil mais da metade dos estudantes de Medicina é constituída por mulheres, em concordância com a presente pesquisa.¹³ Nesta, a religião predominante foi a católica, seguidos dos cultos evangélicos e espíritas, em consonância com estudos na área.¹⁴

Os residentes de Medicina entrevistados, em sua maioria, afirmam ter tido bom preparo teórico e prático para manejo de situações de morte no contexto hospitalar. A informação diverge de estudos que afirmam que os currículos da maioria dos cursos de Medicina não enfatizam o lidar com a morte e o processo de morrer de pacientes no desenvolvimento profissional e exercício da função.¹⁵⁻¹⁷

A base curricular de metade dos residentes pesquisados inclui a disciplina específica sobre estudo da Morte e suas implicações no exercício da profissão. Este fato corrobora a pesquisa de Figueiredo e Stano,¹⁸ a qual descreve que atualmente é possível encontrar instituições de ensino em saúde com currículos que valorizam disciplinas voltadas para a humanização do atendimento. No Brasil, poucas faculdades oferecem o curso regular de

Tabela 3. Caracterização da amostra quanto ao sexo, idade, estado civil e religião.

Características	N	Frequência relativa (%)
Sexo		
Feminino	24	60,0
Masculino	16	40,0
Idade (anos)		
24-26	16	40,0
27-29	17	42,5
30-32	03	7,5
33-35	04	10,0
Estado Civil		
Solteiros	33	82,5
Casados	07	17,5
Religião		
Católica	20	50,0
Espírita	01	2,5
Protestante	01	2,5
Evangélica	02	5,0
Indefinido/Não possui	02	5,0
Não responderam	14	35,0

Tanatologia como novo cenário de ensino-aprendizagem na configuração do saber médico.¹⁸

A transmissão de notícia de óbito exige dos profissionais habilidades de comunicação interpessoal, comunicação verbal e não verbal. A formação adequada para a comunicação da notícia de óbito é aquela que objetiva desenvolver nos profissionais habilidades na diminuição de conflitos, mal entendidos e a solucionar problemas detectados na interação com as pessoas.¹⁹ A amostra estudada referiu preparo regular para tal circunstância; porém, sente-se relativamente segura no ato de transmitir a notícia, revelando percepções de habilidades individuais de comunicação. Para Perosa,²⁰ o tempo de experiência profissional também pode aprimorar habilidades médicas em comunicar notícias desagradáveis, assim como a observação da conduta de outros profissionais. As pesquisas de Lech *et al.*²¹ e Starzewski Jr *et al.*²² sobre percepções acerca da comunicação de más notícias confirmam os resultados obtidos. Nestes estudos, foi revelado que os profissionais consideram boa a habilidade de comunicação da má notícia. No entanto, qualificam a formação como inadequada ou insuficiente, corroborando as informações colhidas no presente estudo, no qual os entrevistados a consideram regular ou insuficiente para a prática clínica.

Outro aspecto abordado no presente estudo foi o questionamento sobre a percepção de possíveis lacunas no preparo acadêmico e profissional para lidar com pacientes em terminalidade. Foram abordados fatores relacio-

onados às experiências anteriores no contato com a morte, humanização nas experiências de aprendizado e discussão do conteúdo durante a graduação. A literatura aponta que as vivências do médico em formação junto ao doente em fim de vida e com a morte contribui para que não se formem mecanismos de evitação do sofrimento ao que o mesmo terá de se expor ao longo da sua vida profissional.²³ A necessidade de humanização no que tange ao ensino tanatológico deve contemplar, de acordo com Marta *et al.*¹, as concepções dos alunos sobre a morte, conceitos teóricos sobre o tema, atividades práticas para sensibilização dos discentes em relação ao cuidado integral ao paciente, ajudando-os a lidar melhor com seus sentimentos e promovendo, além de conhecimento técnico-científico, reflexões e experiências da temática nas áreas teórica, pessoal e prática.

As reações suscitadas no médico diante do paciente no fim de vida são influenciadas pelas características de sua personalidade, sua formação acadêmica e profissional, morte de pessoas com as quais tenha laços afetivos ou mesmo vivências de proximidade com a própria morte.^{24,25}

No presente estudo, revela-se predominância da reação de tristeza diante do paciente no fim de vida. Lima¹² afirma ser natural que a morte de um paciente provoque dor no médico e comenta sobre dois conceitos básicos: a “grande distância” e a “distância crítica”. O primeiro corresponde aos médicos que se afastam emocionalmente do paciente, enquanto no segundo, os médicos

conseguem não se deixar envolver pelo paciente, mas também não se afastam. Do ponto de vista da relação médico-paciente, o autor classifica a distância crítica como uma boa relação. Nesse sentido, considera-se que sentir tristeza pela morte de um paciente pode ser sensibilidade emocional e empatia com paciente e familiares; porém, com a capacidade de separar situações profissionais do restante da vida pessoal.

Outras reações destacadas entre os entrevistados, mediante o óbito do paciente que estava sob seus cuidados, foram a Análise de Condutas e variáveis que influenciaram o óbito e a necessidade de melhoria dos conhecimentos, o que implica tentativas de intelectualização e racionalização das experiências. A racionalização é o processo em que o indivíduo apresenta uma explicação logicamente consistente ou eticamente aceitável para uma atitude, ação, ideia ou sentimento que causa angústia. Esse mecanismo de defesa torna-se tão maior quanto mais elevado é o encobrimento e o recalçamento da noção de finitude.^{26,27}

O sentimento de alívio diante do óbito de paciente agonizante, revelado entre os participantes, é abordado pelos estudiosos como um aspecto positivo no lidar com a morte, pois remete a um sentimento de conforto pela pessoa que irá ficar livre de seus sofrimentos.^{10,17}

Os mecanismos para o enfrentamento diante do processo da morte são relativos às crenças individuais de cada médico, pois este carrega consigo uma bagagem própria no que concerne à representação da morte.²⁴ Na presente pesquisa, foram destacados amor pela profissão, controle emocional e a religiosidade/crença espiritual.

O amor pela profissão, apresentado pela amostra como recurso de enfrentamento, é, segundo Figueiredo,²³ a representação concreta de que a Medicina não é apenas a busca da cura, e que nunca se poderá fazer sem o envolvimento amoroso do médico com os seus doentes. Em estudo com médicos sobre riscos de adoecimento no trabalho, estes relataram que a identificação com a profissão, a motivação em relação ao trabalho, a realização profissional, o reconhecimento do paciente e a admiração que sentem pela profissão auxiliam na construção de suas identidades e no enfrentamento das situações difíceis do cotidiano.²⁸

O controle emocional enfatizado pelos residentes passa a ter um caráter de proteção da saúde destes, pois a exposição contínua a fatores desgastantes no ambiente laboral é facilitadora para o desencadeamento de ansiedade, auto exigência extrema, tensão e desorganização psíquica.¹⁴ A neutralidade, outro fator assinalado pelos residentes, implica não envolvimento do profissional na tentativa de ser mais prático, objetivo e funcional na luta contra a doença e a morte. Este tipo de mecanismo implica uma postura mecanicista e impessoal diante do paciente e da família, não propiciando uma melhor qualidade de morte para o ser humano.¹⁰

A crença espiritual foi revelada pelos participantes como fator de enfrentamento diante de situações de terminalidade. Neste sentido, a morte e o processo de morrer são objetos de crenças, filosofias e ritos específicos, que podem apresentar-se em razão das diferenças entre as diversas concepções e credos. O caráter religioso ou

espiritual possui um significado social diante dos problemas e dificuldades enfrentados nas situações da vida, podendo influenciar a adoção de determinadas estratégias de enfrentamento e oferecer um sentido à vida, consolo e orientações frente às vivências de angústias e incertezas.^{12,14}

A avaliação dos questionamentos de cunho pessoal, que se referiam à frequência do diálogo familiar sobre o tema, revelou que são poucas as conversas sobre a temática fora do contexto hospitalar. Os resultados corroboram a pesquisa de Marta *et al.*¹, na qual a maioria dos entrevistados referiram que a temática ainda não é discutida com naturalidade. Na sociedade, ainda permanece o tema como tabu, com percepções negativas arraigadas que dificultam o trato natural da morte. Em contrapartida, os residentes afirmam sentir interesse pela temática, podendo-se considerar a influência da inclusão de disciplinas específicas sobre o tema e o aumento do número de publicações que enfatizam a importância de tal diálogo.^{25,29} Este último achado diverge do estudo de Melo e Silva¹⁷ sobre a estranheza do médico frente à morte, no qual os médicos entrevistados referiram não se sentirem confortáveis ao tratar do assunto, esquivando-se dele de alguma maneira e salientando esse refúgio no cotidiano.

A representação atribuída à morte pela maioria dos residentes foi como Passagem e Processo natural da vida. Tais significações são destacadas no estudo de Marta *et al.*¹ em que os médicos visualizam a morte como um processo natural e como o fim de um ciclo. Na pesquisa de Vicensi,¹⁶ um dos grupos entrevistados quanto significações do óbito hospitalar também concebe a morte como natural, entendendo-a como processo igual ao do nascimento. As visões de morte pela nuance da naturalidade se associam positivamente com a religiosidade ou espiritualidade, revelando maior aceitação da morte e do sentido da vida.²⁴ Vale destacar que a crença espiritual também foi mencionada anteriormente como forma de enfrentamento da morte.

Conclusão

A pesquisa apontou, através da perspectiva dos residentes de Medicina, uma preparação para situações de morte e morrer no contexto hospitalar suficiente para a prática clínica, embora ainda com lacunas na formação. Os sentimentos emergidos nos profissionais diante óbito de seus pacientes refletem em sensibilidade e empatia diante da morte, sem implicar distanciamento afetivo ou desorganização emocional. A temática permanece como tabu na sociedade, sendo pouco o diálogo do tema em ambientes familiares; porém, vem despertando interesse e curiosidade nos profissionais de saúde.

Dessa forma, fazem-se necessários os estudos sobre o tema durante a formação acadêmica e profissional, com enfoque nos aspectos não só teóricos, mas também no desenvolvimento de habilidades e competências inter-pessoais. A formação profissional deve propiciar espaços de reflexão e planejamento de ações de humanização no cuidado aos pacientes, melhorando a assistência à saúde e a qualidade dos serviços prestados.

Referências

1. Marta GN, Marta SN, Andrea Filho A, Job JRPP. O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(3):416-27.
2. Angerami-Camon AV, Trucharte FAR, Knijnik BR, Sebastiani RW. *Psicologia hospitalar: teoria e prática.* São Paulo: Pioneira Psicologia; 1995.
3. Ariès P. *História da morte no ocidente: da idade média à atualidade.* Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1997.
4. Kóvacs MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *Mundo Saúde.* 2010;34(4):420-9.
5. Marengo MO, Flávio DA, Silva RHA. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. *Med Ribeirão Preto.* 2009;42(3):350-7.
6. Simon R. O complexo tanatológico justificando medidas de psicologia para estudantes de medicina. *Bol Psiquiatr.* 1971;4(4):113-5.
7. Kóvacs MJ. *Educação para a morte: Temas e reflexões.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
8. Almeida LF, Falcão EBM. Representação social de morte e a formação médica: a importância da UTI. *Rev Bras Educ Med.* 2013;37(2):226-34.
9. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer.* São Paulo: Martins Fontes; 1998.
10. Medeiros LA, Lustosa MA. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Rev SBPH.* 2011;14(2):203-27.
11. Azeredo NSG, Rocha CF, Carvalho PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2010;35(1):37-43.
12. Lima DML. *Enfrentamento de situações de morte e morrer: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu preparo [Dissertação].* Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2007.
13. Amaral MXG, Leopoldo DA, Barbosa NF, Bruscatto WL, Kavabata NK. Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. *Rev SBPH.* 2008;11(1):61-86.
14. Figueiredo MGMCA, Stano RCT. Estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2013;37(2):298-307.
15. Campelos ICSF. *A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde. [Trabalho de Conclusão de Curso].* Porto: Universidade de Fernando Pessoa Faculdade de Ciências Humanas e Sociais; 2006.
16. Vicensi MC. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. *Rev Bioét.* 2016;24(1):64-72.
17. Mello AAM, Silva LC. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. *Rev Abordagem Gestalt.* 2012;18(1):52-60.
18. Figueiredo MGMCA, Stano RCMT. O estudo da morte e dos cuidados paliativos: ausências no currículo de medicina. *Rev Ciênc Saúde.* 2013;3(3):74-86.
19. Silva MJP. Comunicação de más notícias. *Mundo Saúde.* 2012;36(1):49-53.
20. Perosa GB, Ranzani PM. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(4):468-73.
21. Lech SS, Destefani AS, Bonamigo EL. Percepção dos médicos sobre comunicação de más notícias ao paciente. *Unoesc Ciênc.* 2013;4(1):69-78.
22. Starzewski Júnior A, Rolim LC, Morrone LC. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. *Rev Assoc Med Bras.* 2005;51(1):11-6.
23. Figueiredo MGMCA. *Cuidados Paliativos no currículo de formação médica: o ensino como lugar de comunidades de aprendizagem. [Dissertação].* Itajubá: Universidade Federal de Itajubá; 2013.
24. Machado RS, Lima LAA, Silva GRF, Monteiro CFS, Rocha SS. Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Rev Cultura Cuidados.* 2016;20(45):91-7.
25. Kóvacs MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev Bioét.* 2014;22(1):94-104.
26. Hall CS, Lindzey G, Campbell JB. *Teorias da personalidade.* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
27. Santos MA, Santos FCOA, Cardoso EAO. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(9):2625-34.
28. Barros NMGC. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. *REGE.* 2015;22(1):21-39.
29. Maia FS, Castro CHA. Mecanismos de defesa frente à iminência da morte: um olhar do fisioterapeuta. *Rev Ciênc Esc Saúde.* 2015;4(1):33-45.