



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO**

Largo do Terreiro de Jesus - Centro Histórico
40.026-010 Salvador, Bahia, Brasil
Telefax: (55) (71) 3283-5572; 3283.5573; 8726-4059
Email: sat@ufba.br <http://www.sat.ufba.br/>



**O COTIDIANO COM A MORTE E O MORRER EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

QUELI NASCIMENTO SANTOS

Dissertação de Mestrado

Salvador (Bahia), 2016

Queli Nascimento Santos. O COTIDIANO COM A MORTE E O MORRER EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, 2016.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

S237 Santos, Queli Nascimento.

O cotidiano com a morte e o morrer em uma unidade de terapia intensiva / Queli Nascimento Santos. - Salvador, 2016.

100 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Lauro Antonio Porto.

Coorientadora: Profa. Dra. Cláudia Bacelar Batista.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Salvador, 2016.

Área de conhecimento: Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Trabalho.

Linha de pesquisa: Ciências Sociais em Saúde, Ambiente e Trabalho.

1. Morte. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Ambiente de trabalho. 4. Atitude frente à morte. 5. Atitude do pessoal de saúde. 6. Equipe de assistência ao paciente. 7. Relações interprofissionais. 8. Percepção. 9. Fenomenologia. I. Porto, Lauro Antonio. II. Batista, Cláudia Bacelar. III. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho. IV. Título.

CDU: 331.4:613.6



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO**

Largo do Terreiro de Jesus - Centro Histórico
40.026-010 Salvador, Bahia, Brasil
Telefax: (55) (71) 3283-5572; 3283.5573; 8726-4059
Email: sat@ufba.br <http://www.sat.ufba.br/>



**O COTIDIANO COM A MORTE E O MORRER EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

QUELI NASCIMENTO SANTOS

Professor-orientador: Lauro Antonio Porto
Professora-coorientadora: Cláudia Bacelar Batista

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador (Bahia), 2016

QUELI NASCIMENTO SANTOS

O COTIDIANO COM A MORTE E O MORRER EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Data da defesa: 30 de março de 2016

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Elisa Villas-Bôas Pinheiro de Lemos – Faculdade de Direito/UFBA

Prof. Dr. Lauro Antonio Porto – Orientador – FAMEB/UFBA

Profa. Dra. Cláudia Bacelar Batista – Coorientadora – FAMEB/UFBA

Profa. Dra. Maria do Carmo Soares de Freitas – FAMEB/UFBA

Viver
E não ter a vergonha
De ser feliz
Cantar, cantar e cantar
A beleza de ser
Um eterno aprendiz.
(O que é, o que é? – Gonzaguinha)

Dedico essa dissertação aos profissionais da UTI, por me permitiram realizar o estudo, conhecer e compartilhar seu campo de trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me oferecer paz, luz e sabedoria todos os dias.

Aos meus pais, por me educarem com tanta dedicação e esforço, me apresentando para o mundo, permitindo que eu fizesse dele a minha morada.

Aos meus irmãos, pelo carinho declarado e força nos momentos difíceis, admiro vocês por tudo que fazem e são.

Ao Ciro, pelo companheirismo e apoio diário, torcendo por mim em cada novo desafio... e eu me submeto a muitos!

À minha turma do mestrado, por sua característica INTERDISCIPLINAR, permitindo o diálogo entre conhecimentos. Especialmente à Patrícia Valadão, pois em seus olhos, eu enxergava sua torcida por mim.

Ao professor Lauro Porto, meu orientador, que enfrentou o desafio dessa dissertação, ao se enveredar pelo caminho da pesquisa qualitativa, acreditando que essa proposta de investigação era possível.

À professora Cláudia Bacelar pelas contribuições e coorientação.

À professora Maria do Carmo Soares de Freitas, querida “Carminha”, por sua generosidade em ajudar-me quando mais precisei.

À Solange Xavier, pela atenção e auxílio desde quando ingressei como aluna especial do MSAT até o início do mestrado.

À Marivalda Umbelino, nossa "Inha", por seus inúmeros abraços e conversas nos corredores da FAMED.

Aos professores do PPGSAT, por contribuírem no meu processo de aprendizagem e oportunizarem meu crescimento científico, levarei para sempre os conhecimentos que adquiri.

Ao Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (NUGTES), Sandra Ely, “Carminho” e Margarida Miranda, por permitirem a execução desse estudo na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral Menandro de Faria (UTI-HGMF).

Aos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva, por toda confiança.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

Universidade Federal da Bahia – UFBA

Faculdade de Medicina da Bahia – FAMEB/UFBA

Hospital Geral Menandro de Faria – HGMF

FONTES DE FINANCIAMENTO

A pesquisadora foi bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
– CAPES

A pesquisadora recebeu auxílio-dissertação da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da
Bahia – FAPESB

RESUMO

Além de fatos biológicos, morte e morrer são processos construídos socialmente, porque envolvem a criação de simbologias no contexto histórico e cultural no qual o indivíduo está inserido. Morte e processo de morrer foram historicamente transferidos para o espaço do hospital e serviços de saúde especializados, como as unidades de terapia intensiva (UTI), implicando ao profissional da equipe multidisciplinar em saúde a convivência com esses fenômenos no ambiente ocupacional. Dessa maneira, a presente dissertação objetiva investigar a vivência de profissionais de uma unidade de cuidados intensivos tendo a morte e o processo de morrer como cotidiano de trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como recursos empíricos, para a produção de dados, as observações de campo e a entrevista semiestruturada. Este estudo utiliza como base a fenomenologia social de Alfred Schütz, que permitiu revelar os significados intersubjetivos atribuídos à vivência com a finitude da vida neste ambiente ocupacional e as repercussões que incorrem sobre os profissionais, delineando sentidos comuns. Para os trabalhadores da equipe multiprofissional, a UTI é um espaço construído por intercâmbio de experiências e que precisa ser diferenciado na assistência às pessoas no evento da morte e no processo de morrer. Os fenômenos de terminalidade são significados e vivenciados de modos singulares. A morte para a equipe é tida como uma possibilidade. O morrer é atribuído como uma dificuldade, um processo que afeta os profissionais diante de determinadas situações de assistência e envolvimento com a história de vida do paciente.

Palavras-chave: Morte; Morrer; Unidades de Terapia Intensiva; Categorias de Trabalhadores; Fenomenologia.

ABSTRACT

In addition to biological facts, death and dying are processes socially constructed, because they encompass the creation of symbologies in the historical and cultural context in which the individual is inserted. Death and the process of dying were historically transferred to hospitals and specialized health services, such as intensive care units (ICU), implying to multidisciplinary health team professionals the experience with these phenomena in the occupational environment. Thus, this dissertation aims at investigating the living of intensive care unit professionals, having death and the process of dying as a working daily life. It is a piece of qualitative research that used as empirical sources field observations and semi-structured interviews for production of data. This study uses as a foundation the social phenomenology by Alfred Schütz, which permitted to reveal the intersubjective meanings attributed to living with finitude in this occupational environment and its repercussions on professionals, delineating common senses. For multi-professional team workers, ICU is a space constructed by exchange of experiences and that needs to be differentiated in the assistance in cases of death and dying. Terminality phenomena are signified and experienced in singular ways. For the team, death is considered as a possibility, something that is susceptible to happen in that workspace and that is part of life. Dying is defined as a difficulty, a process that affects the professionals in the face of certain situations of assistance and involvement with the patient's life story.

Keywords: Death. Death and Dying. Intensive Care Units. Occupational Groups. Phenomenology.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	DESPERTAR DO TEMA	13
2	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
2.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE E O MORRER NA CULTURA OCIDENTAL	15
2.2	O PROFISSIONAL DE SAÚDE PERANTE A MORTE E O MORRER	18
3	METODOLOGIA	22
3.1	O PERCURSO METODOLÓGICO	22
3.2	ABORDAGEM TÉORICO-METODOLÓGICA	24
3.3	CENÁRIO DO ESTUDO	26
3.4	AS OBSERVAÇÕES E AS ENTREVISTAS	28
4	PROCESSO DE ANÁLISE E COMPREENSÃO	32
4.1	A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	33
4.1.1	INSERÇÃO NA UTI	33
4.1.2	CONSTRUÇÃO DE UM MUNDO DO TRABALHO	35
4.2	A MORTE	37
4.2.1	ANTES NÃO ERA COMO AGORA	37
4.2.2	MORTE COMO ALÍVIO DO SOFRIMENTO	39
4.2.3	DO DESEJO DE ALTA AO ÚLTIMO SUPORTE	41
4.2.4	MORTE QUE FAZ PARTE DA VIDA	45
4.3	O MORRER	49
4.3.1	ENVOLVIMENTO E PREPARAÇÃO	49
4.3.2	UTI DE CRÔNICOS	53
4.3.3	O SISTEMA	55
4.3.4	CRENÇAS NA UTI	57
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	62
	APÊNDICES	70
	ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

1.1 DESPERTAR DO TEMA

A pesquisadora tem formação em Psicologia (UFBA/2012) e durante o curso de graduação atuou em alguns espaços do contexto hospitalar (unidade de urgência e emergência; enfermaria de crônicos, oncologia, fisiologia e unidade de cirurgia geral) despertando o interesse pelas questões que envolvem a tríade: paciente, família e equipe multiprofissional.

Começou a perceber que dentro do hospital, entre as variadas situações, os sujeitos envolvidos se deparam com a morte e o morrer continuamente. Foi quando iniciou seus estudos voltados à área da tanatologia para compreender o que é a morte, o morrer, a perda e o luto e como esses conteúdos são apresentados no ambiente hospitalar, demandando do indivíduo significados para lidar com essas experiências.

Assim, questionava-se como o hospital se tornou o lugar de convivência com situações de vida e de morte, alegria e dor, alívio e desespero. Para tentar responder à essas interrogações, trabalhou junto ao paciente enfermo auxiliando-o a ultrapassar a experiência de adoecimento e seus desdobramentos, bem como, escreveu um artigo sobre formas de enfrentamento do familiar cuidador (SANTOS, 2013). Por fim, entrou no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho para empreender a atividade de pesquisa científica voltada à saúde do trabalhador que atua tendo a morte e o morrer como cotidiano de trabalho, a fim de apreender que significados atribuem e como são afetados por esta vivência, aperfeiçoando seus estudos sobre o paciente, a família e agora a equipe.

A decisão de escolher a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como campo de investigação para realizar este estudo nasceu do diálogo constante com a literatura, apontando este setor como lugar de complexidade e grande tecnologia, que mesmo diante de uma assistência plena e integral existem condições que escapam à configuração biomédica e a morte do sujeito ocorre neste campo de prática. A pesquisadora percebeu que as UTIs aproximam o profissional da equipe multidisciplinar destes momentos de finitude da vida e decidiu investigá-los.

Logo, a pergunta de pesquisa que a conduziu a querer investigar os profissionais era a de *como a equipe multiprofissional vivencia o processo de morrer e a morte presentes em sua prática profissional*, já que experimentar tais fenômenos faz parte deste contexto de trabalho e convoca os trabalhadores do setor a (re)pensarem sobre suas atuações.

Por esta razão, adentrou ao campo da pesquisa em saúde, tratada pelo Ministério da Saúde (2008, p. 773) como instrumento de conhecimento que “[...] incluirá a totalidade das atividades de pesquisa” seja na área técnica e/ou humana ligadas às ciências da saúde.

Esta pesquisa, portanto, ia se configurando como um modo de investigação capaz de atingir os agentes trabalhadores no setor de cuidados intensivos no modo de entender como seu espaço de trabalho perante a morte e o morrer pode interagir com eles, gerando significados e repercussões dentro desta vivência. Isto porque, considera-se que na abordagem qualitativa o significado, aquele querer expressar, seja individual ou coletivo, possui função estruturante e organizadora, pois, como afirma Turato (2005, p. 509), “[...] em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde”. E, então, o pesquisador qualitativista pode trabalhar com o sentido do significar. Os trabalhadores alheios a este conteúdo alienam-se dos processos que podem afetar sua saúde no campo somático, emocional e intersubjetivo.

A partir da construção deste panorama foram sendo realizadas as buscas bibliográficas e o convite ao núcleo de pesquisa e gestão do trabalho de um hospital público do Estado da Bahia, para que a UTI desse hospital pudesse ser o cenário de realização da pesquisa, sendo aceito e aprovado pelos responsáveis e onde foi conduzido o estudo.

Esta dissertação está dividida em quatro partes. A primeira apresenta o enquadramento teórico que dá sustentação à pesquisa, trazendo as concepções de morte e morrer na história do ocidente, junto com a evolução da tecnologia médica e a institucionalização das ações no ambiente hospitalar; e também, à relação do profissional de saúde com a morte e morrer nos contextos do trabalho e nas unidades de terapia intensiva.

Na segunda parte há a exposição da metodologia de acordo com o percurso metodológico perpetrado pela pesquisadora, a abordagem utilizada, o cenário de estudo e inserção da pesquisadora no espaço da UTI. A terceira parte mostra os eixos de análise e a interpretação dos dados obtidos através das observações de campo e entrevistas. A última parte realiza considerações finais sobre o material investigado, tecendo possibilidades de futuros aprofundamentos e desdobramentos a serem executados.

2 ENQUADRAMENTO TÉORICO

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE E O MORRER NA CULTURA OCIDENTAL

A morte é um acontecimento natural do ciclo de vida e o homem é um ser vivo capaz de ter consciência acerca dela. Assim, além de ser um evento biologicamente natural, a morte e o morrer são processos construídos socialmente, porque envolvem a criação de simbologias no contexto histórico e cultural no qual os indivíduos estão inseridos.

Na sociedade ocidental, o modo de encarar a morte e o morrer sofreu diversas mudanças no decorrer de sua história, trazendo peculiaridades na forma como é abordada atualmente. Com um recorte histórico, da Idade Média até a contemporaneidade, é possível perceber as transformações que foram delineadas ao longo dos séculos e no lidar com a morte e o processo de morrer.

Entre os séculos V e o XV, o homem medieval encarou a morte de formas distintas em períodos conhecidos como Alta e Baixa Idade Média. Na chamada Alta Idade Média, a morte era tratada como um evento natural e próximo. De ocorrência mais rotineira, quase diária, não era um tabu, escondida do convívio social, pois os homens falavam sobre ela e o moribundo, além de vivenciá-la de maneira comunitária. Vale ressaltar que, mesmo mais íntima, a aceitação da morte nesse período não era inteiramente pacífica ou sem inconformismos, devido à condição sanitária de precariedade que os indivíduos enfrentavam. Nesse sentido, Kappaun (2013, p.14) argumenta que foi “[...] um período instável e contraditório: multidões de mendigos; prosperidade dos senhores e miséria dos pobres; medo de punição depois da morte, levando príncipes a começarem a sustentar as igrejas e pobres a rezarem e se arrependem”.

Na Baixa Idade Média, a Igreja Católica começa a ter um papel mais central na vinculação entre o mundo dos vivos e dos mortos. Morte e vida passam a ser subjugadas à instituição clerical e a morte passa a ganhar novos ritos e símbolos, como o esqueleto e a foice para ceifar o indivíduo ou o coletivo (CAMPOS, 2015). Kovács (1992) aponta ainda que, em relação ao sepultamento, os mais abastados da sociedade eram enterrados em lugares mais valorizados, dependendo do prestígio social, tais como os altares, enquanto que os mais miseráveis eram enterrados nos pátios das igrejas. Posteriormente tal lógica dá origem aos cemitérios.

Do século XVII ao XVIII, o principal medo em relação à morte era o de ser enterrado vivo. Os homens da época temiam qualquer possibilidade de acordar dentro de um túmulo e, por conta disso, iniciaram ritos e cerimônias de velamento do corpo com duração muitas vezes superior

às 48 horas. Este era o modo de “[...] garantir-se que a morte era definitiva” (KOVÁCS, 1992, p.36) e a decomposição do moribundo já estava em curso.

No século XIX, a morte e o morrer assumem uma aura romântica, segundo a concepção do historiador Philippe Ariès (1975). Ele revela que o fim da vida, para os sujeitos da época, transforma-se em possibilidade de reencontro com entes queridos, que partiram do mundo material, em algum universo espiritual. A ideia de vida eterna e de reencontro vai aos poucos se contrapondo à imagem trazida pela Igreja Católica de juízo final, em um acerto de contas com Deus e um purgatório para purificar a alma. Nesse momento, têm início diversos movimentos religiosos e espirituais, alternativos ao catolicismo, apoiados na crença de vida pós-morte e na comunicação entre vivos e mortos (ANDRADE, 2008).

Outro ponto importante e que merece destaque durante o período do século XIX é o progresso das ciências, principalmente nas áreas biológicas, biomédicas e no campo da saúde pública. Foram feitas várias descobertas, tais como o nexos causal entre microrganismos e doenças. Andrade (2008) ressalta também que foram alcançados muitos avanços científicos, como, por exemplo, o aprimoramento do microscópio, da histologia, da embriologia e da fisiologia. E ainda, movimentos sociais foram ganhando espaços, buscando transformações no âmbito da saúde pública da época.

Além disso, os hospitais especializados no cuidado curativo foram criando novos caminhos, passando a reunir profissionais de especialidades diversas. De maneira elementar e com caráter filantrópico, esses hospitais ainda são ligados à Igreja. Só no século seguinte há o rompimento dessa vinculação, e os hospitais passam a ser mais autônomos na prestação da assistência médica, bem como tecnologicamente mais equipados (ANDRADE, 2008).

Com o desenvolvimento industrial e tecnológico, em especial, o avanço da tecnologia médica, há mudanças na representação da morte e do morrer, sobretudo, com a criação de aparatos tecnológicos para a manutenção da vida, entre estes, o pulmão de aço, os respiradores artificiais, os desfibriladores, os monitores de funções corporais e os aparelhos de diálise, por exemplo (MENEZES, 2003).

A partir do século XX e neste ainda recente cenário do século XXI, a morte e o morrer passam a ser tratados como um tabu, caracterizado pela dificuldade de falar sobre o tema, escondidos e postergados a qualquer custo nas práticas de saúde (ARIES, 1975). A morte e o processo de morrer deixam de ser mais próximos das pessoas e tornam-se cada vez mais institucionalizados,

sob a responsabilidade dos profissionais de saúde (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011). A caricatura representativa da morte como esqueleto e foice passa a ser substituída pela imagem do sujeito hospitalizado, tendo seu corpo invadido por tubos e aparelhos.

Diante do progresso tecnológico do passar dos séculos, a morte e o morrer passam a ser abrigados no âmbito do hospital, evita-se a proximidade com esses fenômenos e o prestador de assistência em saúde passa a deter o poder de lutar contra eles. Segundo Ariès (1989, p. 624), “O quarto passou do lar para o hospital. Devido às técnicas médicas, essa transferência foi aceita pelos familiares e facilitada por sua cumplicidade”. Os sujeitos, então, se afastam para não ver o familiar que está morrendo e o hospital afasta a família para não incomodar o seu silêncio.

Nesse processo, o hospital encarrega-se do paciente; a medicina evolui para o prolongamento da vida, para adiar as causas e as formas de morrer; morte e morrer passam a ser controlados e monitorados. Contudo, como afirma Kübler-Ross (2008), a finitude continua presente no cotidiano, o que mudou foi o modo de conviver e lidar com esta, com o morrer e com os pacientes moribundos. Assim, independente dos motivos ou das configurações, hospitais e serviços de saúde se tornam seu palco principal (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

Nesse ponto, fazem-se necessários certos esclarecimentos sobre morte e morrer. A morte pode ser entendida como o fim da vida, a irreversibilidade. Sua definição perpassa por muitos campos de conhecimento, como filosóficos, teológicos, ético-legais, médicos, psicológicos e antropológicos (SANTOS, 2007). Não é, portanto, um conceito acabado, ele é relativo, complexo e mutável e por isso é possível falar em diversas mortes. Em se tratando da morte na sociedade tecnológica, em que a morte adentra as instituições hospitalares, critérios clínicos, biológicos e encefálicos, são exemplos do que vem sendo utilizado para concebê-la, mesmo que ainda seja difícil especificar com exatidão o paciente como morto (SANTOS, 2007; VILLAS-BÔAS, 2005).

O morrer, por sua vez, é o percurso até a finitude da vida, o trajeto para a morte, por isso tem sido considerado como processo, que sofre influência de fatores fisiológicos, sociais e comportamentais (QUEIROZ; SOUZA; PONTES, 2013). A psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross (2008) marcou a distinção entre morte e morrer no seu livro publicado pela primeira vez em 1969, com o título original de *On Death and Dying*, em que descreve seu trabalho com pacientes moribundos. Até a concretude da morte, ela considera que os sujeitos passam por cinco etapas ao saberem da condição de terminalidade: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Esse modelo de estágios foi amplamente difundido e estudado,

permitindo entender sobre algumas questões presentes no processo de morrer de sujeitos. Há também, outros referenciais a entender e trabalhar o tema da morte e morrer e como permeiam os espaços de saúde.

2.2 O PROFISSIONAL DE SAÚDE PERANTE A MORTE E O MORRER

No cenário hospitalar são vivenciados diversos eventos, tais como situações de estresse, sofrimento, suporte do adoecimento físico e/ou psíquico do outro, momentos de superação e resiliência, bem como acompanhamento do processo de morrer e circunstâncias de morte. É nesse contexto que se encontram os trabalhadores que lidam diariamente com estas demandas: os profissionais da equipe de saúde. As consequências deste panorama têm implicações diretas na maneira como esses profissionais encaram o seu campo de trabalho e como enfrentam essas questões.

É constante o impasse de lutar pela vida e contra a morte, fazendo os profissionais adotarem para si mesmos a responsabilidade de aliviar, salvar ou curar, na busca de preservar a vida a qualquer custo (SOUSA et al., 2009). Além disso, durante a formação acadêmica de muitos cursos na área da saúde, o tema da morte e do morrer é pouco abordado. Persiste nos cursos de formação a ênfase na cura e na manutenção da vida, que não raro passam a ser consideradas como finalidades únicas do tratamento e da terapêutica (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

Resultado desta formação, quando no contexto de trabalho, os trabalhadores sentem-se comprometidos unicamente com a defesa da vida, uma vez que foram preparados para mantê-la (SANTOS; HORMANEZ, 2013). Suas aceções de sustentar a vida e salvaguardá-la passam a ser apresentadas no espaço de atuação e confrontadas com a necessidade de assistir o sujeito que está morrendo. Portanto, lidar com vida e morte está presente na conjuntura do trabalho e, por conseguinte, o trabalhador da área de saúde deve estar preparado para o enfrentamento de possíveis angústias oriundas de estar diante da morte e do morrer.

Borges e Mendes (2012) realizaram uma pesquisa sobre a representação da morte e do processo de morrer com profissionais da saúde das áreas de nutrição, enfermagem e medicina em uma clínica-escola e apontaram que a formação dos profissionais tem uma lacuna teórico-prática permitindo que a morte seja interpretada como fracasso.

Outro estudo, realizado para conhecer as experiências vivenciadas com morte e morrer de pacientes no cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem, evidenciou sentimentos de medo, tristeza, impotência, perda e fracasso entre esses cuidadores, concluindo que os

profissionais ainda se mostram pouco preparados para lidar com esta vivência (SALOMÉ; CAVALI; ESPÓSITO, 2009).

Uma pesquisa inglesa de base fenomenológica pretendeu descobrir como enfermeiros recém-formados lidam com morte e morrer de pacientes e conseqüentemente como prestam serviços de assistência nesta situação. Diante das estratégias utilizadas pelos enfermeiros, se delineou a organização de uma estrutura de gestão para habilitar os profissionais a enfrentarem a morte de pacientes nas unidades hospitalares. Isto porque as políticas de saúde no Reino Unido reconhecem a importância da capacitação de trabalhadores que cuidam de pessoas que estão morrendo (HOPKINSON; HALLETT; LUKER, 2005).

O trabalho conduzido por Mello e Silva (2012) no Hospital Universitário Regional de Maringá (PR) procurou investigar, a partir da fenomenologia de Heidegger, a experiência dos profissionais de medicina sobre estar ante a morte de um paciente. O objetivo foi o de elaborar uma compreensão sobre o fenômeno denominado *ser-médico-com-a-morte* e concluiu que os médicos vivenciam angústia e estranhamento diante da morte, assim como diversos sentimentos se tornam mais presentes ao ter que lidar com a morte no contexto de trabalho.

O estudo de Zyga e colaboradores (2011) realizou um levantamento quantitativo com 49 enfermeiros gregos, em uma unidade de cuidados renais. O objetivo era avaliar o sentimento dos profissionais sobre a morte e examinar as relações entre suas atitudes e fatores demográficos. Os resultados mostraram associações estatisticamente significantes entre pouca experiência na enfermagem com atitudes de baixa aceitação frente à morte e morrer de paciente sob seus cuidados. As autoras recomendaram a inclusão da educação frente à morte e ao morrer nos cursos graduação em enfermagem, para que a assistência prestada seja a melhor possível e minimize o sofrimento do trabalhador quando seu paciente está morrendo.

Quintana e colaboradores (2006) conduziram uma pesquisa com profissionais de saúde de dois setores do Hospital Universitário de Santa Maria (RS) considerados de alta incidência de pacientes fora de possibilidades terapêuticas (PFPT). Na infectologia e hemato-oncologia entrevistaram médicos e enfermeiros componentes dessas equipes, que relataram sobre como lidar com a morte do paciente. O resultado mostrou a dificuldade do profissional em lidar com questões de terminalidade enfrentadas no trabalho e possibilitou pensar na construção de um ambiente em que profissionais reflitam e elaborem suas emoções perante o contexto de morte no hospital.

Tais estudos de literatura revelam que a atividade de assistir ao paciente durante o processo de morrer e morte pode levar a uma mobilização de sentimentos dos trabalhadores das equipes em saúde e pode interferir no seu trabalho, gerando algum desgaste que impacta no seu processo de saúde-doença e na sua produção laboral. De acordo com Moritz (2005), aprender a aceitar e conviver com a morte e o processo de morrer é essencial para o desenvolvimento dos profissionais nas unidades de saúde. Segundo esta autora, a fim de minimizar o sofrimento físico-emocional e a ansiedade no ambiente de trabalho, é necessário à formação acadêmica um debate constante sobre o tema. E mais, o espaço de trabalho também precisa estar aberto para olhar e discutir as nuances que o trabalhador encara ao vivenciar questões de terminalidade no campo de sua atividade laboral.

Transpor esse cenário descrito na literatura, que é vivido por profissionais da equipe de saúde, para setores mais específicos como as unidades de terapia intensiva e os sujeitos que nelas trabalham, requer entender como estes trabalhadores também encaram e revelam suas experiências.

As UTIs são identificadas como setores de elevado índice de sobrecarga mecânica e psicológica para os envolvidos; de convivência com a dor do outro; de cobrança por qualificação profissional, diante do manuseio de equipamentos sofisticados e de convivência quase diária do processo do morrer e da morte dos pacientes internados (MARTINS et al., 2009). Por isso, a assistência em terapia intensiva é considerada complexa e estabelece uma capacidade de exigência alta aos profissionais.

A história da constituição da UTI é marcada por detalhes que evidenciam seu *modus operandi* atual. Desde a epidemia de poliomielite na década de 1950, como marco que proporcionou às unidades de tratamento intensivo se expandirem pelo mundo, mostrando-se como locais de realização do suporte respiratório em pacientes, através de ventiladores mecânicos, até o desenvolvimento de outros instrumentos tecnológicos, como oxímetro de pulso, bomba de infusão e monitores (ROCHA, 2010; PURIN; PURI; DELLINGER, 2009). De fato a UTI é compreendida, desde alguns anos, como um espaço arquitetado para a sustentação das funções vitais.

Um estudo conduzido por Mattos e colaboradores (2009), na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, objetivou conhecer os sentimentos vivenciados por trabalhadores de enfermagem diante do processo de morrer e da morte de pacientes internados em UTI, bem como os mecanismos utilizados para enfrentamento. Os autores verificaram que o confronto com a morte é uma tarefa

árdua para os profissionais de enfermagem e destacam a necessidade de investimentos em estratégias que estimulem a reflexão sobre a dimensão subjetiva desses trabalhadores, a fim de que possam exercer suas atividades conscientes da importância do que enfrentam, como menos sofrimento e estresse.

Duas pesquisas dentro de UTIs pediátricas mostraram que os profissionais do setor significam e percebem a morte e o processo de morrer de crianças hospitalizadas como um sofrimento para o profissional que acompanha, mas também, como algo aceitável quando inexistem expectativas para a reversão do quadro clínico do pequeno enfermo, acreditando, desta forma, que a morte é parte de um modo natural da vida humana (ALVES et al., 2012; CHERER; QUINTANA; PINHEIRO, 2013).

A revisão de literatura de Mol e colaboradores (2015) deu ênfase ao sofrimento emocional de trabalhadores da UTI para caracterizar a prevalência da síndrome do esgotamento profissional (*Burnout*), e outros fatores, entre os profissionais. O resultado das quarenta publicações demonstrou a proporção de *Burnout*, que variou entre 0 e 70,1%, bem como as estratégias utilizadas pelos coordenadores, para intervir na presença de *burnout* entre os intensivistas.

Saloum e Boemer (1999) e Silva e Menezes (2015) realizaram pesquisas qualitativas na UTI para produzirem reflexões sobre o trabalho cotidiano de profissionais da UTI com a morte e o morrer. Os estudos se aproximam ao apontarem que os fenômenos de morte e morrer são tidos em certos momentos como inaceitáveis e geradores de alguns sentimentos mobilizadores e por vezes como parte do trabalho, permeado por sucesso e dificuldades.

A importância e o aumento nas últimas décadas de estudos concernentes à repercussão sobre a saúde do profissional que lida diretamente com a morte e o morrer, podem estar associados ao índice de óbitos ocorridos quase exclusivamente no ambiente hospitalar, mais especificamente em UTIs, realidade em quase todo o mundo (MORITZ, 2005). Observou-se que grande parte dos estudos têm como foco duas principais categorias profissionais, a saber: enfermeiros e médicos. E também, os estudos sobre aspectos de terminalidade e modos de enfrentamento entre docentes e discentes são quase restritos aos cursos de graduação em enfermagem e em medicina.

Há muito pouco sobre os outros grupos profissionais, a exemplo dos psicólogos, trabalhadores da área técnica (como enfermagem e administração), fisioterapeutas, assistentes sociais e da equipe multiprofissional como um todo.

Diante do cenário apresentado, este estudo procura apresentar a vivência sobre ter a morte e o morrer no contexto de trabalho para trabalhadores de uma equipe multiprofissional de uma UTI, mostrando quais significados intersubjetivos atribuem a esta vivência e como são afetados por esta permanente exposição ocupacional. Se o ambiente de trabalho frente à morte e o ao morrer é permeado por diversas circunstâncias a serem enfrentadas, como estas incidem sobre o trabalhador que se situa neste espaço?

3 METODOLOGIA

3.1 O PERCURSO METODOLÓGICO

Para a realização deste estudo foi utilizada a abordagem qualitativa de caráter descritivo-exploratório, com o propósito de proporcionar uma visão compreensiva sobre o tema e fenômenos estudados. De acordo com Rampazzo (2005, p.54) “[...] a pesquisa descritiva se desenvolve, principalmente, nas ciências humanas e sociais, abordando aqueles dados e problemas que merecem ser estudados”. A pesquisa exploratória possibilita o conhecimento de uma realidade, aumentando a experiência do pesquisador em uma investigação acurada, em torno de um determinado fenômeno.

A abordagem qualitativa foi escolhida por atender aos objetivos desta pesquisa, pois é a melhor forma de tratar dos aspectos simbólicos das relações sociais e dos fenômenos daí advindos. De acordo com Santos (2006), as investigações qualitativas não estão em um nível de realidade que pode ser mensurado, pois se voltam a universos como os da subjetividade, angústia, medo, sentimentos, crenças, valores, aspectos que dizem respeito a um lugar mais profundo dos processos e atos dos atores envolvidos.

Segundo Bosi (2012), a pesquisa quantitativa mensura os dados, teoriza o constructo e o processo saúde-doença a partir de análises de dados numéricos. Por sua vez, a pesquisa qualitativa se ocupa com a significação, com os processos humanos inerentes à saúde coletiva, com a descrição e a compreensão de experiências e fenômenos. Deste modo, uma não é a negativa da outra, nem mesmo se pode dizer que são opostas, uma vez que tratam da realidade. Diferem na análise do fenômeno estudado.

Ainda no campo da pesquisa qualitativa, é sabido que uma pesquisa de qualidade e com rigor científico precisa ser coerente principalmente sob três aspectos: epistemológicos, metodológicos e de análises. Esses aspectos justificam e influenciam um ao outro e são fundamentais para o resultado da pesquisa.

A epistemologia da pesquisa qualitativa em saúde oferece um leque de possibilidades, pois não apenas justifica o tipo de metodologia, mas também influencia na forma e na implementação dos instrumentos. Os fundamentos epistemológicos oferecem os caminhos para a metodologia a ser utilizada, a qualidade dos dados e a análise (CARTER; LITTLE, 2007). Já a metodologia é como o pesquisador deve proceder, como elabora os pressupostos do estudo, objetivos e princípios de investigação, bem como o momento de cessar a investigação. De acordo com Carter e Little (2007), a metodologia é o modo de guiar a pesquisa em produção.

Por fim, o método é o campo de ação da pesquisa qualitativa e utiliza diversos instrumentos para produção e análise dos dados, propondo sobre a coerência na geração de dados e sobre a construção e origem do conhecimento. A diretriz para a confluência destes três aspectos dentro da abordagem qualitativa é o paradigma científico, sob o qual a pesquisa está centrada. Frente a isto, faz-se necessário informar este paradigma que sustenta a investigação.

De acordo com Turato (2003) paradigma é um padrão particular a conjunto de trabalhos científicos. Por esta característica própria, a comunidade acadêmica reconhece e valida determinado saber. Deste modo, os trabalhos científicos produzidos inserem-se dentro dos limites desse modelo, apontando caminhos para problemas particularizados (TURATO, 2003). Paradigmas positivistas são diferentes de paradigmas fenomenológicos, já que estes últimos se voltam para a compreensão humana. Turato (2003) afirma que o paradigma fenomenológico busca uma apreensão de algo que se procura conhecer e, para isto, usa o método qualitativo para compreender os fenômenos estudados. É, portanto, uma corrente teórica compreensiva em que não há possibilidade de quantificar e sim de compreender, como estrutura central para o conhecimento do fenômeno, tendo como matérias-primas, de acordo com Minayo e Gomes (2012), vivências, experiências e cotidianos.

Assim, este estudo não pretende entender uma relação de causalidade tal como acontece nas ciências da natureza, mas sim a compreensão sobre o vivido no mundo do trabalho de profissionais da equipe de uma unidade de terapia intensa. O referencial teórico-metodológico é a fenomenologia social de Alfred Schütz, haja vista ser uma alternativa de investigação que contribui no entendimento sobre as experiências relacionadas ao processo das interações humanas, de forma particular àquelas vividas em distintos cenários assistenciais e de atenção à saúde (JESUS et al., 2013).

3.2 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Alfred Schütz (1899-1959) construiu seu arcabouço teórico baseado na sociologia de Max Weber e na fenomenologia de Edmund Husserl. De cada um desses autores Schütz extraiu conceitos importantes para suas obras filosóficas. Da fenomenologia de Husserl utiliza os conceitos de mundo da vida, intencionalidade e intersubjetividade. Da teoria social de Weber, faz uso do conceito de ação social/ação humana. Schütz fundamenta sua fenomenologia do conhecimento como uma análise das relações sociais que possuem significado na vivência dos sujeitos (SCHÜTZ, 1979) e aprofunda na sua fenomenologia social as bases teóricas que o influenciaram.

As interações entre as pessoas, na abordagem compreensiva de Schütz, resultam do que o indivíduo constrói em suas experiências próprias na sociedade onde vive e no espaço que ocupa. Essa cadeia de conhecimentos adquiridos ao longo da vida conformam sua formação como pessoa e é isto que os diferencia dos demais.

Este período formativo da vida de cada sujeito, Schütz chama de *situação biográfica*, caracterizada pelas experiências que influenciam a maneira como cada um interpreta a realidade em suas perspectivas particulares, e assim, define o mundo em que se encontra (SCHÜTZ, 1979). É a expressão da sua subjetividade, matriz de sua história.

Schütz (1974) afirma que dessa concepção individual preliminar surge a possibilidade da análise sobre os relacionamentos sociais, pois são neles que se cria ativamente a realidade social. Cada homem é um ser social enraizado em uma realidade intersubjetiva. E, portanto, a dimensão subjetiva é considerada devido às experiências que cada um acumulou e apreendeu durante seu curso de vida e vivências, sendo expressa dentro da dimensão coletiva, porque é na esfera intersubjetiva que os indivíduos transformam o mundo vivido, são transformados nele e dotam os fenômenos de significados (GORGULHO, 2009).

Os estudos de Schütz abordam a interação social como elemento fundamental para entender as ações que os sujeitos definem para suas experiências no mundo cotidiano. Para a fenomenologia compreensiva o *mundo da vida* ou *mundo cotidiano* é essencialmente *intersubjetivo*. Isso quer dizer que o mundo é compartilhado com outros, aos quais Schütz (1979) denomina de *semelhantes*, que existem no ambiente social, na consideração de tempo e espaço. Nessa determinação do outro como análogo, em uma esfera social partilhada, existe a garantia de que

as coisas (fenômenos, fatos, vivências, sentimentos, eventos) são determinadas por significados e serão compreensíveis.

Schütz (1974) nomeia semelhantes ou companheiros, sujeitos do mundo social estabelecidos como *predecessores, sucessores e contemporâneos*. Entre *predecessores* e *sucessores* apenas a condição de tempo é evidente, o tempo social de pretérito e futuro. Os *predecessores* são sujeitos do passado, em que seus fatos influem no presente; os *sucessores* são sujeitos a influenciar questões futuras.

Os *contemporâneos*, distantes ou próximos, são sujeitos com quem se transcorre uma relação atual. Junto aos contemporâneos, os sujeitos exercem experiências indiretas e/ou diretas, sendo as primeiras aquelas em que há uma relação meramente temporal, ou seja, os indivíduos estão coexistindo no mundo na mesma dimensão de tempo; e a segunda, a experiência direta, aquela equivalente a uma relação *face a face*, privilegiada nos estudos da fenomenologia social, pois essa orientação indica que os sujeitos estão interagindo ao mesmo momento em um tempo e espaço e podem realizar uma relação denominada de *relação nós* (SCHÜTZ, 2003).

De acordo com Gorgulho (2009), dentro da relação *face a face*, muitas vezes os sujeitos encontram-se em orientações recíprocas, bilaterais. Nelas, há sujeitos conscientes uns dos outros e é isto que Schütz (2003) nomeia de *relação nós*. Entretanto, podem existir também orientações *face a face* unilaterais, nas quais há um sujeito consciente do outro, mas o outro, mesmo dentro da interação *face a face*, não percebe ou não pode perceber. Nesse sentido, existe a chamada *intencionalidade*, uma propriedade elementar de que a consciência é sempre direcionada a algo (objetos, hábitos, situações, pessoas) e quando se refere a relacionamentos interpessoais, a *intencionalidade* é uma qualidade que se caracteriza quando há percepção mutual.

Assim, a teoria de Schütz ajuda a entender que as pessoas significam os fenômenos que experienciam neste mundo da vida, mostrando que as expressões humanas são oriundas das interações com os sujeitos, no mundo social comum e em suas vivências cotidianas compartilhadas (SCHÜTZ, 1979; SILVA et al., 2012; JESUS, 2013).

Desse modo, é possível extrair um sentido comum nas interações sobre o vivido, e Schütz assim o fez, através da investigação de alguns grupos sociais, compreendendo as *tipificações* (SCHÜTZ, 2003; GORGULHO, 2009). *Tipificações* são os traços comuns que podem ser

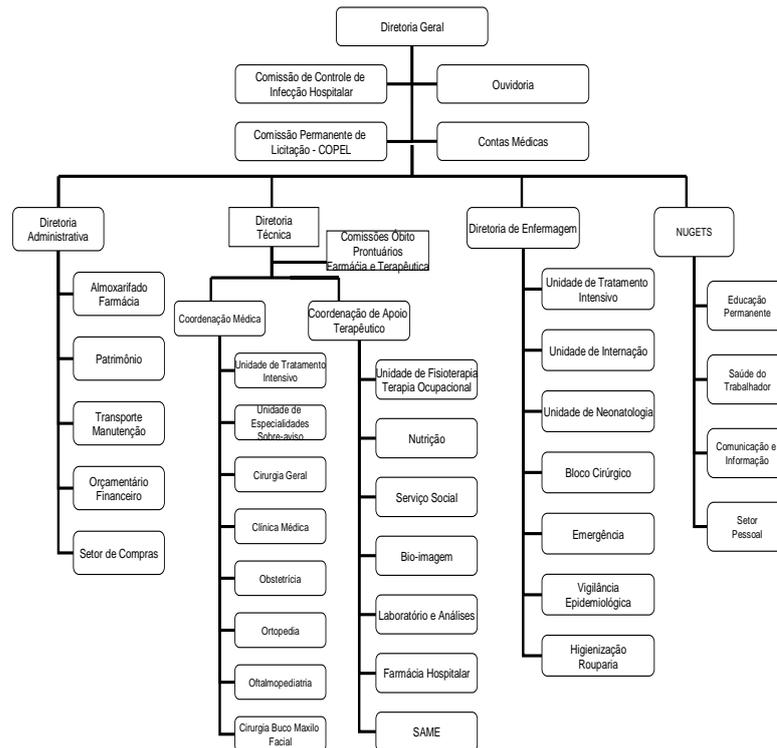
encontrados quando sujeitos vivenciam experiências semelhantes e as caracterizam de modo comum, tornando o fenômeno investigado compreensível (GORGULHO, 2009).

Schütz é um teórico que produz uma abordagem bem delineada sobre as relações sociais, que permite, através dos significados atribuídos pelos sujeitos nas suas vivências, conhecer o mundo da vida cotidiana dos sujeitos junto a fenômenos experienciados, possibilitando a construção de sentidos comuns que surgem das interações estabelecidas e se apresentam de maneira própria para o grupo social.

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

Para a compreensão da realidade social vivida pelos profissionais da equipe multidisciplinar, o local de estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral Menandro de Faria (HGMF), mediante autorização da Diretoria do referido Hospital (Anexo A) e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (CEP-FMB-UFBA), em 10/2/2014, conforme parecer nº 950.358 (Anexo B) e cumprimento dos aspectos éticos de acordo com a Resolução CNS 466/12 que trata da ética em pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2013).

O Hospital Geral Menandro de Faria (HGMF) foi inaugurado em março de 1980, completando seus 35 anos de existência em 31 de março de 2015. É uma unidade da rede pública do Estado da Bahia que atende aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na Região Metropolitana de Salvador. Criado para se estabelecer como maternidade, foi se transformando em unidade mista e com o tempo tornou-se hospital geral, realizando atualmente atendimentos de média e alta complexidade em urgências e emergências através da demanda espontânea e do sistema de referência, além de contar com os setores de Clínica Médica e Cirúrgica, Pediatria, Ortopedia, Obstetrícia e Unidade de Terapia Intensiva (BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2014; BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2015a), obedecendo à seguinte estrutura:



Fonte: Organograma Funcional/ NUGTES/HGMF 2014.

Atualmente o HGMF é formado por um contingente de 879 trabalhadores de saúde, sendo que para a categoria médico são 238 profissionais; para as categorias auxiliares e técnicos de enfermagem são 185 profissionais; para a categoria enfermeiro são 87 profissionais; para a categoria fisioterapeuta são 23 profissionais, para a categoria assistente social são 17 profissionais; para a categoria farmacêutico são 16 profissionais; para a categoria nutricionista são 13 profissionais e demais colaboradores. Esses trabalhadores encontram-se distribuídos pelas unidades do Hospital e possuem vínculos empregatícios variados, como Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), ocupantes de cargos, Prefeitura de Lauro de Freitas, Pessoa Jurídica, Fundação José Silveira, Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), Ministério da Saúde e terceirizados (BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2015b).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HGMF foi inaugurada em agosto de 2012 e hoje conta com 10 leitos. É uma unidade recente, que se destina a prestar atendimento de modo contínuo e especializado, utilizando-se de recursos tecnológicos para monitorização do quadro clínico do paciente. A equipe multidisciplinar de saúde é formada por médicos diaristas e plantonistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e psicólogo, além de contar com o suporte de nutricionistas, assistentes sociais e farmacêuticos. Há também auxiliar administrativo e funcionários do serviço de limpeza, atendendo às exigências da Resolução nº 7/2010 do

Ministério da Saúde que preconiza os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010).

Nessa UTI há diariamente um médico plantonista, duas enfermeiras, três a quatro técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta, um auxiliar administrativo e, em dias alternados, um psicólogo. Em linhas gerais, o trabalho é realizado em regime de plantão. Os profissionais relatam plantões de 12h ou de 24h, dependendo do vínculo empregatício de cada funcionário. Essa estrutura mantém muitas vezes equipes fixas por dia da semana, mas alterna de acordo com a escala estabelecida por cada categoria profissional.

Essa UTI possui horário padronizado para visitas, sendo pela manhã o período das 11 às 12 horas e pela tarde das 16 às 17 horas, normatiza um número limitado de visitantes por leito e realiza a passagem do boletim médico às 17 horas. Para o visitante há uma cartilha chamada “Guia do Visitante” e uma “Pesquisa de Satisfação”, disponíveis na sala de espera e elaboradas pelas coordenações de fisioterapia e enfermagem da UTI-HGMF. Qualquer visitante pode pegar, olhar e responder, se assim desejar, ou tirar suas dúvidas com a própria equipe.

3.4 AS OBSERVAÇÕES E AS ENTREVISTAS

Durante o período de observação na UTI do Hospital, a pesquisadora realizou visitas pela manhã, à tarde e à noite, para contemplar todos os turnos possíveis, realizando ambientação e proximidade com os profissionais. Para a coleta empírica, a permanência da pesquisadora na UTI se deu de abril a setembro de 2015 e todas as informações e impressões foram captadas e registradas no diário de campo. Após um período de ambientação e observação, iniciou-se a realização de entrevistas. Os sujeitos colaboradores deste estudo são 25 profissionais das áreas de administração, medicina, enfermagem (nível técnico e superior), fisioterapia e psicologia pertencentes à equipe da UTI-HGMF. Foram entrevistados quatro trabalhadores do sexo masculino e 21 trabalhadores do sexo feminino. As idades variaram entre 25 e 58 anos.

Os critérios de elegibilidade dos profissionais foram: trabalhar neste setor, estar em plena atividade laboral e vivenciar as situações frequentes da prática laboral. A escolha dos sujeitos deu-se a partir da observação, pela pesquisadora, do livre interesse e, sobretudo, na manifestação em participar do estudo, perceptível nos profissionais ao longo do percurso de observação e início dos convites à entrevista.

Os profissionais foram abordados durante o plantão e convidados a participar do estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi entregue em duas vias e

informado que poderiam levar para casa e ler, respondendo se consentiriam ou não com a entrevista, que foi agendada conforme a disponibilidade de cada profissional. Houve recusa de três profissionais à participação no estudo. Uma entrevista não foi gravada, mas foram utilizadas as anotações feitas pela pesquisadora após o término da entrevista. A amostra final ficou composta por 25 sujeitos.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B) com perguntas desde a formação, perpassando pelas questões norteadoras para este estudo até indagações práticas do trabalho na UTI. As entrevistas foram individuais, gravadas e realizadas no local de trabalho, em espaço reservado para a manutenção do sigilo. Foram feitas entrevistas na sala de espera, no conforto médico e no auditório do hospital, havendo algumas interrupções previstas, por motivos de intercorrências ou necessidade do profissional no setor. Ao término de cada entrevista era assinado o TCLE e ratificadas informações.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cada profissional para atender ao objetivo de capturar os significados que cada ator social deseja mostrar ao investigador diante de algum fenômeno que vivenciou ou que ainda vivencia (ZEFERINO; CARRARO, 2013).

Como parte do sistema da abordagem fenomenológica, a observação participante também fez parte do processo de investigação. De acordo com Minayo e Gomes (2012, p. 70), a observação participante é:

Um processo pelo qual o pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente.

O pesquisador se coloca desta forma em uma relação *face a face* com os sujeitos pesquisados – seja na entrevista, seja na observação da rotina – e participa junto com eles dentro de seu espaço natural das ações, ficando permitido ao pesquisador, nessa coexistência, proceder à produção/coleta de dados no seu campo de estudo.

Portanto, para possibilitar o encontro entre pesquisador-informante, o princípio fenomenológico sugere que haja diálogo e empatia entre pessoas de diferentes concepções, já que o pesquisador possui uma atitude científica. Entretanto, pesquisador e informante são semelhantes enquanto pertencentes ao mesmo mundo social, ou seja, situam-se no mesmo contexto histórico e natural. Essa relação estabelecida possibilitou incitar o profissional a

apresentar-se de forma espontânea na sua experiência (SÁ NETO, 2009; ZEFERINO; CARRARO, 2013) dentro da UTI, tendo a morte e o morrer no cotidiano laboral deste setor do hospital, e isentar a pesquisadora de realizar preconcebimentos ou imposições.

Essa atitude adotada pela pesquisadora, neste estudo, configura-se no campo da fenomenologia como um modo de situar-se em *epoché* ou redução fenomenológica, realizando “um exercício de olhar o fenômeno suspendendo os seus pressupostos [do pesquisador] que levam em conta todo o seu conhecimento adquirido” (ZEFERINO; CARRARO, 2013, p. 828). É a situação biográfica do pesquisador (crenças, valores, modos de agir e pensar) que deve ser deixada de lado para que o fenômeno possa emergir no campo e ser compreendido.

Mesmo percebendo a repetitividade presente nos discursos dos trabalhadores, as entrevistas não foram interrompidas, pois os profissionais demonstraram motivação em participar e ter um momento em que pudessem falar sobre a experiência vivida naquele setor, em um espaço disponibilizado para a manifestação de sua experiência. Assim foram sendo mantidas entrevistas e observações até cessarem os comentários sobre a pesquisa, a realização de entrevistas e as observações na UTI, e começar os questionamentos sobre a finalização do estudo, mostrando que não desejavam mais participar, mas, sim, saber os frutos do que foi realizado. O campo, então, mostra o momento de cessar a investigação e iniciar a análise dos dados coletados.

As descrições das observações foram detalhadas no diário de campo que serviu como fonte para as cenas e falas descritas e as entrevistas foram transcritas na íntegra, pontuando-se as manifestações dos sujeitos (silêncio, pausa, riso e choro). O material foi lido repetidas vezes, realizando-se a organização sistemática do mesmo. O conteúdo do diário de campo foi estruturado com os fragmentos que expressaram as experiências *in situ*. As entrevistas foram ordenadas a partir de cada questão presente no roteiro de entrevista e, em seguida, evidenciadas as falas restritas ao momento em que o ator social revela sobre sua vivência com a morte e o morrer dentro da UTI.

Para preservar a identidade de cada profissional e garantir o sigilo, foi adotado um critério de nomear os participantes por nomes brasileiros fictícios. A ordem dos nomes segue a sequência de letras do alfabeto e ordem cronológica das entrevistas, sendo Alice (entrevista 1) e Zilda (entrevista 25). A letra “x” não foi contemplada por não terem sido encontrados nomes próprios comuns iniciados por esta grafia.

Alice	Entrevista 1
Beatriz	Entrevista 2
Caio	Entrevista 3
Diana	Entrevista 4
Eduardo	Entrevista 5
Fernanda	Entrevista 6
Giovana	Entrevista 7
Helena	Entrevista 8
Isadora	Entrevista 9
Júlia	Entrevista 10
Karina	Entrevista 11
Laura	Entrevista 12
Maria	Entrevista 13
Nivia	Entrevista 14
Otávio	Entrevista 15
Pedro	Entrevista 16
Quézia	Entrevista 17
Rafaela	Entrevista 18
Sabrina	Entrevista 19
Tatiana	Entrevista 20
Úrsula	Entrevista 21
Valentina	Entrevista 22
Wilma	Entrevista 23
Yasmin	Entrevista 24
Zilda	Entrevista 25

Após leituras minuciosas, as narrativas foram avaliadas considerando-se divergências e convergências nos relatos, à busca do aspecto comum (Fini, 1994), elaborando-se unidades de significados sobre o vivido, que esclarecem o fenômeno investigado – a vivência da equipe multidisciplinar de uma unidade de terapia intensiva tendo a morte e o morrer como cotidiano de trabalho. O momento seguinte foi descrever e interpretar as categorias de acordo com o referencial escolhido da fenomenologia sociológica de Alfred Schütz. Tal interpretação não deve ser conclusiva, de acordo com Fini (1994), pois o cientista social que adentra o campo da fenomenologia precisa saber que o fenômeno é perspectival, abrindo caminhos a novas compreensões.

Este estudo foi organizado para atender o ciclo da pesquisa científica, a saber: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (3) análise e tratamento do material empírico (MINAYO; 2012), sendo instituído nos seguintes períodos: fase exploratória – de março a janeiro de 2015;

trabalho de campo – de abril a setembro de 2015; análise e tratamento do material empírico – de outubro a fevereiro de 2016.

4 PROCESSO DE ANÁLISE E COMPREENSÃO

A equipe multiprofissional de unidades de terapia intensiva na sua relação com o trabalho precisa lidar com a morte e o morrer em sua dinâmica diária. Neste estudo, os profissionais desvelaram à pesquisadora como é essa experiência e que significados atribuem a ela. Profissionais de saberes diversos se apresentam com sua própria linguagem na vivência de estar em uma unidade de terapia intensiva realizando seu trabalho que consiste também em conviver e encarar a morte e o morrer de pacientes.

Para chegar ao objetivo do estudo de compreender a vivência do profissional da unidade de terapia intensiva tendo morte e morrer como parte do seu cotidiano de trabalho, a pesquisadora percorreu uma trajetória de aproximações. Por não fazer parte do quadro de profissionais da referida unidade, foi preciso, em princípio, que conquistasse a confiança dos trabalhadores que a todo momento questionavam a presença, a observação e a pesquisa.

Foi a presença contínua nos dias e horários dos plantões e os esclarecimentos de que o estudo versava sobre os profissionais frente às questões vivenciadas no seu trabalho e não sobre pacientes e/ou familiares, como costumam ser os atuais estudos da temática morte e morrer, que flexibilizou os trabalhadores a se sentirem protagonistas, abrindo espaço na sua rotina normatizada de trabalho para que a pesquisadora pudesse investigá-los.

Da proximidade com os trabalhadores, observações de campo e depoimentos extraídos nas entrevistas, sob o prisma da fenomenologia compreensiva em Alfred Schütz, foi possível construir categorias de análise em três eixos: Eixo I – A unidade de terapia intensiva como espaço determinado; Eixo II – A morte; Eixo III – O morrer. Como pressuposto metodológico, a pesquisadora também precisou manter-se em suspensão de seus conhecimentos e experiência com os fenômenos investigados, como uma maneira de não direcionar o estudo pela sua visão de morte e morrer.

Observa-se a seguir as categorias de análise sobre a vivência de trabalhadores de uma equipe multiprofissional dentro do setor de cuidados intensivos em um hospital público da Bahia.

EIXO I

4.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

4.1.1 INSERÇÃO NA UTI

O início do trabalho nesta unidade de terapia intensiva se deu com a sua inauguração e inserção dos profissionais, com ou sem conhecimentos em cuidados intensivos. Presentes, em sua maioria, desde a abertura do setor, há pouco mais de três anos, moldaram a forma de organizar o funcionamento desta unidade conforme conhecimentos adquiridos por experiências anteriores e na prática diária *in loco*, compartilhados entre si:

– *Nos primeiros meses sempre tinha uma pessoa com mais experiência que passava para gente, porque a gente não tinha, a maioria não tinha, eram poucos, um ou dois que tinha experiência em UTI, então assim, de início aqueles que sabiam mais, que já tinham experiência em UTI passavam (Karina).*

– *[...] como eu já tinha experiência eu não tive tanta dificuldade como as meninas tiveram [...] minhas colegas não tinham o curso de UTI, a maioria. Eu já vim de outra UTI e ficou mais fácil para mim pegar a rotina (Eduardo).*

– *[...] quando inaugurou a UTI eles (enfermeiros) tentaram passar o que eles aprenderam [...] quando a gente começou realmente não tinha nada de experiência de UTI, o que a gente fazia era seguindo o que eles falavam para a gente mesmo. (Helena)*

– *[...] na verdade eu junto com a equipe fundamos a UTI, então a gente tem a idade da UTI [...] entrei aqui há três anos exatamente [...] quando eu fui para UTI eu fiquei apavorada [...] quando a gente começou a trabalhar com a equipe que foi formada, com as orientações, a gente percebeu, eu percebi que não é nenhum bicho de sete cabeças, dá para a gente prestar uma boa assistência, dá para prestar os cuidados (Maria).*

– *[...] nós acabamos criando uma grande parceria entre todas as categorias profissionais [...] todo mundo aprendeu junto a trabalhar com terapia intensiva [...] então foi uma unidade construída, por todos nós, por toda equipe, isso faz uma diferença hoje, porque todo mundo tem sua importância ali dentro, cada um respeita o trabalho do outro e sabe a importância de cada profissional (Zilda).*

As falas colocadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogo e técnico administrativo desse serviço evidenciam que esse espaço de trabalho foi e continua sendo criado pelos profissionais que dele fazem parte e tem sua singularidade por esta razão. Assim também é para os trabalhadores que se aditam nesse local e que passam a seguir a conformação apresentada, de aprender um com o outro para a consolidação de uma atuação verdadeira e efetiva.

Os discursos apresentados colocam que a equipe multidisciplinar transforma esse ambiente em um espaço comum e compartilhado. Isso mostra que os trabalhadores entendem esse local como

espaço de trabalho, da prestação de assistência, no qual se encontram em relação, como uma comunidade de pessoas (SCHÜTZ, 2012).

Além disso, os profissionais também trazem que a formação para o trabalho nessa UTI, através de treinamentos e capacitações prévias, ofertados pela instituição, existiram apenas para algumas categorias e, portanto, não foram suficientes para o aprimoramento do fazer, levando o profissional a aprender a lidar com as circunstâncias do trabalho de acordo com seu surgimento, conhecimentos compartilhados e práticas normatizadas. Assim descrevem alguns profissionais:

- *Todo meu treinamento foi meu mesmo da minha pós-graduação, não recebi nenhum treinamento para estar aqui (Diana).*
- *Para entrar na UTI não, fiquei só dois plantões com as meninas para ver a rotina e depois dar os plantões normais (Fernanda).*
- *Vem das minhas bagagens mesmo [...] na época da graduação cheguei a fazer alguns cursos (Caio).*
- *Antes de vim para UTI, eles (hospital) mandaram a equipe que iniciou, para outra instituição. Lá ficamos três ou quatro meses (Nivia).*
- *Nós, antes de entrarmos para assumir, fizemos esse treinamento na outra instituição, então, foi considerado uma capacitação (Zilda).*

É possível perceber que a insuficiência na preparação para o início exercício do trabalho de parte da equipe multiprofissional, presente nos discursos destes trabalhadores, é vista também em outros estudos da literatura, como a investigação de Sá Neto (2009) sobre as ações que experienciam profissionais da unidade de terapia intensiva neonatal. O autor mostrou que os indivíduos da equipe realizavam sua inserção profissional adquirindo habilidades de trabalho com os próprios colegas, sem o devido aporte institucional, ou seja, instruindo-se a partir de sua prática.

Estas evidências remetem à publicação do livro *From novice to expert*, de 1984, da Dra. Patricia Benner, em que ela discorre sobre cinco competências de profissionais enfermeiros, adquiridas em ambientes práticos da enfermagem clínica: *novato* – não possui nenhuma experiência prévia com as situações que terá que enfrentar; *iniciante avançado* – capaz de demonstrar um desempenho aceitável no enfrentamento de situações reais que serão percebidas por ele ou recomendadas por um tutor; *competente* – aparece no momento em que o enfermeiro é capaz de avaliar suas ações em termos de metas ou planos em longo prazo, priorizando determinados aspectos da situação de trabalho e ignorando outros menos relevantes; *proficiente* – apreende as situações em sua totalidade; assim, vai ao foco do problema utilizando-se das experiências

anteriores; e *especialista* – não se apoia em regras ou diretrizes e, por sua vasta experiência prática, é capaz de determinar a relevância de cada situação e agir sobre ela sem perder tempo (AUED, 2013; BENNER, 1982).

Essas capacidades apresentadas como peculiares da maturidade do grupo de enfermagem podem ser também retratadas para diferentes categorias profissionais, que compõem o conjunto de trabalhadores da equipe multidisciplinar, já que todos estão de forma semelhante em um determinado espaço prático de trabalho e são profissionais, em sua maioria, com raízes na formação da área de saúde.

Deste modo, é possível considerar que, muitas vezes, as aptidões aprendidas neste setor foram se dando conforme o profissional realizava seu desempenho de trabalho, de acordo com os casos específicos que ocorriam na ordem do trabalho e contando com a ajuda do “colega”, como finaliza Rafaela:

– [...] nunca fiz na dúvida, quando eu não sabia ‘colava’ em quem sabia e assim foi. Hoje me considero muito mais preparada do que quando eu entrei, mas muita coisa eu aprendi aprendendo.

Assim, percebe-se que a equipe da UTI possui um legado de conhecimentos práticos construídos sobre o trabalho e as atividades que exercem, mesmo não formalmente estruturada, mas a partir da transmissão de saberes. Considera-se em Schütz (1974) que, nessas colocações reveladas, os trabalhadores trazem parte da bagagem de conhecimentos adquiridos na sua história biográfica, mas, passam a realizar o trabalho efetivamente de acordo com os aprendizados que foram adquirindo neste setor, reconhecendo e aperfeiçoando seu fazer, com um conhecimento mais sedimentado onde passam a atuar sem tantos receios.

4.1.2 CONSTRUÇÃO DE UM MUNDO DO TRABALHO

A maior parte dos sujeitos deste estudo construiu o cenário e o fazer dessa unidade de terapia intensiva. Assim, a equipe de profissionais dessa UTI mostram à pesquisadora que vivem um espaço compartilhado. Nele, os sujeitos ficam dispostos a se entenderem uns com os outros, constituindo o cenário em que podem atuar (NATANSON, 1974).

Considerando este ambiente partilhado, durante alguns momentos da observação, a pesquisadora presenciou a equipe multiprofissional relatar diferenças que percebe na prestação de cuidados dentro e fora da UTI. Por acreditar no descaso do atendimento de outros setores do hospital, se referem a esses locais como “lá fora”, fazendo referência à enfermagem, à

reanimação ou qualquer outra unidade que não a UTI. É o que fica claro em alguns episódios vistos:

Entrou na UTI uma paciente conhecida pelos profissionais. É uma paciente que realiza hemodiálise e que vai e volta para a UTI. Desta vez ela estava bastante debilitada e a técnica da hemodiálise solicitou o médico plantonista várias vezes. Na última vez que retornou do atendimento, o médico teceu um comentário sobre os descuidos de outros setores do hospital, que acarretam no agravamento do estado de saúde dos pacientes, levando sempre o paciente para a UTI em uma condição mais grave.

Para os profissionais no posto de enfermagem há um descaso “lá fora”. A equipe relata que quando o paciente chega para eles (UTI) a situação já é muito grave. O médico diz que por isso se fala que morre muita gente na UTI e os índices de óbito são altos.

A conversa entre a pesquisadora e o técnico de enfermagem acontece na copa, dentro da UTI. Ele diz o quanto crítico é o paciente que vai do centro cirúrgico para a UTI e desabafa, dizendo que não sabe o que os profissionais fazem “lá fora” para que a pessoa “chega tão ruim” na UTI.

Possivelmente por ser um ambiente de trabalho arquitetado pelos membros que dele fazem parte desde o início até o atual momento, a equipe multidisciplinar dessa UTI acredita ser um setor à parte dos demais setores do hospital. Nesse sentido, parece haver uma ideia conjunta de que devem ser mais competentes na realização do seu trabalho, diante das condições possíveis do que lhes está disponibilizado.

Os achados identificam um conhecimento consensual sobre a noção de pertencimento e fazer dos profissionais da equipe multidisciplinar no setor que atuam. É um significado trazido e compartilhado pelo grupo diante das experiências que vivem (SCHÜTZ, 2003).

Dito isto, deve-se considerar que o cenário apresentado deste setor de cuidados intensivos é o mundo da vida cotidiana dos profissionais que ali se encontram. É o microcontexto que a abordagem compreensiva de Schütz toma para estudar e que é dotado de significados para os sujeitos. Por mundo da vida, a fenomenologia social teoriza:

O mundo da vida cotidiana é o cenário e também o objeto de nossas ações e interações. Nós temos de dominá-lo e transformá-lo [...] trata-se da esfera total das experiências de um indivíduo que é circunscrita por objetos, pessoas e eventos (SCHÜTZ, 2012, p. 85; 348).

É dentro desse contexto cotidiano que os profissionais estabelecem modalidades de relações dotadas de significações quando se deparam com diversas questões do setor de trabalho de uma UTI, dentre elas, a convivência diária com a morte e o morrer de indivíduos hospitalizados.

Assim, no presente trabalho, a investigação deste mundo da vida cotidiana, para diferentes categorias profissionais da unidade de terapia intensiva adentrou o seu campo dos significados

intersubjetivos e percebeu um trabalho pautado em construir um setor único e diferenciado que possibilita um intercâmbio de experiências, relevante para os que dele fazem parte.

O cotidiano tomado para este estudo é o espaço, “o lugar do reconhecimento das ações como instrumentos que mobilizam a vida de cada um e de todos. É no pequeno mundo de todos os dias” (BRUSCATO; AMORIM; HABERKORN; SANTOS, 2004, p. 43).

EIXO 2

4.2 A MORTE

4.2.1 ANTES NÃO ERA COMO AGORA

Os profissionais desta UTI revelam que o tempo é um elemento responsável por uma mudança de postura ao encarar a morte no contexto de trabalho. É o que traz Alice em seu primeiro relato:

– Antes eu sentia que estava meio desanimada, meio triste [...] mas hoje eu já levo de uma maneira mais natural.

A fisioterapeuta e a técnica de enfermagem também abordam a questão do passar do tempo e o enfrentamento da morte no setor UTI e afirmam, respectivamente:

– Ao longo do tempo a gente vai ficando mais forte para lidar com essa situação. É como se a gente, ao longo do tempo, acabe amadurecendo (Beatriz)

– [...] antes de entrar aqui eu sentia muito mais. Hoje já não sinto tanto (Helena).

Outros profissionais completam:

– [...] no começo foi um pouco complicado, porque mesmo que eu já tivesse lidado com a morte de alguns familiares e presenciado pessoas queridas e amigos perderem alguém, [a morte] era algo que acontecia em um período mais prolongado do tempo, não era algo em que eu poderia estar presenciando diariamente [...] com o tempo eu aprendi a lidar com isso (Giovana).

– [...] no início a gente sofria, eu sofria um pouco mais, porque notávamos a quantidade de óbitos que tem em uma semana, em um mês. Quando ambulatoriamente você não tem esse contato, então, acaba sendo meio assustador. Quando a gente passa a trabalhar um pouco mais, vê que aquilo é a rotina de uma UTI (Úrsula).

– [...] no início, quando eu comecei logo a trabalhar com terapia intensiva, eu me assustei muito [...] fiquei pensando, ‘não vou trabalhar em um lugar que morre tanta gente’. Com o passar do tempo, dos anos e do trabalho, eu comecei a ver que infelizmente faz parte mesmo da nossa rotina diária de trabalho, a morte (Zilda).

O tempo cronológico ao qual se referem os entrevistados traz a adaptação dos profissionais ao temor inicial de presenciar a morte no seu campo de trabalho. Quando percebem que dentro deste contexto terão que atuar e conviver com esta situação, procuram formas de se adequar,

seja refletindo o porquê de trabalhar neste espaço, seja amadurecendo a maneira de encarar esta circunstância.

Há, portanto, na trajetória profissional desta equipe multidisciplinar, um contínuo remanejamento para se adequar a vivenciar a morte dos pacientes e manter o desempenho dentro da UTI. Isso é para Schütz (1974) uma atuação do sujeito no mundo da vida que visa constantes mudanças e alterações no cenário das suas atividades. Na fenomenologia social é possível realizar essas determinações através da relação que os sujeitos estabelecem com as coisas do mundo e com seus semelhantes. Estes profissionais, então, demonstram que vão se adaptando ao fenômeno da morte, porque todos os trabalhadores enfrentam a mesma situação na UTI e percebem que a passagem de tempo os ajudam a considerar a morte como aspecto presente no contexto de trabalho.

Spíndola e Macedo (1994), ao investigarem o significado da morte para profissionais em dois setores de um hospital universitário no Rio de Janeiro, encontraram evidências de que no decorrer do tempo os trabalhadores criam modos de enfrentar a situação cotidiana com a morte através da racionalização do problema e dos sentimentos. Outros autores, como Gerow e colaboradores (2010) demonstraram ainda que existem mudanças ocorridas ao longo do tempo e da experiência do ponto de vista de enfermeiras de diversas especialidades. Garcia e Riveros (2013) disseram que conviver com a morte no ambiente de trabalho não deixa de ser impactante, entretanto, o intensivista, com o tempo, torna-se capaz de sustentar e recuperar-se mais facilmente do sofrimento emocional que isso possa ocasionar, a exemplo de conter o choro diante do evento da morte de um paciente.

Outra evidência, enunciada pelos membros da equipe multiprofissional, que se relaciona ao tempo, foi expressa nas declarações de que profissionais dessa UTI possam ter se transformado em pessoas rígidas, após o exercício ocupacional na unidade. Sendo, às vezes, perceptível a si mesmos, ou a outros sujeitos que avaliam a situação de um determinado ponto de vista e, então, referem isto aos profissionais. É como discorre Alice:

– [...] muitas vezes minha irmã diz assim: 'você é uma pessoa de coração duro', mas não é, a área em que eu trabalho termina levando a esse tipo de acontecimento”.

Além de outros profissionais que afirmam:

– Às vezes até me acho um pouco fria. Teve casos de colegas ficarem chorando pela falta daquele paciente e eu não me lembro de ter chorado alguma vez pela morte de algum paciente (Fernanda).

– [...] o povo diz que profissional de saúde tem o coração duro, ‘ah, coração seco’. Eu acho que de tanto a gente conviver com aquilo, a gente aceita de uma maneira mais fácil, principalmente na UTI, que a morte é uma coisa que sempre está acontecendo (Yasmin).

– [...] algumas pessoas até confundem ‘ah, tá se tornando uma pessoa mais fria em questão de demonstrar sentimento’, mas não é. A pessoa aprende que em um momento, cada um tem um momento de lidar com sua dor (Giovana).

– Eu acho que trabalhar na UTI me fez mais dura, sentimentalmente falando [...] meu pai disse assim: ‘depois que você começou a trabalhar nesse lugar, você não entende mais o que é morrer’. Foi assim que eu vi, dentro de mim, que depois que a gente começa a trabalhar aqui, a gente começa a encarar a morte de qualquer outra pessoa como algo que pode acontecer a qualquer momento (Úrsula).

Gutierrez (2003) afirmou que despertou seu interesse por estudar o cotidiano de trabalho de profissionais da UTI diante da morte, quando estava como diretora de setor de cuidados intensivos. A autora percebeu que alguns profissionais que atuavam no local mantinham uma postura fria e distante, o que se tornou motivo de preocupação se os profissionais que assumiam tal postura prestavam uma assistência de qualidade ou eram apenas técnicos. Ela considera que cursos, capacitações e técnicas de sensibilização ajudam a esclarecer e refletir se a atitude que assumem é uma maneira de evitar lidar de frente com a dor que a morte de um paciente pode proporcionar ao trabalhador, ou se para ele prevalece o tecnicismo no local de trabalho.

Alguns outros estudos sobre sofrimento, sentimentos e dificuldades no trabalho em UTIs, como os de Leite e Vila (2005), Stayt (2009), Cherer, Quintana e Pinheiro (2013), retrataram que profissionais da saúde enfrentam dificuldades em lidar com a morte de pacientes no setor de atuação, pois é uma condição penosa e geradora de estresse, porque ocorre contrariando o arranjo laboral de manutenção da vida.

Tudo isso implica em dizer que cada profissional desta unidade pode avaliar a situação de ter a morte como elemento do espaço de trabalho de uma forma própria, de acordo com as experiências de que participou e guardou em sua situação biográfica (Schütz, 1974), e assim fará com outras experiências desse fenômeno ocorridas no seu setor do seu trabalho. A partir disso, os trabalhadores produzem significados compartilhados à sua vivência na atividade cotidiana com a morte do paciente que assiste, sendo que a passagem do tempo representa um aspecto comum no lidar com essa circunstância.

4.2.2 MORTE COMO ALÍVIO DO SOFRIMENTO

Os profissionais desta UTI falam de uma dor que não é deles, mas, por ela ser inerente ao seu trabalho, são sensíveis a percebê-la e aceitam que a morte possa vir ao paciente, muitas vezes,

como libertadora de uma aflição por que passa o indivíduo diante da condição real de terminalidade:

– [...] quando é o paciente que chega com sofrimento, acho que é um alívio para ele. Eu sinto assim como um alívio, a morte. Não tenho essa coisa de ‘ah, não era pra ter morrido’, tem casos que precisa, o paciente já está com um sofrimento muito grande, que não tem recuperação (Maria).

A profissional de saúde Zilda também esclarece:

– [...] tem pacientes numa fase tão crítica que a gente fala que bom (a morte), no sentido de dizer que ele descansou, estava sofrendo tanto.

O profissional Otávio expressa a mesma ideia:

– [...] tem paciente que a morte chega como alívio, o fim de uma batalha, eu aceito bem, essa morte.

Uma técnica de enfermagem comenta:

- [...] determinadas mortes eu vejo que é um descanso, porque a gente vê, às vezes, está ali sofrendo tudo (Quézia).

Todo esse alívio transparece também em uma frase da profissional Alice:

– [...] então foi melhor assim, para a pessoa sofrer menos.

Igualmente às declarações das entrevistas, na rotina observada nesta UTI, essa expressão de alívio que manifestam os profissionais, é vista em diálogos sobre alguns pacientes em comentários como: “o que adianta ficar sofrendo?”; “foi melhor do que ficar aqui com aquele sofrimento todo”. E ainda em um momento que os trabalhadores evidenciam que o quadro de uma paciente é irreversível e requer apenas os tratamentos finais, como descrito a seguir:

Enquanto uma fisioterapeuta e uma enfermeira estão atendendo uma paciente em frente ao posto de enfermagem, a fisioterapeuta comenta que está com medo de aspirar [a paciente], porque o quadro é “muito grave”. A médica diarista comenta que elas [fisioterapeuta e enfermeira] já perceberam que a paciente “está chegando ao fim” e que está “fechando o ciclo”. A médica completa que é preciso conversar a gravidade com a família. Esta mesma conversa surge quando o médico plantonista chega no posto de enfermagem onde os profissionais estão reunidos e todos comentam das escaras [úlceras de pressão] da paciente que já estão bastante infeccionadas e a gravidade do seu quadro clínico.

As dissertações de Guerra (2005), Carmo (2010) e Kappaun (2013) corroboram estes achados, ao aludirem ao fato de que trabalhadores na área hospitalar, ao se defrontarem com pacientes adultos e/ou crianças acometidos por grave enfermidade, em um quadro crítico em que não há reversibilidade do estado de saúde, perceberem que a morte pode vir como o cessar de um

sofrimento vivenciado ou mesmo o conforto para o próprio indivíduo, bem como para os acompanhantes, familiares e os próprios profissionais.

Os trabalhadores dessa UTI mostram que nessas reflexões que fazem sobre aceitar a morte de uma paciente, quando avaliam que o sofrimento do indivíduo vai além de qualquer suporte que podem ofertar, estão significando suas vivências dentro do processo que Schütz denomina de *face a face*. Nessa perspectiva, a interação entre trabalhador e paciente, que ocupam o mesmo tempo e espaço comum da UTI, em um ambiente em que a morte do enfermo ocorre, revela a experiência intersubjetiva desses profissionais, admitindo que a morte pode vir como o cessar de um sofrimento.

4.2.3 DO DESEJO DE ALTA AO ÚLTIMO SUPORTE

Uma dualidade existe na configuração do local de trabalho do profissional da equipe de saúde dessa UTI, conforme demonstram seus trabalhadores. Seus discursos apresentam ciência sobre a finalidade do espaço de trabalho e, ao mesmo tempo, evidenciam profissionais capazes de compreender que em muitos casos não é possível atingir objetivos predefinidos, pois a UTI funciona, muitas vezes, apenas como último apoio ao paciente:

– [...] *nosso objetivo é tratar e mandar para a enfermaria ou para casa, então quando morre, a gente se sente assim, impotente. É como se não fosse feito (o trabalho), não foi concluído como a gente queria que fosse, que é a melhora do paciente e a alta para enfermaria (Karina).*

– [...] *muitas vezes chega o paciente que não tem perfil para UTI, que já estão praticamente mortos. Vem para a UTI para morrer dentro da UTI. Isso me deixa triste, porque o que a gente quer é receber o paciente para ele retomar a vida dele, para dar a ele a assistência adequada e ele retomar a vida (Maria).*

– [...] *o que a gente espera é que as pessoas sobrevivam, porque se eles vêm para UTI é porque teoricamente é para existir chance, na prática às vezes o paciente é inviável, mas a maioria vem para tentar sobreviver (Laura).*

– [...] *São pacientes que às vezes chegam muito graves e a gente não tem mais como resgatar ou, quando vai fazer, já não dá mais tempo, ou a própria evolução mesmo, natural da vida, enfim, não tem como definir (Zilda).*

Nestas falas fica marcado que, dentro dessa estrutura hospitalar, a UTI funciona, muitas vezes, como ambiente de suporte final, porque para este local são encaminhados pacientes no limite de suas vidas. Fica por conta da equipe multiprofissional a tarefa de realizar seu trabalho dentro dessa condição.

É necessário ressaltar que, embora a construção sócio-histórica no ocidente tenha apontado que o *locus* da morte e do morrer se tornou o hospital, de maneira geral, e a UTI, de modo particular

– por conta do aparato tecnológico mais avançado, este setor não é e não deve ser sinônimo de morte. A UTI é um setor do hospital no qual pessoas morrem, mas não um lugar destinado a esta finalidade; pelo contrário, o objetivo da UTI é atender doentes gravemente enfermos, dando-lhes o suporte necessário à recuperação e restabelecimento da saúde (SANCHES; CARVALHO, 2009). É destinada à prestação de atendimentos intensivos por pessoal especializado e com uso de equipamentos adequados, a pacientes em riscos, que devem ser, em sua maioria, potencialmente recuperáveis (BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010).

Retratando esta questão, em um artigo especial sobre o futuro da medicina intensiva, Blanch e colaboradores (2013) relataram que ainda existe uma associação muito negativa, feita pelo público geral, entre cuidados intensivos e evidência de morte na UTI. Os autores alertam que isso acontece porque apenas alguns membros da sociedade conhecem, de fato, quais são os serviços prestados dentro de uma UTI e as taxas de sucesso após um tratamento intensivo.

Além disso, por sua configuração técnica, em que o indivíduo encontra-se ligado a aparelhos e monitorado de modo contínuo pelos profissionais do setor, a UTI tende a exercer um efeito intimidador entre os sujeitos. Blanch e colaboradores (2013) também afirmaram que este estereótipo pode ser modificado através de campanhas de publicidade médica, contando com o relato de indivíduos que atravessaram a experiência de internamento na UTI, bem como, com os profissionais de saúde, esclarecendo ao público sobre sua atividade laboral e demonstrando êxitos alcançados.

Para Schütz (2012), concepções culturalmente determinadas, são trazidas por tipologias produzidas ao longo da história social, sendo consolidadas pelos sujeitos e transmitidas no grupo. Assim, a tipologia que é vincular cuidados intensivos e morte, extrapola o âmbito do senso comum e emerge na experiência dessa instituição hospitalar, indicada quando o enfermo se mostra potencialmente grave e é encaminhado para a UTI, entendida como o local em que a morte pode chegar, pois todo investimento necessário será feito no paciente.

Assim, os profissionais da UTI entendem que o objetivo de sua unidade é tratar pacientes em risco, mas que sejam capazes de se recuperar e sobreviver. Contudo, muitas vezes, não conseguem realizar esse propósito devido à condição limítrofe em que são levados pacientes a este setor, e o espaço ocupacional funciona como setor de suporte final, cabendo ao intensivista lidar com essa situação.

Por esta razão, a equipe multiprofissional encontra-se tendo a morte como parte do seu cotidiano de trabalho, passando a existir inquietações entre os profissionais na assistência ao sujeito criticamente enfermo, muitas vezes, no fim da vida. Essas inquietações são retratadas pelos trabalhadores como tristeza e impotência, como visto nas falas anteriores. Ou ainda indicadas na busca de investimentos terapêuticos que prolonguem a vida, mesmo quando relativizadas, como pode ser visto nos relatos seguintes:

– [...] nós buscamos todos os recursos e damos a atenção devida ao paciente. Nós usamos todos os recursos. Quando o paciente não responde aos tratamentos de uso de medicações que alteram a pressão arterial como noradrenalina, dobutamina, então, nessas condições, em que o organismo não responde mais, nós nos lamentamos e aguardamos o desfecho (Pedro).

– [...] paciente se agravou por algum motivo [...] técnicas, enfermeiros, médicos, todos vão para tentar reanimar, buscar até a última gota [...] realmente dão tudo de si, sejam técnicos, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas (Alice).

– [...] toda a equipe se mobilizando para transferir o paciente, porque ele está extremamente grave e precisa de um pouco mais de apoio da gente, mais monitorização. A gente trouxe um pouco mais para perto. Então, a equipe inteira se mobiliza para que a morte não aconteça (Úrsula).

Santos (2003) menciona que nas circunstâncias de assistência perante a morte, a tarefa que resta ao profissional do setor saúde é a missão de cuidar sem a possibilidade de curar. Isto é tido como um árduo trabalho, pois os profissionais vêm sendo formados academicamente e no campo de atuação para curar doenças e prorrogar a morte (PESSINI, 1996; SILVA, VALENÇA; GERMANO, 2010). Porém, em alguns casos, a medicina não é capaz de alcançar a cura (AMIB, 2015).

Desse modo, a UTI se apresenta como aquele ambiente que, de acordo com Silva (2014), foi arquitetado para curar enfermos, priorizando a técnica e a tecnologia dura e não a expressão dos sujeitos. De tal modo, pode-se dizer que “a assistência em terapia intensiva é considerada como uma das mais complexas do sistema de saúde [...] demandando o uso inevitável de tecnologias avançadas e, especialmente, exigindo pessoal capacitado” (SILVA; VALENÇA; GERMANO, 2010, p. 771).

Nesse âmbito, estão os trabalhadores da UTI e as demandas que estão vivenciando, demonstrando que prezam pela assistência e objetivam manter e recuperar a saúde do doente, mas se deparam com a morte. A equipe de profissionais vive a morte cotidiana no setor de atuação como reflexo de um espaço de trabalho que lhe proporciona sensações ambivalentes,

porque almeja para seu paciente a recuperação e a cura, sabe dos objetivos das UTIs, mas, só consegue disponibilizar o último suporte.

A pesquisadora percebeu que os trabalhadores desta unidade passam, então, a definir limites para que possam realizar sua atuação e tentar não ser afetados ante a morte do paciente. É o que pode ser visto nas falas seguintes:

– [...] então quando o profissional ultrapassa o limite pode ter seu trabalho prejudicado. Pode prejudicar até a assistência que vai passar para aquele paciente e para a família. O profissional precisa aprender a encontrar esse equilíbrio (Giovana).

– [...] A gente tem que deixar um pouco aquela questão de pena, porque senão a gente não trabalha. A gente leva o sofrimento deles, pega o sofrimento deles. De certa forma a gente pega (ênfatiza) [...] então tem uma hora que a gente precisa organizar essa situação (Eduardo).

– [...] você não pode se apegar ao paciente como se fosse um ente seu, porque uma hora que você investe no paciente e ele não conseguiu atingir a meta que você queria, o paciente vai a óbito, de repente você desaba [...] você tem que ser racional (Yasmin).

Além de poder influenciar a assistência prestada, os discursos apresentados demonstram que eles percebem a necessidade de se autopreservar. Essa preservação é revelada como aquilo que precisam fazer para manter a segurança da assistência e também para não adoecerem, absorvendo os impactos de vivenciar condições de terminalidade no dia a dia de trabalho. Como complementam a enfermeira Wilma e a fisioterapeuta Zilda, respectivamente:

– Você tem que ser profissional, senão, você vai ser uma próxima doente.

– [...] quem adoece é a gente, vamos acabar adoecendo por estar somatizando coisas e sentimentos que são do nosso trabalho.

Para esses trabalhadores, ultrapassar um limite de contato com o paciente hospitalizado na UTI pode levá-los a não realizar uma assistência de qualidade, além de afetar sua própria saúde.

Silva e Ruiz (2003) que investigaram significados de morte para profissionais da sala de ressuscitação em um hospital de Fortaleza também encontraram resultados similares. Seus trabalhadores entrevistados relataram acreditar ser mais adequado manter o profissionalismo no atendimento e assistência ao paciente. Os autores retrataram esta questão como um grande dilema a ser enfrentado pelos profissionais. Segundo eles, agindo desta maneira, o trabalhador tende a se tornar um mero repetidor de procedimentos, não se atentando que no campo da saúde não se deve esconder os sentimentos, mas trabalhar a livre expressão de sensações e emoções experimentadas, para que possam ser devidamente enfrentadas.

É possível concluir que profissionais desta equipe da UTI admitem utilizar o estabelecimento de limites de contato para que possam tolerar o evento da morte nas situações do trabalho e, principalmente, para que possam realizar seu trabalho, isto é, não prejudicar a assistência. Esse tipo de comportamento resguarda o trabalhador e em alguns casos não constitui indiferença (MENEZES, 2000).

Na UTI, optar por estabelecer um limite na relação com o enfermo pode configurar o sentido de proteção dos profissionais ao sofrimento que a morte do outro venha lhe apresentar. Assim, firmar uma proteção os deixa livres para realizar seu trabalho e não adoecer. Gerow e colaboradores (2010) constataram, no seu estudo, que a evitação pode ser um mecanismo ineficaz de lidar com a situação da morte no ambiente de trabalho, tendo melhores resultados de enfrentamento quando os profissionais, em vez de distanciar-se do problema, compartilham as experiências.

Assim sendo, fica claro que é preciso que os profissionais dentro da UTI tenham o discernimento necessário de não guardar conteúdos negativos que vivenciam no espaço de trabalho, pois podem ser prejudiciais à sua saúde física e emocional, ou seja, é preciso acima de tudo, conhecer suas emoções e não evitá-las.

Dois momentos presenciados pela pesquisadora, o primeiro durante a observação e o segundo ao final de uma entrevista, retratam a utilidade de expor sobre a experiência de morte que vivenciam profissionais dentro do contexto de trabalho da terapia intensiva:

Uma técnica de enfermagem diz à outra que o conteúdo das perguntas [na entrevista] havia a abalado emocionalmente e ela quase chorou. A outra profissional responde que também quase chorou e ficou muito nervosa. Posteriormente, a técnica diz uma frase marcante sobre a experiência da entrevista: “menina, o negócio fica adormecido e a gente não percebe”.

– A gente precisa disso [apoio], ninguém reparou nunca nisso. Infelizmente não é visto, eu nunca vi aqui. [Ninguém] nunca faz essas perguntas que você fez, nunca me fizeram. A gente se sente como se fosse despertado, uma coisa que às vezes a gente não fala para ninguém.

4.2.4 MORTE QUE FAZ PARTE DA VIDA

Para os intensivistas desta unidade a morte é vista como processo natural da vida. Nascer, crescer, reproduzir-se e morrer, diz o ciclo da vida aprendido por cada ser humano desde o começo da educação formal. Essa concepção didaticamente biológica ganha novos discursos que variam de acordo com a história e a cultura humana, pois que o homem produz

permanentemente significados sobre os fenômenos que o cercam (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

A exceção de alguns seres elementares como bactérias e protistas simples (SANTOS, 2007), a morte não deixa de ser um fato determinado para tudo que é vivo e, assim, profissionais em UTIs precisam lidar com a morte de pessoas no campo de trabalho, construindo significados a este seu fazer. Os profissionais desse setor mostram naturalização do fenômeno da morte na unidade em que atuam e justificaram esse processo:

– *Então, eu consigo entender que a morte é um processo natural da vida [...] acho que depois desses 14 anos, eu consegui administrar em mim, para não ficar triste com a morte. Consigo entender que ver a morte faz parte da vida (Laura).*

– *[...] eu acho que ninguém vai falar que é bom, não é bom, porque a gente tem muita perda na unidade, mas não vejo também como uma coisa ruim, porque é uma fase da vida. A morte vai acontecer para todo mundo (Fernanda).*

– *Que a morte é uma coisa que todo mundo vai passar então eu já acostumei [...] porque faz parte do trabalho, faz parte também da vida, processo natural da vida, então a gente acaba acostumando (Isadora).*

– *[...] é uma coisa que é uma realidade que a gente tem que encarar, faz parte do processo da vida, então, é difícil, mas tem que encarar [...] a gente sabe que já faz parte da vida, já tem isso inserido, por estar vivenciando. Então talvez não choque tanto (Karina).*

Os relatos anunciados por estes intensivistas mostram profissionais que apresentam naturalidade em lidar com o fenômeno da morte, tais, como os depoimentos vistos anteriormente, outras afirmações, como o da enfermeira Wilma:

– *[...] porque você já está lidando com aquilo tanto que realmente acaba se tornando normal.*

E os de três técnicas de profissionais do setor:

– *[...] acho que já levo de uma forma mais natural [sorri], é mais natural para mim mesmo” (Helena).*

– *[...] aceito tranquilamente como uma forma normal de encarar qualquer ser humano que está vivo, que pode morrer a qualquer momento (Valentina).*

– *[...] tenho a morte como uma coisa muito natural. Eu nunca tive esse medo, esse problema com morte [...] uma coisa muito natural, chegou a hora tem que ir (Maria).*

Também são encontrados, dentro da equipe multiprofissional da UTI, discursos contrários, porém, não excludentes, em que a situação de morte no ambiente de trabalho ainda é complexa para se acostumar e receber, tais como relatam, respectivamente, Quézia e Rafaela:

– *Não acostumei [sorri], muito difícil, a gente vê paciente aqui muito grave.*

– [...] é, faz parte do ciclo da vida a morte, mas a gente não quer, jamais.

Mesmo diante da referência a uma não habituação à morte no trabalho, esse fenômeno ainda é revelado como inevitavelmente processo natural da vida.

Brêtas e colaboradores (2006), Bernieri e Hirdes (2007), Araújo e Belém (2010) e Covolan e colaboradores (2010) apresentaram concepções de morte e morrer reveladas por estudantes e profissionais de saúde. Os resultados mostrados vão ao encontro do que foi visto nessa UTI. Assim, nestes estudos e na visão dos profissionais dessa UTI, muitas vezes, a morte não possui sempre um caráter interdito, ou seja, a morte nem sempre é um tabu. Esse fenômeno é apontado como algo natural e por isso a maneira de lidar com ele é naturalizada. No entanto, em algumas ocasiões, pode ser compreendido como fenômeno complexo, difícil de lidar e aceitar.

No estudo de Araújo e Belém (2010), a naturalização da morte foi descrita como uma possível banalização por parte dos profissionais, dando indicativos de que na verdade há uma falta de preparo para encarar tal circunstância e, portanto, profissionais declaram que se adaptam a vivenciar a situação. Perspectivas atuais sobre a morte no ambiente de trabalho em saúde mostram que naturalizar a morte pode fazer parte de um modo de resgate do que se compreende como a *boa morte*. É o que vem sendo defendido e retomado atualmente na filosofia dos cuidados paliativos.

Nessa abordagem, o sujeito deve ser ativo e possuir autonomia diante de sua própria morte, auxiliado por familiares e profissionais que o acompanham nos momentos finais de vida. Isso configura ao profissional, oferecer uma morte com dignidade, ou a *boa morte*, sem o uso de procedimentos invasivos a qualquer custo, compreendendo que a morte do paciente é um fato (MENEZES, 2004).

Assim, a noção de naturalização trazida na concepção paliativa ainda não é um princípio na condução da atividade desses trabalhadores, mesmo porque os profissionais não se limitam a usar investimentos terapêuticos como as medicações e as intubações que prologam a vida, sem refletir sobre o sofrimento do paciente com tais procedimentos. A aceção de naturalizar a morte, demonstrada nos relatos da equipe dessa UTI, indica, então, a morte como uma possibilidade a ser encarada no local de trabalho. É um evento possível de lidar de forma tranquila, porque ela é rotineira dentro da sua atuação na UTI e faz parte da vida. Isso demonstra que a naturalização da morte, sem dúvidas, ajuda os trabalhadores a lidarem com tal evento.

No entanto, o impasse não deve estar sobre a naturalização da morte, que, de maneira geral, pode ser aceita dentro das unidades hospitalares. A questão central recai sobre a mecanização do fazer, frente ao paciente que morre e requer assistência da equipe. A mecanização desumaniza o trabalho e objetifica a relação do profissional com o paciente, em específico, com aquele que está morrendo.

Tal concepção é trazida na declaração do profissional de saúde Caio:

– [...] vai aquela coisa mais mecânica mesmo. Acho que o trabalho da UTI tem um pouco disso, de ser meio mecânico.

Complementado por uma colega de trabalho que afirma:

– [...] geralmente é uma coisa muito mecânica, então assim, você faz o que tem que ser feito e o sentimento real não tem [...] acaba ficando uma coisa muito mecânica em relação a sentimento [...] é uma coisa que você se adaptou ao meio e que faz parte do seu trabalho (Nivia).

A menção ao trabalho mecanizado que objetifica a relação com o paciente frente à morte nessa UTI também se fez presente em uma situação vivenciada pela pesquisadora e um médico da equipe:

Após a entrevista com um médico, ele questiona se existirá alguma correlação entre vínculo empregatício e repercussões na morte. Ele diz que deveria ser feita, pois acha que alguém com vínculo estatutário ou que tem pretensões de uma carreira com estabilidade, vai estar mais presente no hospital para acompanhar o paciente e terá mais “agonia” com a morte de um paciente, do que quem vê o paciente poucas vezes, como é o caso dos médicos dessa unidade. O médico diz que às vezes por conta disso o paciente se torna uma “coisa” para o profissional de medicina. Ele afirma haver a existência da “coisificação” na UTI e ficou pensando sobre isso.

Portanto, é possível dizer que a ideia de coisificação, feita a partir da mecanização do trabalho e objetificação do sujeito-paciente, esteve presente mesmo em diferentes categorias profissionais que fazem parte da equipe de trabalhadores da UTI. Mesmo não sendo uma postura unânime, essa evidência requer pensar ações de trabalho que vêm sendo protagonizadas dentro da UTI. De acordo com Menezes (2004), a prática da medicina mudou tanto ao longo dos tempos que chegou ao ponto de fragmentar a dinâmica existente entre profissional e paciente, tendo como característica no século XX – estendendo-se ao recente século XXI – a “objetificação da pessoa do paciente” (MENEZES, 2004, p. 36).

É justificável afirmar que isso acontece quando alguns trabalhadores acabam tornando-se exclusivamente tecnicistas, ancorados pela infraestrutura de alta tecnologia presente nas UTIs, que aumenta o “controle sobre o tempo e as circunstâncias da morte” (MENDES; LUSTOSA,

ANDRADE, 2009, p.163). Ao mesmo tempo, afasta o profissional dos sujeitos envolvidos no processo de hospitalização.

Como um mundo intersubjetivo compartilhado, a esfera da vida cotidiana da UTI desse hospital traz na análise compreensiva social a noção de significados atribuídos na vivência de sujeitos dentro de um ambiente comum (SCHÜTZ, 2003). Essa noção é caracterizada quando os profissionais, em seus relatos e expressões, encaram a morte como uma condição do cotidiano do trabalho. Percebe-se na intersubjetividade das declarações os significados descritos com as nomenclaturas: natural e rotineiro. A mecanização não é um aspecto comum, embora esteja presente, devendo ser considerada, pois se constitui como uma ação realizada, que precisa ser avaliada, pois pode fazer os profissionais esquecerem que o alvo de intervenção na assistência é o humano e não um objeto a ser manipulado.

Desta maneira, os significados apresentados, podem transformar-se em condições estáveis que consolidam determinados aspectos como funções, papéis sociais ou comportamentos institucionais, aceitos e admitidos por um grupo (CAPALBO, 1979). O comportamento institucional apresentado é a morte naturalizada e rotineira, retratado por um campo de sentido comum, que transparece no ambiente dessa UTI, sendo aprovado pela maioria de seus trabalhadores.

EIXO 3

4.3 O MORRER

4.3.1 ENVOLVIMENTO E PREPARAÇÃO

Do cenário apresentado, ficou perceptível que a vivência dos profissionais da unidade de terapia intensiva com a morte é menos permeada de dificuldades, ainda que elas existam, e encará-la no cotidiano de trabalho é algo que, com o tempo e o transcurso da ocupação torna-se comum no trabalho. Entretanto, o mesmo não pode ser dito em relação ao processo de morrer.

Nesta ocasião os trabalhadores revelam diversas reações, como dificuldade, lamentação e pesar. Na observação, algumas dessas manifestações foram presenciadas pela pesquisadora. Em certa ocasião, uma profissional refere que ao pensar em um paciente específico, hospitalizado na unidade há alguns meses e sem indicação de alta devido à dependência aos aparelhos, tem a vontade de chorar. Momento semelhante ocorre quando uma trabalhadora menciona, com os olhos embaçados, a morte de um paciente que ela acompanhou, brincou e conversou

assiduamente. Ele permaneceu por determinado período internado, entre idas e vindas para hemodiálise, até morrer. Outra profissional resume a complexidade de estar frente a essa situação:

– Acompanhar o processo de morrer eu acho que é mais difícil do que lidar com a morte em si (Giovana).

Quando relatam e expressam essas condições, os profissionais mostram que, sendo o processo de morrer um acompanhamento por um período de tempo, estar frente a essa situação não é simples de vivenciar. Isto pode estar vinculado ao fato de nessa ocasião ser possível nascer uma interação entre profissional e paciente, ou uma relação duradoura entre sujeitos, podendo estabelecer com ele um convívio e um laço afetivo.

Durante o período de observação, o registro do diário de campo em que o processo de morrer é ressaltado por uma profissional do setor e torna-se evidente para a pesquisadora, como algo a ser considerado marcante nessa experiência, foi visto no seguinte episódio:

Uma técnica de enfermagem estava bastante ocupada durante um bom período do turno de trabalho. Depois de um tempo ela retorna para perguntar o que ao certo é a pesquisa. Respondo, mas ela vai além e me pergunta sobre meu objeto. Digo a ela que espero que os profissionais possam me contar o que significa para eles a morte e o processo de morrer de um paciente ali internado. Ela enfatiza: “ah, o processo de morrer”. Ela traz em nosso diálogo que o processo de morrer é mais difícil e que os profissionais fazem “de tudo”. Ela destaca em seu discurso o paciente renal e sobre o que eles passam, sentem e como se comportam. A técnica refere que eles ficam internados por longos períodos e muitos não aceitam fazer hemodiálise, falando de um paciente que acabou “complicando”. Ela fala que também existe o “lado da entrega” por parte do paciente e que o profissional não pode fazer muita coisa, usando a expressão “é uma faca de dois gumes”.

Spíndola e Macedo (1994) também consideraram dificuldades frequentes com o processo de morrer entre os profissionais de saúde que entrevistaram. Isso porque os trabalhadores indicavam o ônus do convívio com aqueles pacientes internados nas unidades onde atuavam, acompanhando o tratamento e, por vezes, o morrer. Integram-se a esses resultados alguns depoimentos dos profissionais desta UTI que marcam a dificuldade de acompanhamento:

– Isso [acompanhar] para o profissional é muito desgastante e decepcionante [...] porque aqui a gente luta tanto pelo paciente. O trabalho é braçal e psicológico, e no fim, esse paciente vai a óbito. Então para nós às vezes é desgastante [...] pegamos muitas histórias de vida que terminam aqui (Eduardo).

– Às vezes a gente se apega mais ao paciente quando ele tem muito tempo na UTI, de certa forma, às vezes a gente acaba se envolvendo e se emocionando [...] porque a gente acaba conhecendo o histórico do paciente, acaba vendo a luta dele para sobreviver (Isadora).

– [...] a exemplo de uma que teve aqui e ficou quatro meses com a gente, a gente sentiu um pouco mais quando ela foi a óbito, porque era uma paciente que a gente lutou bastante

pela vida dela, mas quando são pacientes que tem um, dois dias de UTI, a gente acaba não pegando tanto a questão sentimental (Úrsula).

– [...] geralmente aquele que a gente cuida mais tempo, aqueles que a gente viu acordado, conversando, depois rebaixa, é entubado e tudo, mas, primeiramente aquele que a gente convive mais, aquele que chega e demora pouco tempo, a gente quase não tem aquele sentimento de perda [...] quanto mais você convive com um paciente, mais você tem aquele vínculo, aquele sentimento de cuidado e quanto menos você convive é menor o apego. É que nem o amor. Dizem que quanto mais você convive com a pessoa, mais você gosta dela. Como amor de filho, amor de mãe, então, quanto mais você convive com o paciente, mais vínculo você cria e quanto menos você convive não é tanto apego (Karina).

Com base nessas falas, outras tantas declarações dos profissionais na UTI expõem suas vivências com o processo de morrer de pacientes e a convivência que caracteriza conhecer histórias de vida e criar vínculos. Preparar-se para uma possível perda frente ao paciente que apresenta riscos de morrer é o que passam e relatam esses profissionais, sendo uma forma reconhecida de lidar com a situação. Assim, esses discursos permitem dizer que dois termos marcam a experiência de acompanhar o processo de morrer dos profissionais na unidade de terapia intensiva: preparar e envolver.

O que define o processo de morrer dentro da UTI é sinalizado por um “prognóstico reservado” que o paciente recebe devido a suas condições e características clínicas. O mau prognóstico é indicativo de uma morte esperada, breve ou longa, mas que certamente ocorrerá dentro desse espaço de trabalho. Diante disso a atitude de preparação e a sensação de desgaste entre o grupo de profissionais se faz notada, porque o paciente que vai morrer é aquele com quem estabeleceram uma convivência e partilharam de sua história.

Essas características apresentadas e reveladas pelos profissionais, podem ser entendidas como a configuração de um luto antecipatório que ocorre na UTI, ou seja, um processo adaptativo que permite aos trabalhadores elaborarem o acontecimento próximo da morte (FONSECA, 2004). Admite-se dizer que esse luto antecipado tem início com o mau prognóstico que recebe o paciente e caminha em um contínuo até a concretização da morte, que levou os profissionais dessa unidade a experimentarem intensas respostas de pesar antes da ocorrência real da morte.

O luto representa uma reação normal e esperada diante de qualquer perda porque acontece frente ao rompimentos de vínculos afetivos (CUNHA, 2012). Essa é a tese geral da teoria do apego de John Bowlby (1980) que descreve sobre a propensão dos seres humanos, em qualquer fase do ciclo vital, criarem laços de afeto entre si e como explicar sofrimentos emocionais ocasionados por perdas e separações desses vínculos. Esse comportamento de ligação é caracterizado pela tendência de proximidade entre pessoas e origina muitas reações humanas

durante a formação, manutenção e rompimento de laços afetivos (BOWLBY, 1980; CUNHA, 2012).

Assim, o luto não ocorre tão somente diante de uma perda concreta, em decorrência de uma morte real, mas surge também de forma antecipada, levando os profissionais de saúde a agirem de maneira a se preparar progressivamente ao evento da morte. Para Cunha (2012), ao trabalhador da saúde esse processo de enlutamento ainda não é um modo reconhecido e há pouco espaço para sua expressão no espaço hospitalar. Mesmo enquanto processo adaptativo, a falta de expressividade para o luto da equipe pode predispor, no contato constante com pacientes a morrer, manifestações somáticas e psíquicas negativas futuramente danosas aos trabalhadores.

Também verificaram esses achados os estudos de Rashotte, Fothergill-Boubonnais e Chamberlain (1997) com enfermeiros pediátricos de unidades intensivas neonatais, avaliando que esse estreito envolvimento com as crianças em processo de morrer geram manifestações de ansiedade e angústia entre os profissionais. E também, a revisão sistemática da literatura brasileira realizada por Marques e colaboradores (2011), que encontrou 30 artigos com a visão de equipes multiprofissionais em unidades de terapia intensiva sobre o tema da morte e do corpo, chegando à conclusão de que o tempo de permanência do paciente na UTI e o vínculo criado colaboram para que o profissional aflija-se diante desse processo de morrer que acompanha.

No campo da fenomenologia compreensiva de Schütz, os momentos apresentados permitem dizer que a pesquisadora constitui com os trabalhadores uma relação *face a face* (SCHÜTZ, 2003), e por isso eles se revelam, para ela, nas suas experiências com o fenômeno morrer. Assim, é possível compreender que significam tal processo como uma dificuldade de atuação dentro da UTI e isto os afeta.

É preciso dizer que nem sempre dentro da UTI os profissionais conseguem estabelecer uma relação recíproca com o paciente que acompanham, pois alguns enfermos vão piorando seus estados clínicos, tornando-se não responsivos. No entanto, foi com eles que estiveram em interação até essa relação bilateral não ser mais possível, restando apenas assisti-los diante do avanço da doença.

4.3.2 UTI DE CRÔNICOS

Sobre a cena anteriormente apresentada, parte do perfil de pacientes internados nessa unidade é revelada por uma trabalhadora. Essa evidência é complementada por outros profissionais, que assim relatam a representação dos principais pacientes hospitalizados:

- [...] *idosos crônicos com diabetes, hipertensão, problemas gástricos ou perfuração de arma de fogo (Rafaela).*
- [...] *complicações de diabetes e hipertensão, infecção do trato respiratório, choque séptico, pacientes com insuficiência renal, necessitando de hemodiálise (Tatiana);*
- [...] *arma de fogo, acidente, hipertensão e diabetes, doenças crônicas, é o perfil (Valentina)*
- [...] *é considerada uma UTI de crônicos (Yasmin).*

Feijó e colaboradores (2006) e Vieira (2011) realizaram estudos quantitativos no Ceará e em Brasília, respectivamente, e apresentaram o perfil clínico, geográfico e de gravidade dos pacientes nas unidades hospitalares de terapia intensiva. Eles mostraram que a UTI é o setor do hospital que admite mais pacientes em idade avançada, com diagnósticos diversos de adoecimentos e outras morbidades associadas ao diagnóstico principal. Esse perfil é equivalente ao retratado pelos trabalhadores dessa UTI nas observações e nas entrevistas. Embora recebam muitos pacientes em condições limítrofes da vida, esta UTI se configura como um espaço em que o perfil clínico é de pacientes crônicos.

Os profissionais também se defrontam com outras condições que não lhes são comuns no dia a dia do setor e precisam atender. Quando são pacientes jovens, como a maioria dos profissionais, ou quando recordam seus filhos, os profissionais tendem a identificar-se com esses sujeitos e demonstram serem afetados nessa experiência. Assim, alguns profissionais falam sobre esses tipos específicos de pacientes que entram, permanecem para receber os tratamentos intensivos e, por motivos vários, morrem na unidade.

São pacientes que marcam a vivência do trabalhador na UTI, porque, a grande maioria dos profissionais deste setor é constituída por jovens. A fisioterapeuta Zilda diz:

- [...] *é muito difícil a gente perder um paciente jovem, que chegou verbalizando e evolui a óbito por uma complicação.*

Os demais profissionais contam à pesquisadora seus pontos de vista:

- [...] *uma coisa muito diferente, um paciente de quinze, quatorze anos ir a óbito [...] são coisas que chocam [...] quando é um paciente jovem que de repente estava bem fica mal,*

choca nesses casos específicos [...] quando é jovem, ‘ah, que pena ele era muito jovem’ (Nivia).

– [...] meu problema são os jovens, pessoas muito jovens que vão a óbito por causas banais. Idosos eu também acho um pouco, sinto um pouco [...] inclusive até hoje eu sei nomes de pacientes que morreram por causas banais e jovens (Sabrina).

– [...] quando é um paciente muito jovem que morre [...] quando tem criança na UTI, porque eu trabalho com adulto, mas na outra instituição, às vezes, como não tinha UTI pediátrica, acontecia de um paciente criança se agravar, precisar de UTI [...] ninguém queria ficar com ele. Eu me colocava no lugar do outro assim ‘e se fosse o meu filho?’ (Laura).

– [...] uma das coisas que fez eu sair da UTI pediátrica foi porque depois que meu filho nasceu, eu sofria muito vendo as crianças e o que acontecia [...] então, quando eu sou chamada aqui na pediatria eu fico com o coração assim apertado, porque a gente não tem muito o que fazer pelas crianças [...] eu saio daqui mal (Diana).

Além de citar os jovens, os trabalhadores mencionam dificuldades enfrentadas ao lidar com o processo de morrer quando os pacientes são crianças, porque viveram esse acontecimento em outros espaços de trabalho. O que se pode depreender nessas declarações, é que a perda de jovens e crianças é sentida pelos sujeitos. Talvez os profissionais considerem a evolução para a morte, nessas fases da vida, como uma interrupção do transcurso vital. Entretanto o que fica claro, é que entrar em contato com pacientes em faixas etárias semelhantes às suas pode funcionar como espelho ao profissional que se vê como sujeito vulnerável a passar por uma condição de enfermidade, ou qualquer outro risco, e morrer, como ocorre a seus pacientes.

Uma pesquisa de Nogueira-Martins (2002) ressalta que a mão de obra de pessoas jovens e de nível superior vem crescendo nos últimos anos dentro das unidades de saúde. Essa evidência reforça a possível identificação que os profissionais fazem quando precisam atender pacientes enfermos semelhantes a si. Silva e Ruiz (2003) assumem que os profissionais investigados no seu estudo sobre cuidar, morte e morrer mostram mais apego a pacientes jovens e que a morte de pessoas mais velhas aparece como normal ou mesmo aceitável. Ryan e Seymour (2013), bem como Spíndola e Macedo (1994) revelam que os profissionais interpretam de forma distinta o acompanhamento da morte quando é um paciente em plena juventude ou quando os pacientes os fazem lembrar algum familiar, gerando reações mais emotivas na assistência prestada.

Sellers e colaboradores (2015), ao tentar medir a qualidade de morte e morrer em uma UTI pediátrica, sugerem que morte de crianças e adultos são qualitativamente diferentes, já que as crianças, devido à sua prematuridade, ainda não puderam expressar suas escolhas de vida, quem são e tampouco fechar ciclos com seus familiares durante o processo de morrer que vivem. Por

isso, essa morte que vem é tida pelos profissionais e familiares como um evento traumático. Esta percepção é diferente do que ocorre para jovens e adultos, já que eles tiveram algumas oportunidades de expressão em sua maturidade breve ou longa.

Neste estudo não é possível dizer que os sujeitos sofrem mais quando são pacientes jovens e/ou crianças do que quando são adultos e/ou idosos. A forma de ser afetado é que se apresenta de maneira diferente, isto é, o perfil dos pacientes que com frequência se encontram nessa UTI – idosos e crônicos – afeta o profissional, pois é o paciente que permanece, é o enfermo que o trabalhador acompanha por um período e que sua permanência possibilita a criação de vínculos. Assim como afeta o trabalhador atuar frente a situações não comuns, como jovens e crianças hospitalizadas, porque nesses casos, um processo de identificação se estabelece e o que prevalece é a morte que se mostra próxima.

Portanto, o trabalhador desta equipe multiprofissional na relação (SCHÜTZ, 1979) que estabelece com os pacientes hospitalizados, em determinada permanência na UTI, onde o sujeito para o qual ele presta assistência inicia um processo de morrer que ocorrerá no setor, vivencia o sofrimento, a dor e as demais condições pelas quais vão passando esses pacientes. Os profissionais significam juntos essa experiência, declarada na complexidade de enfrentar esse momento do paciente, conjuntura que os afligem.

4.3.3 O SISTEMA

Ao proceder à análise das falas e observação, identifica-se que essa equipe de profissionais da UTI também é afetada por assistir um paciente sem os recursos necessários. Mesmo que essa UTI seja o setor do hospital com instrumentos mais avançados, ainda há precarização de suporte tecnológico, como, por exemplo, aqueles que conferem determinar diagnósticos. É possível perceber esse déficit nos discursos apresentados:

– [...] então é uma tomografia que falta (Eduardo).

– [...] o paciente necessita de um serviço de imagem aqui, uma tomografia, o hospital não tem para oferecer (Yasmin).

– Aqui pede uma tomografia por suspeita de acidente vascular cerebral (AVC), fica o diagnóstico lá aberto muito tempo, pois não se consegue fazer o exame (Laura).

Desse modo, é visto que acompanhar o paciente que avança do adoecimento ao fim da vida, sem o instrumental necessário para definir diagnóstico e tratamento específico, dentro da própria estrutura hospitalar onde trabalham, gera impactos sobre esses trabalhadores. A origem do problema, eles revelam, está no chamado “sistema”, a organização hierárquica superior que

gere os dispositivos públicos e deixa falhas estruturais que talham a conduta possível do profissional. É o que se vê nas falas seguintes:

– [...] *profissionalmente eu fico frustrado quando eventualmente eu estou na unidade que eu não tenho um equipamento, alguma tecnologia e recurso para salvar o paciente, e o paciente morre, porque eu não tive esse recurso [...] nessa parte eu falo em SUS (Otávio).*

– [...] *são questões políticas e administrativas [...] os recursos que chegam, para que seja dada a assistência, ainda não são suficientes. Quando os pacientes chegam e a gente vê que está em um estado que poderia ser recuperado, não é referenciado a tempo, isso me deixa triste, realmente, fico desanimada. Às vezes a gente se sente impotente, porque não podemos fazer algo, isso me deixa realmente desanimada, me deixa muito abalada (Maria).*

– *Então a gente sabe que se tivesse um exame [...] aquele paciente seria diagnosticado mais cedo, algo que ele tem. Aquele tratamento poderia ser dado de forma mais eficaz [...] essas coisas deixam a gente entristecido [...] porque falta o ambiente, o tratamento, os exames necessários [...] a gente poderia ter ajudado mais esse paciente, mas não conseguiu ajudar porque esse diagnóstico não foi feito de forma mais precoce [...] Você acaba se conformando com essa situação, você sente, mas você se conforma porque você fala: ‘mas o sistema é assim, infelizmente eu não posso fazer nada’ (Diana).*

Leite e Vila (2005) também encontraram situação análoga nos depoimentos da equipe multiprofissional da UTI que investigaram. Essas autoras apontam que seus entrevistados atribuem a insuficiência de recursos na unidade como um grave problema com que se confrontam diariamente e gera frustração. Isto porque é preciso improvisar, no atendimento, fato que de modo geral não é benéfico nem ao paciente e nem ao profissional. Segundo uma pesquisa sobre tecnologia e organização do trabalho na UTI, que reforça tais achados, “O fato de buscar condições para realizar o trabalho, aliado à situação de nem sempre encontrá-las, suscitam sentimentos de irritação e cansaço no trabalhador” (MARTINS; NASCIMENTO, 2005, p. 24).

Muitas vezes a insalubridade ocupacional é motivo para ocorrência de profissionais insatisfeitos, porém, sem possibilidades de mudar o seu campo de trabalho. Quando a problemática atinge os profissionais que participam do processo de morrer de pacientes e não conseguem ir além do tratamento de sintomas, ou seja, deliberam o tratamento pela sintomatologia apresentada e não pela causa – devido à falta recursos mais precisos para fechar o diagnóstico e tratar o enfermo de acordo com seu adoecimento, muitos profissionais são diretamente afetados por esta vivência. É o que a pesquisadora observa nas falas e condutas dos profissionais dessa UTI.

Nessa discussão, apesar de o propósito dos profissionais da equipe seja proporcionar ao paciente um adequado tratamento frente à condição que ele apresenta na UTI, ou das complicações que desenvolve, isso nem sempre é possível porque a falta de recursos precisos é preponderante. O

mundo da vida cotidiana da UTI é um mundo complexo (SCHÜTZ, 1974) e os profissionais que dele fazem parte percebem isso no dia a dia de trabalho. O paciente é compreendido pelo profissional como alguém que vive um momento único e compartilham com ele tal condição, tendo que enfrentar a situação.

Assim, significam essa vivência através de um “sistema” que não os deixa realizar uma assistência precisa, levando-os a sentirem-se entristecidos e frustrados. Essa constatação é relevante para ponderar que o desgaste dos profissionais, ao participarem das condições de terminalidade por que passa o sujeito doente, é uma forma de mostrar como a vivência diante do processo de morrer de seus pacientes incide sobre sua saúde e assistência.

4.3.4 CRENÇAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Para suportarem ter o processo de morrer nas condições ocupacionais em que vivem e como partes de sua dinâmica cotidiana de trabalho, os profissionais trouxeram questões relacionadas à fé. Apegando-se às suas crenças pessoais expuseram como acreditam ser essa situação por que passa o paciente hospitalizado e também como eles elaboram dentro de si tais demandas:

– [...] acredito em reencarnação, vida após a morte. Então assim, eu acho que quando chega a hora da pessoa, ela descansa e talvez vá para um lugar melhor do que onde a gente está [...] quando chega a hora da pessoa ir, não adianta, a pessoa descansa, a pessoa vai para um lugar melhor (Diana).

– [...] então a gente tem um cotidiano e aceita [...] a gente já sabe que às vezes não vai sair. Às vezes é Deus que vai dar aquela solução. A gente está vendo, Deus vai dar uma solução (Eduardo).

– [...] eu sou cristã e eu já vi muitos milagres, Deus operar, Deus ressuscitar. Eu sempre penso ‘está nas mãos de Deus, Deus vai fazer o que for melhor’ [...] tem casos que mesmo a medicina já desenganou, mas temos esperança ainda em Jesus (Quézia).

– [...] procuro pensar que aconteceu com a pessoa o que ela acredita. Alguns pacientes dizem ‘ah, porque eu vou para o céu’, outros dizem ‘ah, porque eu vou para o paraíso’. Então eu penso muito na questão religiosa, eu penso muito que para mim a pessoa está descansando, é um momento que ela está descansando aguardando o despertar de Deus (Giovana).

E outra profissional finaliza revelando como se comporta e o que pensa estando diante dessa situação:

– [...] eu penso e sinto assim, acredito que a pessoa depois continua. Eu acredito nas energias e faço uma oração (Tatiana).

Estudos já foram realizados sobre a influência da religiosidade no enfrentamento dos doentes, familiares e profissionais dentro do ambiente hospitalar com foco no adoecimento, morte e

morrer. Este estudo também encontrou trabalhadores que significam sua vivência através das crenças, pois, por meio dessa construção, o profissional tende a mitigar sofrimentos que podem estar presentes no compartilhar condições de terminalidade do paciente e, possivelmente, aceitar a morte.

Spíndola e Macedo (1994), Gerow e colaboradores (2010) e Borges e Mendes (2012) trataram sobre o tema da morte e do morrer para profissionais da saúde, observando a presença frequente do sistema de crenças que seus entrevistados possuem para lidar e trabalhar nesse contexto ocupacional. Esses autores afirmam que entre os membros da equipe profissional existe uma procura por crenças religiosas, expressão de bem-estar espiritual e suposição na transcendência humana, isto é, que aquele que morre é conduzido para algum lugar. Enunciados que emergem nos depoimentos dos profissionais dessa UTI e resgatam a religiosidade como uma fonte de equilíbrio e apoio ao profissional que encara a terminalidade no espaço ocupacional.

No mundo social, os sujeitos estabelecem relações intersubjetivas que configuram o intercâmbio de experiências que dão origem a relacionamentos de compreensão mútua diante de fenômenos vividos (SCHÜTZ, 2003). O revelado por esses intensivistas mostra que assim funciona o sistema de crenças. O movimento de buscar em expressões de fé é o significado partilhado entre os trabalhadores, que encontram nessa manifestação um modo de enfrentar o fenômeno do morrer na UTI. E também, ancorar-se em alguma convicção metafísica, nesta situação, é entendido como um aspecto que propicia um melhor desfecho ao paciente, frente à finitude que se lhe apresenta.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é uma investigação em que foi possível revelar a vivência de uma equipe multiprofissional sobre ter a morte e o morrer na unidade de terapia intensiva como cotidiano de trabalho. Isto foi viável porque a pesquisadora instigou, dentro de um campo de práticas, profissionais a revelarem o mundo da vida da UTI, onde a presença desses fenômenos é recorrente, e ao fazê-lo, demonstrou as situações, as manifestações e as complexidades nessa experiência.

No momento em que os objetivos foram inicialmente delineados, alguns pressupostos permitiam acreditar que toda a vivência dos profissionais como a morte e o processo de morrer seria marcada pela dimensão do sofrimento, evocados por significados como dor, tristeza, comoção, frustração e impotência, por esses fenômenos serem, muitas vezes, incompatíveis

com o trabalho de manter a vida na UTI. Quando, na verdade, a pesquisadora se deparou com uma equipe multiprofissional que assume uma postura não velada sobre o que vivem quando encaram a morte do paciente, mas que ao participar do processo de morrer, revelam a experiência como circunstância que lhes afeta, seja na criação de vínculos afetivos com os pacientes ou inconformidades da ordem do trabalho frente ao acompanhamento do paciente que vivo está morrendo, como na escassez de condições tecnológicas.

Essas experiências com a morte e morrer foram permeadas por diversas situações em que tais fenômenos estão presentes no espaço de atuação profissional, por isso, utilizou-se a fenomenologia compreensiva de Alfred Schütz para vislumbrar os significados intersubjetivos e deixar revelar o sentido comum neste mundo da vida cotidiana da UTI.

Considerando-se que no ambiente da UTI circulam pessoas de diversas categorias profissionais, os pacientes e seus familiares e/ou acompanhantes, a orientação relacional estabelecida foi, principalmente, entre o trabalhador e o paciente que morre ou está morrendo dentro dessa unidade. Essa constatação permitiu traçar os caminhos de conhecimentos intersubjetivos do grupo de trabalhadores que encaram a terminalidade no espaço de atuação. Esses significados deram origem a sentidos comuns que delineiam a compreensão dessa vivência.

A equipe composta por técnico administrativo, médicos, enfermeiros (técnico e superior), fisioterapeutas e psicólogo reconhece a UTI onde atuam como espaço de inserção e construção do trabalho. Precisam cumprir suas rotinas, realizar suas atividades e descansar ao terminarem. Em regra geral, transmitem normas e valores implicitamente estabelecidos, baseados em uma noção de competência que deve haver nesse espaço, pois foi construído junto. Assim, é preciso garantir um melhor fazer na assistência ao paciente, especialmente, quando se deparam com a morte e o processo de morrer dentro do setor. Portanto, precisam ser uma equipe diferenciada para que o paciente tenha o suporte necessário nessas condições. Logo, serem profissionais voltados para o trabalho apareceu como um sentido comum presente para esse grupo de trabalhadores.

A morte no setor é descrita em um contínuo. Desde a inserção na UTI, onde a morte tem impactos iniciais no trabalhador, até a sua naturalização, como parte da rotina de trabalho e do ciclo de vida, a morte é uma possibilidade presente no campo de atuação. Os profissionais atravessam o tempo de estranhamento e aprendem a caracterizar a morte como elemento presente na UTI. É esse o elemento comum, específico, dessa equipe multiprofissional.

Nos significados que atribuem à morte na UTI apenas uma circunstância parece afetar os profissionais, que revelam impotência e angústia. Esta aparece quando os trabalhadores não podem realizar a assistência que leve o paciente à alta hospitalar ou o reabilite, pois o sujeito chega à unidade em um estado de saúde muito grave. Nessas ocasiões, os profissionais admitem limitar o contato e prezar apenas pela prestação do serviço, pois ultrapassar a barreira entre profissional-paciente quando a morte é apresentada, pode prejudicar a assistência e afetar sua saúde.

Há profissionais nessa UTI que se tornam tecnicistas. A relação com a técnica fica sobreposta à relação humana com o paciente, “coisificando” o sujeito enfermo e conseqüentemente a prática diante da morte, que deve ser regulada, e não permite a expressão de sentimentos. O desafio nesse setor é usar a tecnologia disponível com bom senso e ciência, a fim de oferecer adequado suporte terapêutico, além de proporcionar ao profissional adequado espaço para expressão de sentimentos sobre a experiência da morte de seus paciente que vivenciam no local de trabalho.

Outra dimensão relacional se estabelece frente ao processo de morrer. E é dentro dela que, diante da possibilidade de perda real do enfermo, isto é, quando o paciente permanece na UTI e apresenta a condição de “prognóstico reservado”, que os profissionais se afetam, há declarações de lamentação, desgaste e tristeza. Retratam esta condição como mais difícil a ser enfrentada, assumindo o envolvimento com a história de vida dos pacientes e a necessidade de preparação para uma perda do sujeito que assistem.

As experiências dessa equipe multiprofissional na UTI também são marcadas por circunstâncias de atendimento a perfis clínicos esperados em uma UTI de adultos, como idosos e doentes crônicos. Mas, quando os trabalhadores são submetidos a assistir enfermidades que não lhes são comuns no dia a dia do setor ou quando são pacientes crianças e/ou jovens, tendem a ver o paciente como um espelho de si mesmos, revelando haver sofrimento nessa experiência.

No que diz respeito aos outros significados compartilhados por essa equipe de saúde, também fica claro que os trabalhadores são afetados quando o “sistema” não lhes permite desempenhar o trabalho, por falta de recursos para fechar um diagnóstico, impossibilitando dar resolutividade e tendo que atuar na assistência apenas no tratamento de sintomas. E que o conjunto de crenças que possuem funciona como um suporte que os trabalhadores encontram para lidar com as situações do morrer presentes no seu cotidiano de trabalho. Diante dessas evidências, ser afetado por compartilhar o morrer de pacientes internados no campo de trabalho onde atuam é

o consenso manifesto por esses profissionais e essa condição mostra algum grau de sofrimento no âmbito ocupacional.

Mesmo que as emoções ainda sejam aspectos frequentemente desvalorizados dentro das instituições, as expressões de sentimentos e sofrimentos no espaço de trabalho ajudam os sujeitos a elaborarem situações, pois repensam a experiência vivida e aprendem a lidar com ela. Essa ação deve ser pensada pela gestão de saúde do trabalhador atuante nesse hospital, e por aqueles que cuidam dos campo das emoções, já que, ao significarem o cotidiano de trabalho com a morte e morrer, os profissionais demonstram aspectos emocionais presentes. Este estudo pode, inclusive, contribuir para o despertar e aprofundamento de investigações científicas futuras, tecendo sobre outras compreensões.

A possibilidade de desdobramentos de outras produções científicas também está prevista após este estudo, pois muitos outros aspectos encontrados na dinâmica de trabalho da UTI foram revelados pelos profissionais e captados pela pesquisadora. Assim, surgem como temáticas a serem trabalhadas com o objetivo do conhecimento científico.

REFERÊNCIAS

- AUED, Gisele Knop. **Competência clínica na prática assistencial de enfermeiros de um hospital privado**. 2013. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.
- ALVES, Maria Virgínia et al. Morte e morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 543-548, 2012. <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i3.29296>>. Acesso em: 15 dez. 2015.
- AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Tomando decisões na UTI, 2015. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/publico-geral/decidindo-na-uti/>>.
- ANDRADE, Teresa Alexandra Malveiro. **Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde**. 2008. f. 341. Tese (Doutorado) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.
- ARAÚJO, Sandra A. Neves; BELÉM, Kelly França. O processo de morte na unidade de terapia intensiva neonatal. **ConScientiae Saúde**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 290-299, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/929/92915260017.pdf>>. Acesso em 26 jul. 2015.
- ARIES, Philippe. **O homem diante da morte**. 2. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1989. 670 p.
- ARIES, Philippe. **Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editorial Teorema, 1975. 316 p.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Novo portal SESAB. HGMF completa 35 anos, 2015a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=9155:hgmf-completa-35-anos-de-fundacao&catid=13:noticias&Itemid=25>. Acesso em 08 jul. 2015.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Hospital Geral Menandro de Faria. **Relatório de Governo 2011 – 2014**. Lauro de Freitas, 2014.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Hospital Geral Menandro de Faria. **Relatório primeiro semestre de 2015 – NUGTES**. Lauro de Freitas, 2015b.
- BENNER, Patricia. From novice to expert. **The American Journal of Nursing.**, v. 82, n. 3, p. 402-407, 1982. Disponível em: <<http://www.medicalcenter.virginia.edu/therapy-services/3%20-%20Benner%20-%20Novice%20to%20Expert-1.pdf>>.
- BERNIERI, Jamine; HIRDES, Alice. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciar o processo morte-morrer. **Texto contexto - enferm.**, v. 16, n. 1, p. 89-96, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- BLANCH, Lluís et al. The future of intensive care medicine. **Med. Intensiva.**, v. 37, n. 2, p. 91-98, 2013. Disponível em: <[10.1016/j.medin.2012.12.004](https://doi.org/10.1016/j.medin.2012.12.004)>. Acesso em: 01 fev. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n.º 7/2010 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012** que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Publicada no DOU nº12, 2013.

BORGES, Moema da Silva; MENDES, Nayara. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Rev. bras. enferm.**, v. 65, n. 2, p.324-331, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200019>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

BOSI, Maria Lucia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a02>>. Acesso em: 15 set. 2014.

BOWLBY, Jonh. **Attachment and loss: loss, sadness and depression**. New York: Basic Books, 1980. 355p.

BRÊTAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo; YAMAGUTI, Lie. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev. esc. enferm**. São Paulo, v. 40, n.4, p. 477-483, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S008062342006000400005>>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BRUSCATO, Wilze Laura; AMORIM, Sandra Fernandes de; HABERKORN, Adriana; SANTOS, Daniela Achete dos. O cotidiano do psicólogo no hospital geral. In: BRUSCATO et al. (Orgs.). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história**. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. cap 4, p. 43-52.

CAMPOS, Maria Eduarda. A relação homem-morte no decorrer da história humana. **Literatortura**. Website. 2015. Disponível em: <http://literatortura.com/2015/11/homem_morte_decorrer_da-historia_humana>. Acesso em: 19 fev. 2016.

CAPALBO, Creusa. **Metodologia das ciências sociais – a fenomenologia de Alfred Schütz**. 1 ed. Rio de Janeiro: Antares, 1979. 104 p.

CARMO, Sandra Alves do. **A Criança com Câncer em Processo de Morrer e sua Família: Perspectivas para a Enfermagem Pediátrica**. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CARTER, Stacy; LITTLE, Milles. Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. **Qualitative Health Research**, v. 17 n. 10, p. 1316-1328, 2007. Disponível em: <<http://qhr.sagepub.com/content/17/10/1316.long>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

CHERER, Evandro de Quadros; QUINTANA, Alberto Manuel; PINHEIRO, Ursula Maria Stockmann. Sofrimento e Libertação: Significações sobre a morte na UTI pediátrica. **Psico.**, v. 44, n. 4, p. 482-489, 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10982/1084>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão

psicossocial. **Estud. Psicol.**, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2014.

COVOLAN, Nádia; CORRÊA, Clynton Lourenço; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, Marisete; MURATA, Marília. Quando o vazio se instala no ser: reflexões sobre o adoecer, morrer e a morte. **Revista Bioética.**, v. 18, n. 3, p. 561-571, 2010. Acesso em: 06 dez. 2015.

CUNHA, Cecília Rezende da Silva. **Perdendo todos os dias**: sobre a possibilidade de elaboração do luto em uma equipe de saúde. 2012. 34 f. Monografia (Aprimoramento) – 4 Estações Instituto de Psicologia, São Paulo. 2012.

FEIJÓ, Carlos A. Ramos et al. Gravidade dos pacientes admitidos à unidade de terapia intensiva de um Hospital Universitário Brasileiro. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.**, v. 18, n. 1, p. 18-21, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n1/a04v18n1>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

FINI, Maia Inês. Sobre a pesquisa qualitativa em educação, que tem a fenomenologia como suporte. In: BICUDO, Maria Aparecida Viggiani; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha (Orgs.) **A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico**. 2 ed. Piracicaba: Unimep, 1994. cap 2, p. 23-33. Acesso em: 14 fev. 2016.

FONSECA, José Paulo. **Luto Antecipatório**. São Paulo: Livro Pleno, 2004. 184 p.

GARCIA, Verónica; RIVEROS, Edith Rivas. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. **Cienc. enferm.**, v. 19, n. 2, p. 111-124, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2016.

GEROW, Lisa *et al.* Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. **Journal of Nursing Scholarship.**, v. 42, n. 2, p. 122–129, 2010.

GORGULHO, Fernanda Rocha. **Tão longe, tão perto**: a vivência do enfermeiro na construção da relação mãe/recém-nascido na UTIN. 2009. 71 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

GUERRA, Débora Rodrigues. **As representações sociais da morte e do processo de morrer para profissionais que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva – UTI**. 2005. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. **O processo de morrer no cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva**. 2003. 228 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HOPKINSON, Jane; HALLETT, Christine; LUKER, Karen. Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital?. **International Journal of Nursing Studies.**, v. 42, n. 2, p. 125–133, 2005. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S0020748904000975/1-s2.0-S0020748904000975-main.pdf?_tid=95778f2c-931c-11e5-9943-00000aacb360&acdnat=1448418848_7f1ad7fc739b08552411f1a2ba317f55>. Acesso em: 01 nov. 2014.

JESUS, Maria Cristina Pinto de et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua

contribuição para a enfermagem. **Rev esc enferm.** São Paulo, v. 47 n. 3, p.736-41, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v47n3/0080-6234-reecusp-47-3-00736.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2015.

KAPPAUN, Nádia Roberta Chaves. **Assistência em cuidados paliativos: o trabalho em saúde no lidar com o processo de morrer.** 2013. 71 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 243 p.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** Tradução Paulo Menezes. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 296 p.

LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 13, n.2, p. 145-150, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200003>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

MARQUES, Fernanda; BOTELHO, Marina Raduy; MATOS, Paula; WAIDMAN, Maria. Morte em uma unidade de terapia intensiva: a visão da equipe multidisciplinar em relação ao paciente e ao corpo. In: Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, 7, 2011, Maringá. Anais Eletrônico do VII Encontro de Produção Científica Cesumar, Maringá: Paraná, 2011. p. 1-6. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/fernanda_ribeiro_baptista_marques%20\(1\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/fernanda_ribeiro_baptista_marques%20(1).pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2016.

MARTINS, Josiane de Jesus; NASCIMENTO, Eliane R. Pereira do. A tecnologia e a organização do trabalho da enfermagem em UTI. **Arquivos Catarinenses de Medicina.**, v. 34, n, 4, p. 23-27, 2005. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/300.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

MARTINS, Patrícia Freitas et al. Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 34, n. 120, p. 172-178, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572009000200008>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

MATTOS, Tatiane de Aquino Demarco et al. Profissionais de enfermagem e o processo de morrer e morte em uma unidade de terapia intensiva. **remE - Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 327-336, 2009.

MELLO, Aline Andressa Martinez; SILVA, Lúcia Cecília da. A Estranheza do Médico Frente à Morte: Lidando com a Angústia da Condição Humana. **Revista da Abordagem Gestáltica.**, v. 18, n. 1, p. 52-60, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2014.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH.**, v. 12, n. 1, p. 151-173, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 out. 2014.

MENEZES, Rachel Aisengart. Tecnologia e “Morte Natural”: o Morrer na Contemporaneidade. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 129-147, 2003. <Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v13n2/a08v13n2>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2004. 228 p. Acesso em: 01 fev. 2016.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Diffíceis decisões: etnografia da prática médica em CTI**. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 27-49, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v10n2/a02v10n2>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely F. Deslandes. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 32 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012. 80 p.

MINISTERIO DA SAÚDE. Pesquisa em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 773-775, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2016.

MOL, Margo Van et al. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. **PLoS One.**, v. 10, n. 8, p. 1-22, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4554995/pdf/pone.0136955.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2015.

MORITZ, Raquel Duarte. Os Profissionais da Saúde Diante da Morte e do Morrer. **Revista Bioética.**, v. 13, n. 2, p. 51-63, 2005. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/107/112>. Acesso em: 15 out. 2014.

NATANSON. Maurice. Introducción. In: SCHÜTZ, Alfred. **El problema de la realidad social**. 2 ed. Escritos I. Buenos Aires: Amorrortu, 1974. p. 15-32

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antônio. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Psychiatry On-line Brasil.**, v. 7, n. 4, p. 1-12, 2002. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano02/artigo0402_a.php>. Acesso em: 11 fev. 2016.

PESSINI, Leo. “Distanásia: Até quando investir sem agredir”? **Revista Bioética.**, v. 4, n. 1, p. 34-48, 1996. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357>. Acesso em: 9 jan. 2016.

PURIN, Nitin; PURI, Vinod; DELLINGER, Phillip. History of technology in the intensive care unit. **Crit Care Clin.**, v. 25, n. 1, p. 185-200, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749070408000791>>. Acesso em 11 fev. 2016.

QUEIROZ, Ana Helena Araújo Bomfim; SOUZA, Ângela Maria Alves; PONTES, Ricardo José Soares. Cuidado no final da vida: reflexões sobre a morte e o morrer. **Scientia.**, v. 1, n. 2, pp. 192-200, 2013. Disponível em: <<http://www.lapqs.ufc.br/wp-content/uploads/2013/03/cuidado-no-final-da-vida-reflexoes-sobre-a-morte-e-o-morrer.pdf>>. Acesso em: Acesso em 11 fev. 2016.

QUINTANA, Alberto Manuel; KEGLER, Paula; SANTOS, Maúcha Sifuentes dos; LIMA, Luciana Diniz. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia**. Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 415-425, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300012>. Acesso em: 03 nov. 2014.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. 3.ed. São Paulo: Loyola, 2005. 144 p.

RASHOTTE, Judy; FOTHERGILL-BOURBONNAIS, Frances; CHAMBERLAIN, Marie. Pediatric intensive care nurses and their grief experiences: A phenomenological study. **The Journal of Acute and Critical Care.**, v. 26, n.5, p. 372-386, 1997. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956397900248>>. Acesso em 12 abr. 2015.

ROCHA, Rosângela Cunha da. **Trabalho e risco biológico em uma unidade de terapia intensiva: a prática cotidiana dos fisioterapeutas**. 2010. 115 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

RYAN, Lucy; SEYMOUR, Jane. Death and Dying in Intensive Care: Emotional Labour of Nurses. **End Life J.** v. 3, n. 2, p. 1-9, 2013. Disponível em: <10.1136/eoljnl-03-02.1>. Acesso em: 11 fev. 2016.

SALOUM, Nájela Hassan; BOEMER, Magali Roseira. A morte no contexto hospitalar: as equipes de reanimação cardíaca. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 7, n. 5, p. 109-120, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2015.

SALOMÉ, Geraldo Magela; CAVALI, Amanda; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Rev. bras. enferm.** São Paulo, v. 62, n. 5, p. 681-686, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500005>>. Acesso em: 15 out. 2014.

SANCHES, Patrícia Gisele; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.30, n.2, p. 289-96, 2009. Acesso em: 26 jul. 2015.

SANTOS, Franklin Santana. Conceitos de Morte. In: SANTOS, Franklin Santana; INCONTRI, Dora (Orgs.). **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista: Comenius, 2007, p.88-95. 304 p.

SANTOS, Manoel Antônio dos. Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: o profissional de saúde e a morte. **Rev. SPAGESP.**, v. 4, n. 4, p. 43-51, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702003000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 jan. 2016.

SANTOS, Manoel Antônio dos; HORMANEZ, Marília. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.18, n.9, p. 2757-2768, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900031>>. Acesso em: 18 out. 2014.

SANTOS, Queli Nascimento. Estratégias de enfrentamento (*coping*) da família ante um membro familiar hospitalizado: uma revisão de literatura brasileira. **Mudanças – Psicologia**

da Saúde, v. 21, n. 2, p. 40-47, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v21n2p40-47>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

SANTOS, Rosita Barral. **Homens com câncer de próstata: um estudo da sexualidade à luz da perspectiva heideggeriana**. 2006. 234 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SÁ NETO, José Antônio de. **Enfermagem cuidando do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: um olhar ético da ação profissional**. 2009. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SCHÜTZ, Alfred. **Estudios sobre teoria social: escritos II**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. 284 p.

SCHÜTZ, Alfred. **El problema de la realidad social**. 2 ed. Escritos I. Buenos Aires (Argentina): Amorrortu, 1974. 327 p.

SCHÜTZ, Alfred. **Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz**. Helmuth Wagner (Org). Rio de Janeiro: Zahar, 1979. 319 p.

SCHÜTZ, Alfred. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Helmut Wagner (Org). Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012. 355 p.

SELLERS, Deborah et al. Measuring the quality of dying and death in the pediatric intensive care setting: the clinician PICU-QODD. **Journal of pain and symptom management**, v. 49, n. 1, p. 66-78, 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392414002619>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

SILVA, Antonio Lucieudo Lourenço da; RUIZ, Erasmo Miessa. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de Enfermagem. **Estud. psicol.**, v. 20, n. 1, p. 15-25, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v20n1/a02v20n1.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

SILVA, Josiane Travençolo da et al. Prática profissional de enfermeiras que cuidam de pacientes com câncer em hospitais gerais. **Rev. bras. enferm.** São Paulo, v. 65, n. 3, p. 460-465, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a10.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2016.

SILVA, Laureana Cartaxo Salgado Pereira; VALENÇA, Cecília Nogueira; GERMANO, Raimunda Medeiros. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. bras. enferm.**, São Paulo, v. 63, n. 5, p. 770-774, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2016.

SILVA, Nathalia Ramos da. **Interações em uma unidade de terapia intensiva: um estudo sobre a gestão das emoções**. 2014. 108 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, Nathalia Ramos da; MENEZES, Rachel Aisengart. "Se parar, parou": categorização do morrer em uma unidade de terapia intensiva da cidade do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 265-285, 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00265.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

SILVA, Rudval Souza da; CAMPOS, Ana Emília Rosa e PEREIRA, Álvaro. Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, v. 45, n.3, p. 738-744, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300027>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

SOUSA, Daniele Martins de et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto contexto - enferm.**, v. 18, n. 1, p. 41-47, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100005>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

SPINDOLA, Thelma; MACEDO, Maria do Carmo dos Santos. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Rev. bras. enferm.**, v. 47, n. 2, p. 108-117, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671994000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2015.

STAYT, Louise Caroline. Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. **Journal of Clinical Nursing.**, v. 18, n. 9, p. 1267-1275, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x/epdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública.**, v. 39, n3, p. 507-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 11 fev. 2016.

VIEIRA, Melina Sousa. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI da Central de Regulação de Internações Hospitalares. **Com. Ciências Saúde.**, v. 22, n. 3, p. 201-210, 2011. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol22_3_2_Perfil.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2016.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal no final de vida.** Rio de Janeiro: Forense, 2005. 250 p.

ZEFERINO, Maria Terezinha; CARRARO, Telma Elisa. Alfred Schütz: do referencial teórico-filosófico aos princípios metodológicos de pesquisa fenomenológica. **Texto contexto – enferm.**, v. 22, n. 3, p. 826-834, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2015.

ZYGA, Sofia et al. Greek renal nurses' attitudes towards death. **Journal of Renal Care.**, v. 37, n. 2, p. 101–107, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1755-6686.2011.00210.x/pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “MORTE E MORRER: VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, sob a responsabilidade do pesquisador de Lauro Antônio Porto, do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Esta pesquisa pretende saber se o sentimento ao lidar com a morte do paciente causa algum problema de saúde ou interfere no trabalho da equipe da UTI, podendo ajudar no futuro a evitar ou diminuir o estresse dos trabalhadores da saúde que lidam com o processo de morte e morrer dos pacientes.

Sua participação será através de uma entrevista individual, com duração aproximada de 30 minutos, no seu local de trabalho, em uma sala reservada para este fim, no dia e horário combinado antes e de acordo com a sua conveniência. Se você concordar, a entrevista será gravada e receberá um número para que seu nome não seja identificado. Sua participação é livre e você pode desistir de participar em qualquer momento, sem precisar justificar sua decisão e sem prejuízos no seu trabalho ou em sua vida pessoal. As perguntas podem lhe causar tristeza, angústia, constrangimento e até cansaço. Se isto acontecer você pode dar um tempo para descansar, deixar de responder alguma pergunta ou desistir de continuar com a entrevista.

Em caso de dúvida ou tenha alguma queixa, você pode procurar o pesquisador responsável, o Professor Lauro Antônio Porto, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiente e Trabalho (PPGSAT), telefone: (71) 3286-5574, e-mail: lauroporto@uol.com.br, no endereço: Faculdade de Medicina da Bahia, Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Pelourinho, Centro Histórico de Salvador, ou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que aprovou esta pesquisa, o CEP FMB/UFBA, no telefone: (71) 32835564, e-mail: cepfmb@ufba.br, no endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Centro Histórico, Salvador, Bahia.

Você terá acesso aos resultados da pesquisa em uma apresentação a ser feita em dia e horário de conveniência da maioria dos profissionais desta UTI. Também, será enviada uma cópia para a direção do Hospital Geral Menandro de Faria e outra para a direção administrativa da UTI de toda e qualquer publicação deste trabalho.

Este termo está impresso em duas vias e uma cópia deve ficar com você como prova da sua participação na pesquisa.

Fui esclarecido sobre a pesquisa e aceito o convite para participar dela.

(Assinatura do participante)

(Assinatura do pesquisador-entrevistador)

DATA: ____/____/____

Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome

Idade

Sexo

- 1) Me conte sobre sua formação.
- 2) Como você descreve o seu trabalho nesta UTI?
- 3) Você recebe ou já recebeu alguma capacitação para o trabalho em UTI? (Trabalha em outro setor neste hospital ou em outro? Qual? Que diferenças você apontaria?)
- 4) Como é o trabalho em equipe, com esta equipe da UTI?
- 5) Você comenta em casa sobre seu trabalho? Você comenta com sua família sobre este trabalho?
- 6) Como é a comunicação de morte nesta unidade? Existe algum protocolo?
- 7) O que você me diz sobre ter a morte e morrer como cotidiano de trabalho?
- 8) Como você lida com a morte e com o processo de morrer de pacientes internados nesta unidade?
- 9) Como você vê a morte e morrer para o outro profissional da equipe multidisciplinar?
- 10) Vocês seguem algum protocolo nesta UTI?
- 11) Deseja acrescentar algo mais?

APÊNDICE C

SIGNIFICADOS DE MORTE E MORRER PARA PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Queli Nascimento Santos¹ Lauro Antonio Porto² Cláudia Bacelar Batista³

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil. Endereço eletrônico: quelinsantos@yahoo.com.br

²Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil. Endereço eletrônico: lauroporto@uol.com.br

³Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil. Endereço eletrônico: claudia_bacelar@hotmail.com

SIGNIFICADOS DE MORTE E MORRER PARA PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

RESUMO

Além de eventos biológicos, morte e morrer são processos socialmente construídos, porque envolvem a criação de simbologias no contexto histórico e cultural no qual o indivíduo está inserido. Morte e processo de morrer foram historicamente transferidos para o espaço do hospital e serviços de saúde especializados, como as unidades de terapia intensiva (UTI), implicando ao profissional da equipe multidisciplinar em saúde a convivência com esses fenômenos no ambiente ocupacional. Este artigo apresenta os significados intersubjetivos presentes na vivência de profissionais de uma unidade de cuidados intensivos tendo a morte e o processo de morrer como cotidiano de trabalho. E compreende como a exposição ocupacional à estes fenômenos repercute nos trabalhadores. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como recursos empíricos as observações de campo e a entrevista semiestruturada. Este estudo utiliza como base a fenomenologia social de Alfred Schütz. Morte e morrer são significados de modos singulares. A morte para a equipe é uma possibilidade, dimensão que faz parte da vida, e o morrer é atribuído como fenômeno complexo, que afeta o profissional diante de determinadas situações de assistência e envolvimento com a história de vida do paciente.

Palavras-chave: morte/morrer; unidade de terapia intensiva; fenomenologia.

ABSTRACT

MEANINGS OF DEATH AND DYING FOR INTENSIVE CARE UNIT PROFESSIONALS

In addition to biological events, death and dying are processes socially constructed, because they encompass the creation of symbologies in the historical and cultural context in which the individual is inserted. Death and the process of dying were historically transferred to hospitals and specialized health services, such as intensive care units (ICU), implying to multidisciplinary

health team professionals the experience with these phenomena in the occupational environment. This article presents the intersubjective meanings present in the living of intensive care unit professionals, having death and the process of dying as a working daily life. Moreover, it comprehends how the occupational exposure to these phenomena reflects on workers. It is a piece of qualitative research that used as empirical sources field observations and semi-structured interviews. This study uses as a foundation the social phenomenology by Alfred Schütz. Death and dying are signified in singular ways. For the team, death is a possibility, something that is part of life, and dying is defined as a complex phenomenon, which affects the professionals in the face of certain situations of assistance and involvement with the patient's life story.

Keywords: Death and Dying; Intensive Care Units; Phenomenology.

APRESENTAÇÃO

O despertar do tema começou quando a pesquisadora passou a perceber que dentro do hospital, entre as variadas situações, os sujeitos envolvidos nesta instituição se deparam com a morte e o processo de morrer continuamente. Assim, inicia estudos voltados à área da tanatologia para compreender o que é a morte, o morrer, a perda e o luto e como esses conteúdos são apresentados no ambiente hospitalar, demandando do indivíduo significados para lidar com essas experiências. A opção pela Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como campo de investigação nasceu do diálogo constante com a literatura, apontando este setor como lugar de complexidade e grande tecnologia, que mesmo diante de uma assistência plena e integral existem condições que escapam à configuração biomédica e a morte do sujeito ocorre neste campo de prática. Este artigo é uma reflexão que tem por base uma pesquisa de mestrado realizada em um Hospital Geral da rede pública do Estado da Bahia.

INTRODUÇÃO

A morte é um acontecimento natural do ciclo de vida e o homem é um ser vivo capaz de ter consciência acerca dela. Além de eventos biológicos, morte e morrer morte e morrer são processos construídos socialmente, porque envolvem a criação de simbologias no contexto histórico e cultural no qual o indivíduo está inserido.

Na sociedade ocidental, o modo de encarar a morte e o morrer sofreu diversas mudanças no decorrer de sua história, trazendo peculiaridades na forma como é abordada atualmente. Com um recorte histórico, da Idade Média até a contemporaneidade, é possível perceber as transformações que foram delineadas ao longo dos séculos e no lidar com a morte e o processo de morrer.

Entre os séculos V e XV, o homem medieval encarou a morte de formas distintas como um evento natural e próximo. Vale ressaltar que, mesmo íntima, a aceitação da morte nesse período não era inteiramente pacífica, devido à condição sanitária de precariedade que os indivíduos enfrentavam. A Igreja Católica começa a ter um papel mais central na vinculação entre o mundo dos vivos e dos mortos. Assim, morte e vida passam a ser subjugadas à instituição clerical. A morte ganha novos ritos e símbolos, como o esqueleto e a foice para ceifar o indivíduo ou o coletivo (CAMPOS, 2015).

Do século XVII ao XVIII, o principal medo em relação à morte era ser enterrado vivo. Os homens da época temiam qualquer possibilidade de acordar dentro de um túmulo e, por conta

disso, iniciaram ritos e cerimônias de velamento do corpo com duração muitas vezes superior a 48 horas. Este era o modo de “garantir-se que a morte era definitiva” (KOVÁCS, 1992, p.36) e a decomposição do moribundo já estava em curso.

No século XIX, a morte e o morrer assumem uma aura romântica, segundo a concepção do historiador Philippe Ariès (1975). Ele revela que o fim da vida, para os sujeitos da época, transforma-se em possibilidade de reencontro com entes queridos, que partiram do mundo material, em algum universo espiritual. A ideia de vida eterna e de reencontro vai aos poucos se contrapondo à imagem trazida pela Igreja Católica de juízo final, em um acerto de contas com Deus e um purgatório para purificar a alma. Nesse momento, têm início diversos movimentos religiosos e espirituais, alternativos ao catolicismo, apoiados na crença de vida pós-morte e na comunicação entre vivos e mortos (ANDRADE, 2008).

O ponto que merece destaque durante o período do século XIX é o progresso das ciências, principalmente nas áreas biológicas, biomédicas e no campo da saúde pública. Foram feitas várias descobertas, tais como o nexos causal entre microrganismos e doenças. Andrade (2008) ressalta também que foram alcançados muitos avanços científicos, como, por exemplo, o aprimoramento do microscópio, da histologia, da embriologia e da fisiologia. Os hospitais especializados no cuidado curativo foram criando novos caminhos, passando a reunir profissionais de especialidades diversas. De maneira elementar e com caráter filantrópico, esses hospitais ainda são ligados à Igreja. Só no século seguinte há o rompimento dessa vinculação, e os hospitais passam a ser mais autônomos na prestação da assistência médica, bem como tecnologicamente mais equipados (ANDRADE, 2008).

Com o desenvolvimento industrial e tecnológico há novas mudanças na representação da morte e do morrer, sobretudo, com a criação de aparatos tecnológicos para a manutenção da vida, entre estes, o pulmão de aço, os respiradores artificiais, os desfibriladores, os monitores de funções corporais e os aparelhos de diálise, por exemplo (MENEZES, 2003). A caricatura representativa da morte como esqueleto e foice passa a ser substituída pela imagem do sujeito hospitalizado, tendo seu corpo invadido por tubos e aparelhos.

É possível que desde o século XIX até os dias atuais, a morte e o morrer ainda sejam tratados como tabu – caracterizado pela dificuldade de falar sobre o tema, escondidos e postergados a qualquer custo nas práticas de saúde (ARIES, 1975). A morte e o processo de morrer deixam de ser mais próximos das pessoas e tornam-se cada vez mais institucionalizados, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011). Nesse

processo, o hospital encarrega-se do paciente; a medicina evolui para o prolongamento da vida, para adiar as causas e as formas de morrer; a finitude passa a ser controlada e monitorada. E, independente dos motivos ou das configurações, hospitais e serviços de saúde se tornam seu palco principal (BRÊTAS, OLIVEIRA E YAMAGUTI, 2006).

No cenário hospitalar são vivenciados diversos eventos, tais como situações de estresse, sofrimento, suporte do adoecimento físico e/ou psíquico do outro, momentos de superação e resiliência, bem como acompanhamento do processo de morrer e circunstâncias de morte. É nesse contexto que se encontram os trabalhadores que lidam diariamente com essas demandas: os profissionais da equipe de saúde. As consequências deste panorama têm implicações diretas na maneira como esses profissionais encaram o seu campo de trabalho e como enfrentam essas questões.

É constante o impasse de lutar pela vida e contra a morte, fazendo os profissionais adotarem para si mesmos a responsabilidade de aliviar, salvar ou curar, na busca de preservar a vida a qualquer custo, haja vista ser a morte encarada como um fracasso a ser combatido (SOUSA et al., 2009). Além disso, durante a formação acadêmica de muitos cursos na área da saúde, o tema da morte e do morrer é pouco abordado. Persiste nos cursos de formação a ênfase na cura e na manutenção da vida, que não raro passam a ser consideradas como finalidades únicas do tratamento e da terapêutica (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

Resultado desta formação, os trabalhadores da saúde sentem-se comprometidos unicamente com a defesa da vida, pois foram preparados para mantê-la (SANTOS; HORMANEZ, 2013). Suas aceções de sustentar a vida e salvaguardá-la passam a ser apresentadas no espaço de atuação e confrontadas com a necessidade de assistir o sujeito que está morrendo. Portanto, lidar com vida e morte está presente na conjuntura do trabalho e, por conseguinte, o trabalhador da área de saúde deve estar preparado para o enfrentamento de possíveis angústias oriundas de estar diante da morte e do morrer.

Para setores mais específicos, como as unidades de terapia intensiva, são identificados elevados índices de sobrecarga mecânica e psicológica; convivência com a dor do outro; cobrança por qualificação profissional e convivência quase diária com o processo de morrer e morte dos pacientes internados (MARTINS et al., 2009). Por isso, a assistência em terapia intensiva é considerada complexa e estabelece uma capacidade de exigência alta aos profissionais.

A história da constituição da UTI é marcada por detalhes que evidenciam seu *modus operandi* atual. Desde a epidemia de poliomielite na década de 1950, como marco que proporcionou às UTIs se expandirem pelo mundo, mostrando-se como locais realização do suporte respiratório em pacientes; até o desenvolvimento de outros instrumentos tecnológicos como oxímetro de pulso, bomba de infusão e monitores (ROCHA, 2010; PURIN; PURI; DELLINGER, 2009). De fato a UTI é compreendida, desde alguns anos, como um espaço arquitetado para a sustentação das funções vitais.

Neste cenário, esse estudo apresenta significados intersubjetivos atribuídos por membros da equipe de saúde de uma UTI sobre a morte e o morrer presentes no contexto de trabalho. E como a permanente exposição ocupacional a esses fenômenos repercute nos trabalhadores.

PERCURSO METODOLÓGICO

O LOCAL DE INVESTIGAÇÃO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico da fenomenologia social compreensiva de Alfred Schütz. O local de investigação foi a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral Menandro de Faria (HGMF), mediante autorização da Diretoria do referido Hospital e aprovação do estudo, sob parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (CEP-FMB-UFBA). Cumpre-se, nessa investigação, os aspectos éticos de acordo com a Resolução CNS 466/12 que trata da ética em pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2013). O HGMF é uma unidade da rede pública do Estado da Bahia que atende aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na Região Metropolitana de Salvador.

A equipe multidisciplinar da UTI é formada por médicos diaristas e plantonistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e psicólogo, além de contar com o suporte de nutricionistas, assistentes sociais e farmacêuticos. Há também auxiliar administrativo e funcionários do serviço de limpeza, atendendo às exigências da Resolução nº7/2010 do Ministério da Saúde que preconiza os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010).

Nessa UTI há diariamente um médico plantonista, duas enfermeiras, três a quatro técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta, um auxiliar administrativo e, em dias alternados, um psicólogo. Em linhas gerais, o trabalho é realizado em regime de plantão, de 12h ou 24 h para a maioria dos profissionais.

AS OBSERVAÇÕES E AS ENTREVISTAS

Por não fazer parte do quadro de profissionais da referida unidade, foi preciso, em princípio, que a pesquisadora conquistasse a confiança dos trabalhadores que a todo momento questionavam a presença, a observação e a pesquisa. Sendo que a presença contínua, nos dias e horários dos plantões e os esclarecimentos de que o estudo versava sobre os profissionais diante das questões vivenciadas no seu trabalho, flexibilizou os trabalhadores a se sentirem protagonistas, abrindo espaço na sua rotina normatizada e o estudo se realizasse.

A pesquisadora realizou visitas pela manhã, à tarde e à noite, para contemplar todos os turnos possíveis, realizando ambientação e proximidade com os profissionais. Para a coleta empírica, a permanência dela na UTI se deu de abril a setembro de 2015.

Os sujeitos colaboradores deste estudo são 25 profissionais das áreas de medicina, enfermagem (nível técnico e superior), fisioterapia, psicologia e administração, pertencentes à equipe da UTI-HGMF. Foram entrevistados quatro trabalhadores do sexo masculino e 21 do sexo feminino. As idades variaram entre 25 e 58 anos.

As entrevistas foram individuais, gravadas e realizadas no local de trabalho, em espaço reservado para a manutenção do sigilo. Foram feitas entrevistas na sala de espera, no conforto médico e no auditório do hospital, havendo algumas interrupções previstas, por motivos de intercorrências ou necessidade do profissional no setor. Ao término de cada encontro era assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ratificadas as informações.

As descrições das observações foram detalhadas no diário de campo e as entrevistas foram transcritas na íntegra, pontuando-se as manifestações dos sujeitos e servindo como fonte para as cenas e falas. O material foi lido repetidas vezes, realizando-se a organização sistemática do mesmo. O conteúdo do diário foi estruturado com os fragmentos que expressaram as experiências *in situ*.

Para preservar a identidade de cada profissional e garantir o anonimato, foi adotado o critério de nomear os participantes por nomes fictícios. A ordem dos nomes segue a sequência de letras do alfabeto oficial da língua portuguesa e a cronologia das entrevistas, sendo Alice (entrevista 1) e Zilda (entrevista 25).

Após as leituras e releituras minuciosas, as narrativas foram avaliadas considerando-se divergências e convergências nos relatos, à busca do aspecto comum (Finí, 1994). Foram

construídas categorias de análise em dois eixos: Eixo I – a morte; Eixo II – o morrer. Essas categorias evidenciam os significados que uma equipe de profissionais na UTI conferem a experiência de ter situações de terminalidade na prática cotidiana de trabalho. A discussão dos resultados foi conduzida conforme os pressupostos da fenomenologia social de Alfred Schütz, pois, na pesquisa de base fenomenológica o pesquisador deve interpretar os achados de acordo com um referencial filosófico que ampare sua reflexão (Fini, 1994).

RESULTADOS

EIXO 1

A MORTE

Nascer, crescer, reproduzir-se e morrer, diz o ciclo da vida aprendido por cada ser humano desde o começo da educação formal. Essa concepção didaticamente biológica ganha diferentes discursos que variam de acordo com a história e a cultura humana, pois que o homem produz permanentemente significados sobre os fenômenos que o cercam (COMBINATO; QUEIROZ, 2006). Entretanto, a morte não deixa de ser um fato determinado para o que é vivo, com a exceção de alguns seres elementares como bactérias e protistas simples (SANTOS, 2007).

Assim, profissionais em unidades de terapia intensiva também precisam lidar com esta condição que acontece ao paciente hospitalizado, dentro do setor em que atuam e no dia a dia de trabalho. Diante de uma notícia de morte de um paciente ou da presença do fenômeno nessa UTI, quando acompanhado por todos os profissionais que estão realizando uma reanimação, a morte, para os intensivistas desta unidade, é considerada como processo natural da vida.

Os profissionais desse setor mostram naturalização do acontecimento da morte e fundamentam esse significado ancorados na convivência desse fato como aspecto presente no ambiente e rotina de trabalho:

Que a morte é uma coisa que todo mundo vai passar então eu já acostumei [...] porque faz parte do trabalho, faz parte também da vida, processo natural da vida, então a gente acaba acostumando (Isadora)

[...] é uma coisa que é uma realidade que a gente tem que encarar, faz parte do processo da vida [...] a gente sabe que já faz parte da vida, já tem isso inserido, por estar vivenciando. Então talvez não choque tanto (Karina).

À medida que os profissionais deparam-se com a morte na UTI, revelam considerações que vão mostrando a ideia de naturalização que foi se delineando quando o profissional precisa encarar esse evento no seu espaço de atuação. Isso permite que, mesmo “difícil” à princípio, os trabalhadores vá aos poucos acostumando-se a convivência com a morte de enfermos. Por outro

lado, há, na mesma equipe, alguns discursos sobre uma não habituação, como refere Quézia: “Não acostumei (sorri)” e Rafaela: “[...] é, faz parte do ciclo da vida a morte, mas a gente não quer, jamais”. Esses discursos aparentemente contrários, não são excludentes, pois, mesmo diante da referência a uma não conformação à morte no trabalho, esse fenômeno ainda é revelado como inevitavelmente processo natural da vida.

Ao refletir sobre concepções de morte e morrer retratadas por estudantes e profissionais de saúde, os estudos de Brêtas e colaboradores (2006), Bernieri e Hirdes (2007), Araújo e Belém (2010) e Covolan e colaboradores (2010) trouxeram que estas podem ser as mais diversas possíveis. Nessas pesquisas, a compreensão que os entrevistados tinham sobre a morte, nem sempre possuía um caráter interdito, ou seja, a morte não se configura sempre como um tabu. Esse fenômeno é apontado como parte do desenvolvimento natural do ciclo de vida e por isso a maneira de lidar com ele é naturalizada.

No estudo de Araújo e Belém (2010), a naturalização foi descrita como uma possível banalização por parte de profissionais nos espaços de atuação direta com a morte, dando indicativos de que na verdade há uma falta de preparo para encarar tal circunstância e, portanto, trabalhadores de saúde declaram que se adaptam a vivenciar essa situação. No entanto, perspectivas atuais sobre a morte no ambiente de trabalho em saúde, mostram que naturalizar a morte pode fazer parte de um modo de resgate do que se compreende como a *boa morte*, modelo que está sendo defendida e retomado atualmente na filosofia dos cuidados paliativos (MENEZES, 2003).

Nessa abordagem, o sujeito deve ser ativo e possuir autonomia diante de sua própria morte, auxiliado por familiares e profissionais que o acompanham nos momentos finais de vida. Isso configura ao profissional, oferecer uma morte com dignidade, ou *morrer bem*, sem o uso de procedimentos invasivos a qualquer custo, compreendendo que a morte do paciente é um fato (MENEZES, 2004).

A noção de naturalização trazida na concepção paliativa ainda não é um princípio na condução da atividade desses trabalhadores, mesmo porque os profissionais não se limitam a usar investimentos terapêuticos como as medicações e as intubações que prologam a vida, sem refletir sobre o sofrimento do paciente com tais procedimentos. O aceção de naturalizar a morte, demonstrada nos relatos da equipe dessa UTI, indica que, doravante, a morte é uma possibilidade a ser encarada no local de trabalho. É um evento possível de se lidar, porque ela

é rotineira e faz parte da vida. Isso demonstra que a naturalização da morte, sem dúvidas, ajuda os trabalhadores a enfrentarem tal evento.

Sobre o aspecto de naturalizar a morte, não deve haver muitos impasses, pois, de maneira geral, pode ser aceita dentro das unidades hospitalares. A questão central recai sobre a mecanização do fazer, frente ao paciente que morre e requer assistência da equipe. A mecanização desumaniza o trabalho e objetifica a relação do profissional com o paciente, em específico, com aquele que está morrendo.

Nesta UTI constata-se a mecanização, na declaração de um profissional de saúde: “[...] vai aquela coisa mais mecânica mesmo. Acho que o trabalho da UTI tem um pouco disso, de ser meio mecânico”, complementado por uma colega de trabalho que afirma: “[...] geralmente é uma coisa muito mecânica, então assim, você faz o que tem que ser feito e o sentimento real não tem”. Além dessas falas, a menção ao trabalho mecanizado que objetifica a relação com o paciente frente à morte nessa UTI também se fez presente em uma situação entre a pesquisadora e um médico da equipe, quando este assume a tendência em “coisificar” o paciente, falando que a medicina assume, por vezes, essa condição.

É possível dizer que a ideia de coisificação, feita a partir da mecanização e objetificação do sujeito-paciente, esteve presente mesmo em diferentes categorias profissionais que fazem parte da equipe de trabalhadores desta UTI. Mesmo não sendo uma postura unânime, essa evidência requer pensar ações de trabalho que vêm sendo protagonizadas dentro dessa unidade. De acordo com Menezes (2004), a prática da medicina mudou tanto ao longo dos tempos que chegou ao ponto de fragmentar a dinâmica existente entre profissional e paciente, tendo como característica no século XX – estendendo-se ao recente século XXI – a “objetificação da pessoa do paciente” (MENEZES, 2004, p. 36).

É justificável afirmar que isso acontece quando alguns trabalhadores acabam tornando-se exclusivamente tecnicistas, ancorados pela infraestrutura de alta tecnologia presente nas UTIs, que aumenta o “controle sobre o tempo e as circunstâncias da morte” (MENDES; LUSTOSA, ANDRADE, 2009, p.163). Ao mesmo tempo, afasta o profissional dos sujeitos envolvidos no processo de hospitalização.

EIXO 2

O MORRER

Dos elementos apresentados, fica perceptível, pelos significados dados por profissionais na unidade de terapia intensiva, que quando se deparam com a morte no setor, essa experiência é menos permeada por dificuldades, ainda que elas possam existir. Encarar a morte no cotidiano de trabalho é algo que, com o tempo e o transcurso da ocupação torna-se comum do trabalho. Entretanto, o mesmo não pode ser dito em relação ao processo de morrer.

Nesta ocasião os trabalhadores revelam diversas reações, como dificuldade, lamentação e pesar. Na observação, algumas dessas manifestações foram presenciadas pela pesquisadora, como, em uma certa situação, a profissional refere que ao pensar em um paciente específico, hospitalizado na unidade há alguns meses e sem indicação de alta devido à dependência aos aparelhos, tem a vontade de chorar.

Momento semelhante ocorre quando uma trabalhadora menciona, com os óculos embaçados, os momentos que assistiu um paciente que ela acompanhou, brincou e conversou assiduamente e que veio a morrer nessa UTI. Ele permaneceu por determinado período internado, entre idas e vindas para hemodiálise, até sua morte no setor. Outra profissional sintetiza a complexidade de estar frente a essa situação na seguinte declaração: “Acompanhar o processo de morrer eu acho que é mais difícil do que lidar com a morte em si” (Giovana).

Os autores Spíndola e Macedo (1994) também consideraram dificuldades frequentes com o processo de morrer entre os profissionais de saúde que entrevistaram. Isso porque os trabalhadores indicavam o ônus do convívio com aqueles pacientes internados nas unidades onde atuavam, acompanhando o tratamento e, por vezes, o morrer. Integram-se a essas construções outros depoimentos dos profissionais desta UTI que marcam a dificuldade de acompanhamento:

Isso (acompanhar) para o profissional é muito desgastante e decepcionante [...] porque aqui a gente luta tanto pelo paciente. O trabalho é braçal e psicológico, e no fim, esse paciente vai a óbito. Então para nós às vezes é desgastante [...] pegamos muitas histórias de vida que terminam aqui (Eduardo).

[...] quanto mais você convive com um paciente, mais você tem aquele vínculo e quanto menos você convive é menor o apego. É que nem o amor. Dizem que quanto mais você convive com a pessoa, mais você gosta dela. Como amor de filho, amor de mãe, então, quanto mais você convive com o paciente, mais vínculo você cria e quanto menos você convive não é tanto apego (Karina).

Com base nessas falas, outras tantas declarações dos profissionais na UTI expõem suas experiências sobre a convivência com pacientes no acompanhamento do processo de morrer, que caracteriza conhecer histórias de vida e estabelecer vínculos entre eles. O que define o processo de morrer dentro dessa UTI é sinalizado por um “prognóstico reservado” que o enfermo recebe devido a suas condições e características clínicas.

O mau prognóstico é indicativo de uma morte esperada, breve ou longa, mas que certamente ocorrerá dentro desse espaço de trabalho. Diante disso a atitude de preparação e a sensação de desgaste entre o grupo de profissionais se faz notada, porque o paciente que vai morrer é aquele com quem estabeleceram uma convivência e partilharam de sua história. Portanto, preparar-se para uma possível perda do paciente que apresenta riscos de morrer é uma forma reconhecida por esses profissionais de lidar com a situação.

Quando relatam e expressam essas condições, os profissionais mostram que, sendo o processo de morrer um acompanhamento por um período de tempo, estar frente a essa situação não é simples de vivenciar. Isto pode estar vinculado ao fato de nessa ocasião ser possível nascer uma interação entre profissional e paciente, ou uma relação duradoura entre sujeitos, podendo estabelecer com ele um convívio e um laço afetivo.

Essas características apresentadas e reveladas pelos profissionais, podem ser entendidas como a configuração de um luto antecipatório que ocorre na UTI, ou seja, um processo adaptativo que permite aos trabalhadores elaborarem o acontecimento próximo da morte (FONSECA, 2004). Esse luto tem início com o mau prognóstico que recebe o paciente e caminha em um contínuo até a concretização da morte, levando os profissionais a experimentarem intensas respostas de pesar antes da ocorrência real da morte. Casellato (2015) adverte sobre componentes específicos em um processo de luto antecipatório, que são a experiência da perda e ansiedade de separação, que podem torna-se oneroso aos profissionais quando não encontram espaço adequado para o processo de elaboração da perda.

Estudo semelhante como os de Rashotte, Fothergill-Boubonnais e Chamberlain (1997) com enfermeiros pediátricos de unidades intensivas neonatais, avaliaram que o estreito envolvimento com as crianças em processo de morrer geram manifestações de ansiedade e angústia entre os profissionais. Os pesquisadores revelaram oito temas que descrevem as experiências e reações ao acompanhamento dos pacientes e ao luto vivenciado por estes trabalhadores, em que as respostas incluíram as relações estabelecidas, as estratégias de enfrentamento e a preparação para a ocorrência da morte.

A revisão sistemática da literatura brasileira realizada por Marques e colaboradores (2011), encontrou 30 artigos com a visão de equipes multiprofissionais em unidades de terapia intensiva sobre o tema da morte e do corpo. Os autores chegaram à conclusão de que o tempo de permanência do paciente na UTI e o vínculo criado colaboram para que o profissional, muitas vezes, seja afetado diante desse processo de morrer que acompanha.

DISCUSSÃO

A necessidade de encarar a morte e o morrer de pacientes de modo recorrente na UTI está entre os principais fatores a fazer profissionais de saúde significarem esta condição que experienciam no campo de trabalho. Sob a perspectiva da análise social de Alfred Schütz, a noção de significados atribuídos na vivência de sujeitos dentro de um ambiente comum (SCHÜTZ, 2003) conferem relevâncias à compreensão de como se constitui a experiência social de profissionais que encaram o limite final da vida humana (CASTRO, 2012).

A experiência com a morte e o morrer ocorre no mundo da vida ou mundo cotidiano da UTI. Isso quer dizer que este é o cenário compartilhado entre sujeitos, por intercâmbios de experiências, pois nele os trabalhadores convivem no mesmo ambiente social e relações intersubjetivas se estabelecem (SCHÜTZ, 1979). O trabalho da fenomenologia social é investigar os modos como os homens vivenciam o mundo cotidiano e os dota de significados.

A intersubjetividade que emerge das relações interpessoais entre os trabalhadores da equipe multiprofissional dessa unidade alicerça a atribuição ao fenômeno da morte que encaram como uma condição na rotina de trabalho e evento natural do desenvolvimento humano. O fato da morte estar no dia a dia desse trabalho em cuidados intensivos contribui para que os profissionais descrevam a situação como um evento a encarar, que não altera as condições físicas e emocionais dos trabalhadores.

Considera-se, assim, que os trabalhadores da multiprofissional dessa UTI voltam-se de maneira natural para a morte no setor, como uma característica típica nos depoimentos e atuações da equipe observada. Capalbo (1979) admite que condutas apresentadas nos significados intersubjetivos presentes na experiência comum entre sujeitos, podem transformar-se em condições estáveis que consolidam determinados aspectos como funções, papéis sociais ou comportamentos institucionais, aceitos e admitidos por um grupo. Como um comportamento institucional, a morte naturalizada, transpõe no ambiente dessa UTI, sendo aprovado pela maioria de seus trabalhadores.

Em se tratando da vivência com o processo de morrer na unidade de tratamento, a repercussão sobre os trabalhadores que acompanham um paciente com um prognóstico de não reversibilidade do quadro clínico até que a morte ocorra, revela-se como dimensão presente nos profissionais na unidade investigada. Fica caracterizado que na possibilidade de ao profissional ser possível estabelecer alguma interação com o paciente hospitalizado na UTI, podendo

conhecê-lo frente as suas necessidades do adoecimento e história de vida, o trabalhador remonta à sua própria existência, que se vê como sujeito vulnerável a passar por uma condição de enfermidade semelhante, ou qualquer outro risco, e morrer, como ocorre a seus pacientes.

Aqui é preciso considerar, de modo particular, a situação biograficamente determinada, que implica considerar que as experiências do sujeito, acumuladas na sua história social, influenciam a maneira como cada indivíduo interpreta a realidade e como se apodera do espaço, e assim, define a realidade que encontra (SCHÜTZ, 1979). Schütz (1974) afirma que dessa concepção individual preliminar surge a possibilidade da análise sobre a dimensão coletiva, pois é no universo da significação intersubjetiva que se cria ativamente a cenário social.

Portanto, no mundo cotidiano dessa UTI, as pessoas em contato umas com a outras demonstram como acompanhar o enfermo em processo de morrer é uma situação semelhante para os vários profissionais que assistem o paciente, demonstrando as dificuldades, os sentimentos de tristeza e sensações de desgaste que lhes são comuns, ficando registrados na memória dos membros da equipe.

Desse modo, os significados revelados junto ao cotidiano de trabalho com a morte e o morrer nesta UTI é inscrita de modo característico à cada uma das categorias vivenciadas, e fundamental, pois torna possível entender o modo como se configura o mundo da vida comum daqueles que nele vivem.

TECENDO CONSIDERAÇÕES

Esta pesquisa finaliza compreendendo que os significados atribuídos por uma equipe multiprofissional da UTI na vivência diária com a morte e o morrer, são particulares. Em sua atividade laboral cotidiana em contato com a morte e com a morte de pacientes, os intensivistas precisam lidar com esses fenômenos.

Aprendem a naturalizar a morte, considerando-a como aspecto da vida e inerente à condição de trabalho na UTI. A morte é uma possibilidade presente no campo de atuação. Há também profissionais que tornam-se mecanicistas na assistência em terapia intensiva, assim, a relação com a técnica fica sobreposta à relação humana com o paciente, “coisificando” o sujeito enfermo e conseqüentemente a prática diante da morte, que deve ser regulada.

Essa situação torna-se diferente quando o paciente fica por um período prolongado no tratamento intensivo de sua enfermidade e o profissional começa a conhecê-lo e a compartilhar

de sua história de vida. Nessas condições, outra dimensão relacional se estabelece. E é dentro dela que, diante da possibilidade de perda real do enfermo, isto é, quando o paciente permanece na UTI e apresenta a condição de “prognóstico reservado”, que os profissionais se afetam. Retratam esta condição como mais difícil a ser enfrentada, assumindo o envolvimento com a biografia dos pacientes e a necessidade de preparação para a perda do sujeito que vivo está morrendo, como um luto antecipatório.

Ao retomar Schütz (1979), vale dizer que a maior parte do conhecimento é proveniente das interações sociais que se estabelece com os outros na dimensão intersubjetiva. Assim, durante a convivência com a morte e o morrer dos pacientes que assistem, no ambiente de trabalho restrito e complexo da UTI, os trabalhadores da equipe multiprofissional dão significados a essas experiências. De modo que constroem e reconstróem essa vivência cotidiana.

Espera-se que estudos como este, cujas repercussões físicas e emocionais foram reveladas, frente a exposição ocupacional diante de algumas condições de terminalidade, não sejam negligenciados pela gestão da UTI e de saúde do trabalhador, setores que são atuantes nesse hospital. Nem mesmo por aqueles que cuidam das emoções, já que ao significarem experiência com a morte e morrer, os profissionais demonstram aspectos psicológicos presentes que, quando não acompanhados, cronificam e tornam-se potencialmente adoecedores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo auxílio-dissertação.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, T. A. M. *Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde*. 2008. f. 341. Tese (Doutorado) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.
- ARAÚJO, S. A. N.; BELÉM, K. F. O processo de morte na unidade de terapia intensiva neonatal. *ConScientiae Saúde*. São Paulo, v. 9, n. 2, p 290-299, 2010 Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/929/92915260017.pdf>>. Acesso em 26 jul. 2015.
- ARIES, P. *Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editorial Teorema, 1975. 316 p.
- BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. *Texto contexto - enferm.*, v. 16, n. 1, p. 89-96, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução n.º 7/2010, de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 21 de nov. 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012 de 12 de dez. 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 13 jun. 2013.
- BRÊTAS, J. R. da S.; OLIVEIRA, J. R.; YAMAGUTI, L.. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Rev. esc. enferm.* São Paulo, v. 40, n.4, p. 477-483, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S008062342006000400005>>. Acesso em: 11 abr 2015.
- CAMPOS, M. E. A relação homem-morte no decorrer da história humana. *Literatortura*. 2015. Disponível em: <http://literatortura.com/2015/11/homemmorte_decorrer_da-historia_humana>. Acesso em: 19 fev. 2016.
- CASELATO, G. *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido*. São Paulo: Summus, 2015. 264 p.
- CASTRO, F. A sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. *Cienc. Soc. Unisinos*, v. 1, n. 48, p. 52-60, 2012.
- CAPALBO, C. *Metodologia das ciências sociais – a fenomenologia de Alfred Schütz*. 1 ed. Rio de Janeiro: Antares, 1979. 104 p.
- COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. de S. Morte: uma visão psicossocial. *Estud. Psicol.*, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2014.
- COVOLAN, N.; CORRÊA, C. L.; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M.; MURATA, M. Quando o vazio se instala no ser: reflexões sobre o adoecer, morrer e a morte. *Revista Bioética*, v. 18, n. 3, p. 561-571, 2010. Acesso em: 10 dez. 2015.

FINI, Maia Inês. Sobre a pesquisa qualitativa em educação, que tem a fenomenologia como suporte. In: BICUDO, Maria Aparecida Viggiani; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha (Orgs.) *A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. 2 ed. Piracicaba: Unimep, 1994, p. 23-33.

FONSECA, José Paulo. *Luto Antecipatório*. São Paulo: Livro Pleno, 2004. 184 p.

GORGULHO, F. R. *Tão longe, tão perto: a vivência do enfermeiro na construção da relação mãe/recém-nascido na UTIN*. 2009. 71 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

JESUS, M. C. P. de et. al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. *Rev. esc. enferm.* São Paulo, v. 47 n. 3, p.736-41, 2013. Acesso em: 04 fev. 2015. Acesso em: 04 fev. 2015.

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 243 p.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. Tradução Paulo Menezes. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 296 p.

MARQUES, F.; BOTELHO, M. R.; MATOS, P.; WAIDMAN, M. Morte em uma unidade de terapia intensiva: a visão da equipe multidisciplinar em relação ao paciente e ao corpo. In: Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, 7, 2011, Maringá. *Anais Eletrônicos do VII Encontro de Produção Científica Cesumar*, Maringá: Paraná, 2011. p. 1-6. Disponível em:

<[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/fernanda_ribeiro_baptista_marques%20\(1\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/fernanda_ribeiro_baptista_marques%20(1).pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2016.

MARTINS, P. F. et al. Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. *Rev. bras. saúde ocup.*, v. 34, n. 120, p. 172-178, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572009000200008>>. Acesso em: 13 jan. 2016. Acesso em: 13 jan. 2016.

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev. SBPH.*, v. 12, n. 1, p. 151-173, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 out. 2014.

MENEZES, R. A. Tecnologia e “Morte Natural”: o Morrer na Contemporaneidade. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 129-147, 2003. <Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v13n2/a08v13n2>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Fiocruz e Garamond, 2004. 228 p.

MORITZ, R. D. Os Profissionais da Saúde Diante da Morte e do Morrer. *Revista Bioética.*, v. 13, n. 2, p. 51-63, 2005. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/107/112>. Acesso em: 15 out. 2014.

PURIN, N.; PURI, V.; DELLINGER, P. History of technology in the intensive care unit. *Crit. Care Clin.*, v. 25, n. 1, p. 185-200, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749070408000791>>. Acesso em 11 fev. 2016.

RASHOTTE, J.; FOTHERGILL-BOURBONNAIS, F.; CHAMBERLAIN, M. Pediatric intensive care nurses and their grief experiences: A phenomenological study. *The Journal of Acute and Critical Care.*, v. 26, n.5. p. 372-386, 1997. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956397900248>>. Acesso em 12 abr. 2015.

ROCHA, R. C. da. *Trabalho e risco biológico em uma unidade de terapia intensiva: a prática cotidiana dos fisioterapeutas*. 2010. 115 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010

SANTOS, F. S. Conceitos de Morte. In: SANTOS, Franklin Santana; INCONTRI, Dora (Orgs.). *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenius, 2007, p.88-95.

SANTOS, M. A. dos; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.18, n.9, p. 2757-2768, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900031>>. Acesso em: 18 out. 2014.

SCHÜTZ, A. *El problema de la realidad social*. 2 ed. Escritos I. Buenos Aires (Argentina): Amorrortu, 1974. 327 p.

SCHÜTZ, A. *Estudios sobre teoria social: escritos II*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. 284 p.

SCHÜTZ, A. *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz*. Helmul Wagner (Org). Rio de Janeiro: Zahar, 1979. 319 p.

SILVA, J. T. da et al . Prática profissional de enfermeiras que cuidam de pacientes com câncer em hospitais gerais. *Rev. bras. enferm.*, v. 65, n. 3, p. 460-465, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a10.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2016.

SILVA, R. S. da; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm.* São Paulo, v. 45, n.3, p. 738-744, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300027>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

SOUSA, D. M. de et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto contexto - enferm.*, v. 18, n. 1, p. 41-47, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100005>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

SPINDOLA, T.; MACEDO, M. do C. dos S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. *Rev. bras. enferm.*, v. 47, n. 2, p. 108-117, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671994000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2015.

ANEXO A



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Hospital Geral Menandro de Faria



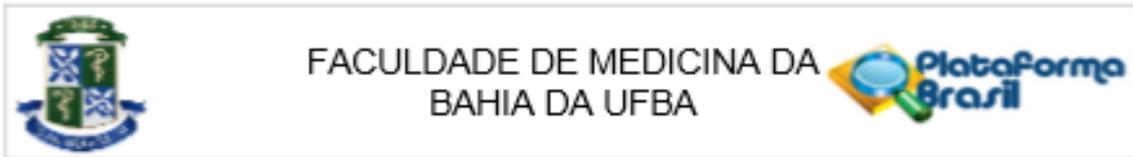
CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ANUÊNCIA

Eu, Margarida Miranda, diretora geral do Hospital Geral Menandro de Faria tenho ciência e concedo autorização, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/FMB/UFBA, para a realização da pesquisa intitulada Morte e Morrer: Percepção e Vivência dos Profissionais de Saúde da Unidade de Terapia Intensiva, pela pesquisadora Queli Nascimento Santos, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho PPGSAT/FMB/UFBA, sob orientação do Prof. Dr. Lauro Antônio Porto, a ser realizado no Hospital Geral Menandro de Faria (HGMF).

Lauro de Freitas, 24 de outubro de 2014


Margarida Miranda
Diretora Geral

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MORTE E MORRER: VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: Lauro Antonio Porto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40802115.6.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

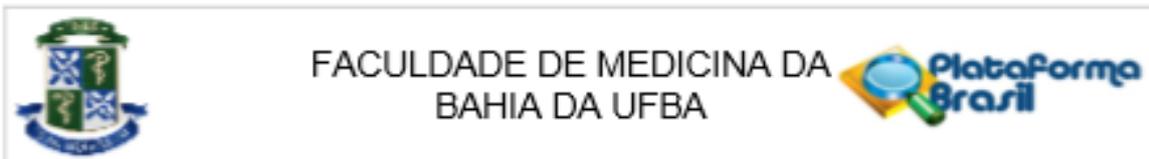
Número do Parecer: 950.358

Data da Relatoria: 08/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, sobre a vivência acerca do processo de morte e do morrer, presente no contexto diário do trabalhador da saúde de Unidades de Terapia Intensiva presentes no seu contexto de trabalho, bem como tal vivência repercute em sua saúde. A amostra constará de profissionais das áreas de medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia e nutrição da Unidade de Terapia Intensiva de uma unidade de saúde pública da Bahia, o Hospital Geral Menandro de Farias, localizado no município de Lauro de Freitas. Será utilizado o método de amostragem por saturação teórica para definir o tamanho final da amostra. A análise de dados será realizada com o uso do aporte teórico-metodológico da fenomenologia social de Alfred Schütz, para construção e análise de eixos temáticos a fim de produzir unidades de significados em que seja possível compreender o fenômeno estudado. A pesquisa propõe investigar a vivência do profissional de saúde da unidade de terapia intensiva (UTI) para compreender como o fenômeno da terminalidade incide sobre o profissional e equipe de saúde de uma UTI do SUS/Ba, quais significados atribui à esta vivência e compreender as repercussões emocionais que envolvem a exposição à morte e ao morrer no contexto de trabalho de uma UTI. Os participantes da pesquisa serão os profissionais de saúde que compõem a equipe da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público, o Hospital Geral Menandro de

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 950.358

Faria (HGMF), localizado no município de Lauro de Freitas, Estado da Bahia. A referida unidade conta com 57 profissionais, assim distribuídos: 11 médicos, 12 enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e 8 fisioterapeutas. O hospital também conta com um nutricionista e um psicólogo que prestam assistência a unidade quando solicitados. A metodologia proposta consiste, em síntese, no seguinte: Para compreender como a exposição ocupacional diante dos fenômenos de morte e morrer incidem sobre os profissionais de saúde, será utilizada a teoria da fenomenologia social. Serão elaboradas unidades de significados presentes nas entrevistas, na observação e no diário de campo do pesquisador durante o estudo. O referencial teórico-metodológico da fenomenologia social de Alfred Schütz é uma alternativa de investigação que contribui no entendimento sobre as experiências relacionadas ao processo das ações humanas, de forma particular àquelas vividas em distintos cenários assistenciais e de atenção à saúde. Alfred Schütz construiu seu arcabouço teórico baseado na sociologia de Max Weber e na filosofia de Edmund Husserl. De cada um desses autores Schütz extraiu conceitos importantes para suas obras filosóficas. Da fenomenologia de Husserl utiliza os conceitos de intencionalidade, intersubjetividade. Da teoria social de Weber, faz uso dos conceitos de ação social/ação humana, pois as ações humanas comportam em si significados intersubjetivos e intencionais, visto que são conscientes, pautadas nas relações sociais dos sujeitos e em suas experiências cotidianas. Schütz fundamenta sua sociologia do conhecimento como uma análise das relações sociais que possuem significado na vivência dos sujeitos.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

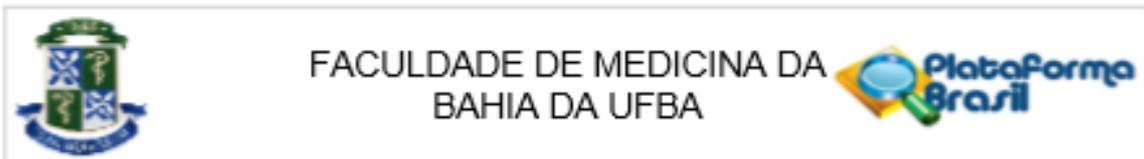
Investigar a vivência do profissional de saúde de uma UTI sobre a morte e o morrer no contexto de seu trabalho cotidiano.

Secundário:

Compreender como a exposição ocupacional ao processo de morrer e morte repercute no profissional e na equipe de saúde da UTI;

Conhecer os significados que o trabalhador de saúde da UTI confere à atividade diante da morte e do processo de morrer.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 950.358

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco de constrangimento: A entrevista será realizada em ambiente reservado, em horário da conveniência do participante. Será esclarecido e garantido o direito de desistência em qualquer fase da pesquisa, bem como a possibilidade de deixar de responder qualquer pergunta. A entrevista só será gravada se o participante assim permitir. Risco de outros desconfortos emocionais, por conta da temática: a entrevistadora tem formação na área de psicologia, registro no Conselho Profissional de Psicologia número 03/9767, por isso ficará atenta a qualquer sinal de desconforto, garantindo que a entrevista seja suspensa temporariamente ou retomada em outro momento ou mesmo suspensa em definitivo, em acordo com o participante.

Benefícios:

Os benefícios indicados pelo autor são os seguintes: Servir como mecanismo de educação continuada sobre a temática dentro da unidade e subsidiar o suporte emocional aos profissionais de saúde; - Promotora de atenção sobre esses e outros aspectos que envolvem o trabalhador da unidade; - Gerar fontes de informações ao planejamento estratégico da instituição para práticas de cuidado com a equipe de saúde; - Favorecer aos trabalhadores uma melhor avaliação referente ao modo de enfrentamento diante do processo de morrer e morte de pacientes em seu contexto de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está bem estruturado e fundamentado. Apresenta relevância acadêmica, profissional e social. O projeto propõe o estudo de um tema atual e segue, com rigor, as prescrições da resolução CNS 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

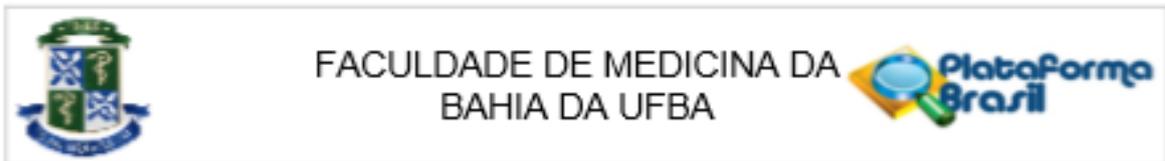
TCLE está bem redigido atende às prescrições da RES466/12.

ORÇAMENTO: ADEQUADO

CRONOGRAMA: ADEQUADO.

CARTAS DE ANUÊNCIA: ADEQUADA.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n	CEP: 40.026-010
Bairro: PELOURINHO	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564	Fax: (71)3283-5567
E-mail: ceptmb@ufba.br	



Continuação do Parecer: 950.358

Recomendações:

Em relação aos riscos previstos, em caso de desconforto, há apenas a indicação de que a entrevista poderá ser interrompida. Seria interessante prever qual tipo de atendimento e cuidados serão oferecidos ao entrevistado, caso haja necessidade diante do surgimento de algum tipo de desconforto mais intenso.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 10 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
 (Coordenador)

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br

ANEXO C

PHYSIS

ISSN 0103-7331 versão
impressa
ISSN 1809-4481 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Physis é uma revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Seu objetivo geral é divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Sua linha editorial enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras no campo. A revista é composta basicamente de artigos originais de demanda livre e seções de resenhas, entrevistas, cartas e comentários. O Conselho Editorial pode, ocasionalmente, propor temas específicos considerados relevantes, e publicar trabalhos de autores convidados especialistas no tema, e que também irão passar por um processo de revisão por pares.

Forma e preparação de manuscritos

A Revista *Physis* publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado tanto solicitam a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista, quanto deliberam, ao receber os artigos, com base em pareceres (*double-blind peer review*), sobre a publicação. Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. Apenas artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, são analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (*single-blind peer review*). O número de autores será limitado ao máximo de dois por manuscrito, sendo que cada autor só poderá figurar em um único artigo por número.

Resenhas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): podem ser provenientes de demanda livre ou convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço. Só serão aceitas resenhas com um único autor.

Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras): publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

Seção de Cartas (até 1.500 palavras): publica comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores.

Seção de Comentários (até 1.500 palavras): publica ensaios curtos e notas ou opiniões sobre temas relevantes para a Saúde Coletiva.

Formato para encaminhamento de textos:

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema **ScholarOne Manuscripts**, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário estar cadastrado no sistema. Realizado o cadastro, deve-se fazer o *login*, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão.
2. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria;** os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.
3. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a **informação referente à aprovação por comitê de ética** na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde. Os autores devem indicar se a **pesquisa é financiada**, se é **resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado** e se há **conflitos de interesse** envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item **Agradecimentos**, ao final do artigo ou em nota de fim.
4. Os artigos devem ser escritos preferencialmente em português, mas podem ser aceitos textos em inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. **Os textos são de responsabilidade dos autores**, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.
5. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos **nas etapas indicadas do processo de submissão** (primeira e segunda, respectivamente). Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, **após as referências** (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Contendo, cada um **até 200 palavras**, eles devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de **3 a 5 palavras-chave em português e inglês**. O título completo do artigo também deverá ser traduzido, assim como o título curto. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

6. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em Word ou similar. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em Photoshop ou Corel Draw ou similar. **Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados** e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "image", "figure" ou "table", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

7. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível, e não devem ser compostas como referências.** Não há restrições quanto ao número de notas.

8. As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, conforme exemplos a seguir. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências**, assim como por sua correta citação no texto.

9. Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença **Creative Commons Attribution CC-BY**. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista *Physis*. Quando da reprodução dos textos publicados em *Physis*, mesmo que parcial e para uso não comercial, **deverá ser feita referência à primeira publicação na revista. A declaração de autoria** deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "supplemental file not for review", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer **outros comentários ou observações encaminhados aos editores** deverão ser inseridos no campo "Cover letter".

10. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, **o número máximo de autores está limitado a quatro**, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a remoção de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo a seguir), conforme deliberado pelo *International Committee of Medical Journal Editors*. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria.

11. Em atendimento às normas da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser

informado.

12. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "Cover letter".

13. A Revista *Physis* não cobra taxa de submissão e avaliação de artigos.

14. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível em publicá-lo em inglês também, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada, recomendada pela Editoria de *Physis*, e os custos de tradução correrão por conta do autor.

15. **Os autores são responsáveis por todos os conceitos e as informações apresentadas nos artigos e resenhas.**

16. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

(Enviar no sexto passo do processo de submissão, indicada como "supplemental file not for review")

A contribuição de cada autor para o artigo/a resenha _____ foi a seguinte:

(identificação de autor 1): (atividades desempenhadas)

(identificação de autor 2): (atividades desempenhadas)

(identificação de autor n): (atividades desempenhadas)

O texto é um trabalho inédito e não foi publicado, em parte ou na íntegra, nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Em caso de aceitação deste texto por parte de *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista e, em caso de reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, farei(emos) constar os respectivos créditos.

Assinaturas:

PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar, bl. D -

Maracanã

20.550-013 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2334-0504 ramal 108 - Fax: (21) 2334-2152

Endereço eletrônico: publicacoes@ims.uerj.br
 Web: <http://www.ims.uerj.br>

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Padrões para referências

Livros e folhetos

BIRMAN, J. *Pensamento freudiano*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1994. 204p.
 ANÁLISE do desempenho hospitalar: III trimestre. Rio de Janeiro: CEPESC, 1987. 295 p.

Capítulos de livros

LUZ, M. T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 131-152.

Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, São Paulo. *Anais...* São Paulo: UNICAMP, 1990. 431p.
 MENDONÇA, G. A. Câncer no Brasil: um risco crescente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1994, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ABRASCO, 1994. p. 63-77.

Dissertações e teses

CALDAS, C. P. *Memória de velhos trabalhadores*. 1993. 245 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.
 CAMARGO JUNIOR, K. R. de. *A construção da Aids*. Racionalidade médica e estruturação das doenças. 1993. 229 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

Periódicos

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 83-112, 1999.
 PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: UERJ,IMS, 1992-. Semestral. ISSN 0103-7331.
 SILVA, A. A. M. da; GOMES, U. A.; TONIAL, S. R. et al. Cobertura Vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade Urbana do nordeste brasileiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

Jornais

SÁ, F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras, mas campanha de informação a turistas começa domingo. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 15. abr. 1999. Primeiro caderno, Cidade, p.25.

Referência legislativa

BRASIL. Lei nº. 8.926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 132, n. 152, p. 12037, ago. 1994. Seção 1, pt.1.
 SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 42.822, de 20 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a desativação de unidades administrativas de órgãos da administração direta e das autarquias do Estado e dá providências correlatas. *Lex- Coletânea de Legislação e Jurisprudência*, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-20, 1998.

Documentos eletrônicos

REVENGE, S. J. *The internet dictionary*. Avon : Future, 1996. 98p.
 Referência obtida via base de dados Biblio: CELEPAR, 1996. Disponível em: <
<http://www.celepar.br/celepar/celepar/biblio.biblio.html>>.
 Acesso em: 12 jul. 1998.
 ALEIJADINHO. In: ALMANAQUE abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1996. 1 CD-ROM.
 MOURA, G. A. C. de. *Citações e referências a documentos eletrônicos*. Disponível em: <
<http://www.elogica.com.br/users/gmoura/refet>>. Acesso em: 9 dez. 1996.
 COSTA, M. *Publicação eletrônica* [mensagem pessoal]. Mensagem obtida por <cbc@uerj.br> em 10 ago. 2001.

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Rua São Francisco Xavier, 524 / 7 andar / sala 7.003-D
 20550-900 • Rio de Janeiro-RJ • Brasil
 Tel.: +55 21 2587-7303 ramal 248
 Fax.: +55 21 2264-1142



publicacoes@ims.uerj.br

ANEXO D



Physis Revista de Saúde Coletiva

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to

Physis Revista de Saúde Coletiva

Manuscript ID

PHYSIS-2016-0087

Title

SIGNIFICADOS DE MORTE E MORRER PARA PROFISSIONAIS DE UMA

Authors

Santos, Quell

Porto, Lauro

Batista, Cláudia

Date Submitted

03-May-2016

[Author Dashboard](#)

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2015. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)