

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM BIOÉTICA**

ANA CAROLINA MIGNOT ROCHA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS DE
MORTE POR MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UMA REFLEXÃO BIOÉTICA**

POUSO ALEGRE

2020

Ana Carolina Mignot Rocha

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS DE
MORTE POR MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UMA REFLEXÃO BIOÉTICA

Dissertação apresentada para o programa de
Pós-Graduação em Bioética da
Universidade do Vale do Sapucaí, para
obtenção do título de mestre em Bioética.

Área de concentração: Bioética, os ciclos da Vida e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mírian de Fátima Brasil Engelman

Co-orientador: Prof. Dr. Virgínio Cândido Tosta de Souza

Pouso Alegre - MG

2020

Rocha, Ana Carolina Mignot.

Representações sociais dos significados e sentimentos de morte por médicos da atenção primária: uma reflexão bioética / Ana Carolina Mignot Rocha. – Pouso Alegre: Univás, 2020.

74f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade do Vale do Sapucaí, 2020.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mírian de Fátima Brasil Engleman

Coorientador: Prof. Dr. Vurgínio Cândido Tosta de Souza

1. Terminalidade. 2. Bioética. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Pesquisa qualitativa. I. Título.

CDD – 174.2

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO


Certificamos que a dissertação intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS DE MORTE POR MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA” foi defendida, em 19 de junho de 2020, por ANA CAROLINA MIGNOT ROCHA, aluna regularmente matriculada no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 98014421, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:



Profa. Dra. Mírian de Fátima Brasil Engelman
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS
Orientadora



Prof. Dr. Antonio Angelo Rocha
Pontifícia Universidade Católica – PUC/MG
Examinadora



p/ Profa. Dra. Maria Inez Pádula Anderson
Universidade Estadual do Rio de Janeiro –UERJ
Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à memória de minha tia avó THEREZA DA SILVA VENANCIO, mulher pioneira na área da educação, e cujo processo de morrer me levou a diversas reflexões que culminaram com a presente dissertação.

Dedico também à memória da minha mãe, ENEIDA VENANCIO MIGNOT ROCHA, que veio a falecer durante o curso do mestrado, e que me ensinou na prática a ortotanásia. Uma mulher incrível, resiliente, a quem eu só tenho a agradecer pelos ensinamentos e amor.

Ao meu amigo e parceiro de jornada dentro da Medicina de Família e Comunidade e na vida, EUCLIDES COLAÇO MELO DOS PASSOS, sem o incentivo do qual eu não teria ingressado no referido mestrado.

AGRADECIMENTOS

Os meus mais sinceros agradecimentos:

Aos meus pais ENEIDA VENANCIO MIGNOT ROCHA e ARLINDO RODRIGUES ROCHA JÚNIOR, por sempre terem me ensinado a importância do estudo.

Às minhas irmãs MARINA MIGNOT ROCHA, JÚLIA MIGNOT ROCHA E LUÍSA MIGNOT ROCHA, que sempre estão comigo me incentivando.

Às minhas amigas, RENATA DE CÁSSIA MENDONÇA e TAMIRES RIBEIRO FONSECA por me ouvirem e estarem ao meu lado no decorrer deste caminho.

Aos PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARQUE ESPERANÇA 2. Agradeço sempre pela parceria que se estende para muito além do trabalho. Obrigada por me incentivarem, estarem ao meu lado neste trajeto. Sem o apoio de vocês nada seria possível!

Ao professor DR. JOSÉ VITOR DA SILVA, por todo o aprendizado e compreensão neste período.

Ao meu aluno PEDRO HENRIQUE FONSECA NOGUEIRA por toda a contribuição durante o trabalho.

Aos profissionais que se dispuseram a participar deste projeto de dissertação.

A morte não é nada (Santo Agostinho)

“A morte não é nada.
Eu somente passei
para o outro lado do Caminho.
Eu sou eu, vocês são vocês.
O que eu era para vocês,
eu continuarei sendo.
Me dêem o nome
que vocês sempre me deram,
falem comigo
como vocês sempre fizeram.
Vocês continuam vivendo
no mundo das criaturas,
eu estou vivendo
no mundo do Criador.
Não utilizem um tom solene
ou triste, continuem a rir
daquilo que nos fazia rir juntos.
Rezem, sorriam, pensem em mim.
Rezem por mim.
Que meu nome seja pronunciado
como sempre foi,
sem ênfase de nenhum tipo.
Sem nenhum traço de sombra
ou tristeza.
A vida significa tudo
o que ela sempre significou,
o fio não foi cortado.
Porque eu estaria fora
de seus pensamentos,
agora que estou apenas fora
de suas vistas?
Eu não estou longe,
apenas estou
do outro lado do Caminho...
Você que aí ficou, siga em frente,
a vida continua, linda e bela
como sempre foi”.

(Santo Agostinho)

RESUMO

A atenção primária à saúde é um local privilegiado para lidar com a terminalidade da vida pela possibilidade de oferecer um cuidado mais próximo do paciente e do familiar, além do estabelecimento de vínculos de confiança e acompanhamento humanizado no processo de morte. Este estudo teve por objetivo conhecer aspectos relacionados com a morte e o morrer sob a ótica de médicos atuantes na área de atenção primária à saúde no município de Poços de Caldas-MG. Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritiva exploratória. A amostra foi intencional, tendo como critérios de inclusão profissionais médicos atuantes na atenção primária à saúde há no mínimo um ano. Critério de exclusão foram conteúdos que não estavam compatíveis com o enunciado da pergunta. Entrevistas semiestruturadas foram aplicadas aos profissionais e os dados obtidos foram inseridos em um banco próprio. Utilizou-se a estatística descritiva para as informações referentes à caracterização sócio demográfica. A metodologia utilizada para análise dos dados qualitativos foi o Discurso do Sujeito Coletivo. Dentre os resultados, no referente ao significado de morte para os entrevistados, após extração das expressões chaves (ECh), as ideias centrais prevalentes foram “fim de um ciclo”, “natural e inevitável” e “morte é o fim”, corroborando a ideia da morte e morrer como um processo biológico que encerra a vida. Já em relação aos sentimentos, devido aos diversos resultados, foi separado em sentimentos positivos, negativos e ausência de sentimentos, sendo as expressões chave prevalentes relacionadas a sentimentos negativos. Tal resultado vai de encontro a estudos que apontam sentimento de impotência e dificuldade em relação à morte, e tem como possível justificativa a falha na formação médica, que não inclui em seu currículo disciplinas que tratem de tanatologia. Conclui-se que pesquisa mais ampla se faz necessária, assim como incentivo à inclusão da disciplina nas grades dos cursos de medicina e educação continuada com enfoque neste tema para os profissionais que atuam nos serviços de Atenção Primária à Saúde. A pesquisa seguiu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Palavras-chave: Terminalidade; Bioética; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Primary health care is a privileged place to deal with the end of life due to the possibility of offering care closer to the patient and family, in addition to establishing bonds of trust and humanized monitoring in the death process. This study aimed to know aspects related to death and dying from the perspective of doctors working in the area of primary health care in the municipality of Poços de Caldas-MG. It was a study of qualitative approach, of the exploratory descriptive type. The sample was intentional, with the inclusion criteria of medical professionals working in primary health care for at least one year. Exclusion criteria were content that was not compatible with the statement of the question. Semi-structured interviews were applied to professionals and the data obtained were inserted in a bank of their own. Descriptive statistics was used for information related to socio-demographic characterization. The methodology used to analyze the qualitative data was the Collective Subject Discourse. Among the results, regarding the meaning of death for the interviewees, after extracting the key expressions, the central prevalent ideas were “end of a cycle”, “natural and inevitable” and “death is the end”, corroborating the idea of death and dying as a biological process that ends life. In relation to feelings, due to the various results, it was separated into positive, negative feelings and absence of feelings, with the prevalent key expressions related to negative feelings. This result is in line with studies that point to a feeling of helplessness and difficulty in relation to death, and has as possible justification the failure in medical training, which does not include subjects dealing with Thanatology in its curriculum. It is concluded that a broader research is necessary, as well as encouraging the inclusion of the discipline in the medical and continuing education courses with a focus on this theme for professionals working in Primary Health Care services. The research followed the determinations of Resolution No. 466, of December 12, 2012, of the National Health Council (CNS).

Keywords: Terminality; Bioethics; Primary Health Care; Qualitative research.

LISTAS DE ABREVIATURAS

AC	Ancoragens
APS	Atenção Primária à Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
E-Ch	Expressões-Chave
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAD 1	Instrumento de análise de discurso 1
IAD 2	Instrumento de análise de discurso 2
IC	Ideias Centrais
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Significados de morte e morrer	311
Figura 2 - Sentimentos relacionados a morte e morrer.	366

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ideias centrais, participantes e total referentes ao tema 1: Significados de morte e morrer.....	29
Quadro 2 - Ideias centrais agrupadas relacionadas com o tema 1: Significados de morte e morrer.....	30
Quadro 3 - Ideias centrais, participantes e total pós agrupamento referentes ao tema 1: significados de morte e morrer.....	30
Quadro 4 - Ideias centrais, participantes e total referentes ao tema 2: Sentimentos de morte e morrer.....	34
Quadro 5 - Ideias centrais agrupadas relacionadas com o tema 2: Sentimentos de morte e morrer.....	35
Quadro 6 - Ideias centrais, participantes e total pós agrupamento referentes ao tema 2: sentimentos de morte e morrer.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características Sociodemográficas	27
Tabela 2 - Características profissionais.....	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
1.1 Morte e morrer	4
1.2 Terminalidade	6
1.3 Religiosidade e espiritualidade	7
1.4 Relação médico e morte	9
1.5 Morte na Atenção Primária à saúde	10
1.6 Bioética e terminalidade	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral	14
3.2 Objetivos específicos	14
4 METODOLOGIA	15
4.1 Local do estudo	15
4.2 Delineamento	18
4.3 Discurso do Sujeito Coletivo	19
4.4 Participantes do estudo, amostra, amostragem, critérios de inclusão e exclusão	21
4.5 Coleta de dados	21
4.5.1 Procedimento de coleta de dados	22
4.5.2 Instrumentos de pesquisa	22
4.6 Pré-teste	23
4.7 Estratégia de análise dos dados	24
4.8 Estratégia de apresentação de dados	25
4.9 Ética na pesquisa	25
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÃO	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
8 CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO PESSOAL, FAMILIAR E PROFISSIONAL DO ENTREVISTADO	49
APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	50

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	51
APÊNDICE D - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL.....	53
ANEXO A - INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO-1 (IAD-1)	54
ANEXO B - INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO-2 (IAD-2).....	55
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO.....	56
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	57

1 INTRODUÇÃO

Nos anos de 1950, a expectativa de vida ao nascer no Brasil para ambos os sexos era de menos de 50 anos, e em 2013 passou para 74,8 anos. Este aumento tem sido mais marcante entre idosos acima de 80 anos. Entre 1997-2007, a população de 60-69 anos cresceu 21,6%, e a de mais de 80 anos aumentou 47,8%.¹

O efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade resulta em progressivo envelhecimento da população. O aumento da expectativa de vida, que se tem verificado em paralelo, espelha a melhoria do nível de saúde nas últimas décadas. Apesar de tal resultado, verificam-se carências de cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento de pessoas com doenças crônicas e incapacitantes. Neste contexto surgem novas necessidades sociais e de saúde, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de pacientes com patologias crônicas múltiplas e de pessoas com doença incurável em estágio avançado e em fase final de vida.²

1.1 Morte e morrer

Falar sobre a morte sempre foi um tema incômodo para muitas pessoas, considerando os mistérios e tabus que envolvem o assunto. Entretanto, “o morrer” vem se transformando com o passar do tempo. Com o advento das tecnologias cada vez mais é possível retardar, atenuar, diminuir a dor do indivíduo terminal. Ou seja, a morte tem deixado de ser um episódio para se tornar um processo. De acordo com Ariès a morte na idade média era vista como natural e justa. O doente era o personagem principal da cena e, nos momentos que precediam a sua morte, era de fundamental importância que os amigos e familiares, incluindo crianças, estivessem presentes. Dessa forma, poderia pedir perdão àqueles que o rodeava e assim se considerava pronto para morrer.^{3,4}

É importante reconhecer as transformações no comportamento do ser humano diante da morte na sociedade ocidental ao longo do tempo. Ao longo dos séculos, esta relação foi se alterando, tornando o ser humano cada vez mais afastado deste tema.⁵

O processo de incorporação de tecnologia à medicina, iniciado ainda no século XIX, trouxe novos recursos para o prolongamento da vida e ocorreu a transformação dos hospitais em locais destinados a cura. Desta forma, as pessoas passaram a morrer cada vez mais nos hospitais, longe das famílias e submetidas a diversos procedimentos.⁵

Na atualidade, predomina uma imagem da morte que desperta medo por estar revestida de isolamento, sofrimento e dor, denominada de “morte moderna”, ou distanásia. Desde a década de 1950 despontaram diversas discussões bioéticas sobre o conceito de morte, incluindo a definição de morte cerebral, e sobre o uso de procedimentos para prolongar a vida. Surgiram movimentos em defesa do direito das pessoas e da humanização das práticas de saúde, dentre esses o “movimento hospice”, iniciado na Inglaterra e que se espalhou pelos Estados Unidos da América e Canadá. Focava no cuidado ao indivíduo em fase terminal e seus familiares durante o adoecimento e a fase de luto e reivindicava uma medicina direcionada ao controle da dor e de outros sintomas, abrangendo as dimensões psicológica, social e espiritual.⁵

A obstinação terapêutica conduz até as últimas consequências a tentativa de afastar a morte e, nessa tentativa, o sujeito não morre mais na sua hora, mas naquela da equipe de saúde.⁶

Assim, em contraposição à morte moderna, surge o modelo de “morte contemporânea”, quando os profissionais atuam no intuito de melhorar a qualidade de vida da pessoa doente até o momento da morte, incluindo o processo de luto na família. Essa seria a ortotanásia, a “boa morte”.⁵

A filosofia da morte contemporânea é assinalada pelo esforço dos profissionais em tornar o fim da vida do paciente em um momento digno, em acompanhá-lo até seu último suspiro, dar voz ao mesmo, permitir escolhas, principalmente do lugar onde deseja morrer.⁴

A morte é um acontecimento biológico que encerra uma vida. Nenhuma outra conjuntura vital é capaz de desencadear, nos seres humanos, mais pensamentos movidos pela emoção e reações emocionais que ela, seja no indivíduo que está morrendo, seja naqueles à sua volta. O conceito tradicional de morte biológica definido como o instante da parada dos batimentos cardíacos, tornou-se ultrapassado. Na atualidade, ela é vista como um processo, como um fenômeno progressivo, e não mais como um momento ou ocorrência.⁷

Ainda que a morte seja encarada como algo inerente ao que é vivo, a finitude da vida é uma concepção social com variações de acordo com os significados que são compartilhados pelos indivíduos, tendo em vista o contexto social no qual estão inseridos. Destaque-se que, ao longo do processo civilizatório, morte e finitude assumem novas formas de enfrentamento, diferenciando-se muito de acordo com as diferentes culturas existentes.⁷

A experiência da morte pode ser diferente de uma sociedade para outra porque é variável e específica segundo os grupos. Não importa quão natural e imutável possa parecer aos integrantes de cada sociedade particular: foi aprendida. Desta forma, a morte é influenciada pela cultura, relacionando-se a cada contexto onde ela ocorre.⁸

1.2 Terminalidade

A terminalidade parece ser o alicerce fundamental do conceito em torno do qual se encontram as consequências. É quando acabam as possibilidades de restituir as condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e esperada.⁷

O caminho do morrer com dignidade é alvo de discussões atuais no Código de Ética. A ortotanásia, tida como morte natural, representa a aceitação da circunstância humana perante a morte – não reduz nem prolonga o sofrimento, apenas permite, na medida do possível, condições de vida e alívio do sofrimento de modo geral. Tal conduta propicia ao paciente sem expectativas de cura e à sua família condições de entender a finitude humana e morrer em paz, com respeito à dignidade e autonomia do paciente.⁷

Os profissionais da saúde percebem a terminalidade como uma fase difícil, podendo provocar sintomas como estresse e impotência. A atuação dos mesmos no processo de morrer do paciente, tem o poder de influenciá-los de modo direto, despertando vários sentimentos. O sentimento de insuficiência sentido por diversos profissionais é causado até pela sua própria formação, a maneira como foram capacitados para preservar e curar o indivíduo.⁹

Reconhecer que os recursos para reaver uma cura acabaram e que o indivíduo se encaminha para o fim da vida, não significa que não há mais o que fazer. Pelo contrário, abre-se uma ampla gama de possibilidades de ação que podem ser oferecidas, tanto ao

sujeito que necessita de cuidados quanto a seus familiares, objetivando, neste momento, o alívio da dor, a redução do desconforto, e, sobretudo, a possibilidade de se encontrarem diante do momento do fim da vida, acompanhados por alguém que possa ouvi-los e dar suporte.⁶

Observa-se a importância do processo do cuidar na terminalidade da vida em uma situação que envolve o paciente, os familiares e os profissionais de saúde.⁷

1.3 Religiosidade e espiritualidade

A espiritualidade é um assunto que vem despertando muito interesse dos profissionais da saúde no que se refere ao cuidar, devido a várias pesquisas já comprovarem que a mesma é uma forma para se encontrar uma melhor qualidade de vida dos pacientes, motivando também no processo de cura e até no enfrentar da doença.⁹

Por um longo período, ciência e espiritualidade/religiosidade eram consideradas como áreas totalmente distintas e opostas. Atualmente, permanecem no âmbito da ciência, concepções racionalistas e mecanicistas que tendem a desvalorizar aquilo que não pode ser totalmente determinado, previsto ou controlado pela tecnologia e pela razão. Reforça-se, todavia, que em contraposição, existem linhas teóricas que buscam promover uma compreensão mais adequada desses fenômenos, contribuindo com meios eficazes de analisá-los e estudá-los.¹⁰

Nessa perspectiva, o fenômeno da religiosidade tem sido objeto de diversas discussões e pesquisas nos mais variados campos científicos. Pesquisas recentes apontam a religiosidade e a espiritualidade como alguns dos aspectos mais significativos da subjetividade humana, observando que eles se correlacionam com a construção de sentido e ordenação de vida dos indivíduos, influenciando também a sua saúde de forma positiva.¹⁰

Apesar de muitas vezes serem usados como sinônimos, espiritualidade e religiosidade não possuem o mesmo significado. A espiritualidade envolve as necessidades humanas universais e propicia uma filosofia ou perspectiva que norteia as escolhas da pessoa, e que pode ou não incluir crenças religiosas específicas. No que se refere a religiosidade, a mesma pode ser compreendida como conjunto de crenças que

envolvem o sobrenatural, sagrado ou divino, e códigos morais, práticas, valores, instituições e rituais associados com tais crenças.¹¹

A espiritualidade e a religiosidade vêm alcançando atenção na área da saúde, pois consistem em importantes estratégias de enfrentamento diante de situações que causam impacto na vida das pessoas.¹¹

A importância da espiritualidade é tanta que culminou em seu reconhecimento pela Organização de Saúde, que a formalizou pela Resolução da Emenda da Constituição de 7 de abril de 1999. Esta norma mudou o conceito de saúde que anteriormente era: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. E passou a ser: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Desta forma, comprova-se que uma maior compreensão espiritual está ligada ao bem-estar psicológico, a uma saúde melhor, menor depressão e ansiedade, alegria e maior perspectiva de vida.⁹

No concernente à espiritualidade, a mesma pode ser interpretada como um conjunto de crenças cuja essência é o extraordinário, emitindo força e sentido nos acontecimentos da vida. É através dessas crenças que o sujeito desenvolve comportamentos positivos favorecendo o seu bem-estar. Em virtude disso, alguns indivíduos que possuem doenças graves, fazem uso da espiritualidade como mecanismo para enfrentar a doença, especialmente quando se envolve o processo de morrer, levando em consideração a dificuldade de compreensão da morte para todos nós.⁹

Segundo Boff a espiritualidade simboliza particularidades características da alma do indivíduo, sem se ater a crenças ou religiões, estando ligada ao amor, à predisposição ao perdão, à felicidade, à procura do significado de existir.⁹

Os profissionais da saúde se deparam constantemente com a morte. Eles esbarram com a força da espiritualidade como um meio de ascensão em saúde que ultrapassa os limites do saber científico da biomedicina, que muitas vezes não consegue responder aos diversos aspectos do sujeito, como as físicas, as psíquicas, as sociais e as espirituais.⁹

O percurso de morte e luto, vivenciados no exercício dos profissionais da saúde, é capaz de causar sérios malefícios psicológicos e contribuir para alteração de seu estado de saúde. O grande problema são as questões relacionadas à morte e a cultura de recusa da mesma. A espiritualidade envolve a tomada da consciência ao se deparar com a impotência diante dos limites e da falência da vida, procurando observar o ser humano além do corpo físico, tentando assimilar os diversos aspectos que cercam as relações humanas, tais como sentimentos e desejos, o que denota uma maior afinidade na ligação entre os pacientes, suas famílias e os profissionais de saúde.⁹

1.4 Relação médico e morte

O currículo do médico, como os dos demais profissionais de saúde, também necessita de disciplinas que abordem mais de tanatologia. Conforme sinalizam Souza e Lemônica a universidade é pouco preocupada com a formação humana de seus alunos, sobressaindo pela informação técnica, ou seja, o futuro profissional sairá da academia prejudicado, pois se sentirá despreparado para assumir e resolver situações que estão para além da técnica, e o manejo aos pacientes terminais é um desses casos.⁴

O médico tornou-se o responsável por lutar e vencer a morte; é o ser tanatolítico (grego: tanatos = morte, litis = destruição) que determina tecnicamente o momento da morte e as circunstâncias do morrer. Desta forma, o profissional assume-se como onipotente e prioriza salvar o paciente a qualquer custo a fim de condizer às expectativas idealizadas de preservador de vidas. No entanto, a ocorrência da morte e de doenças incuráveis vai de encontro a tais preceitos, fazendo o médico se confrontar com sua insignificância diante de situações irreversíveis: depara-se consigo mesmo, com a própria finitude, frustrando-se.⁷

Segundo a Associação Nacional de Cuidados Paliativos, ainda hoje, no Brasil, a graduação em medicina não ensina ao médico como lidar com o paciente em fase terminal, como identificar os sintomas e como conduzir esta situação de maneira humanizada e ativa. Contudo, o médico nos cuidados paliativos é um profissional importante. Ele é o profissional que fornece informações sobre diagnósticos e prognósticos para o paciente cuja morte é inevitável, orientando a equipe, mantendo sempre uma boa comunicação com os demais profissionais, para que o paciente tenha

dignidade nos últimos momentos de sua vida. Assim sendo, quando não se pode mais curar, ainda se pode cuidar e se ter uma boa relação entre médicos e pacientes.⁴

Os profissionais de saúde com frequência, já presenciaram a morte de pacientes terminais; todavia, a maioria nunca dialogou a temática com tais sujeitos e tem grande dificuldade para tratar do tema com um indivíduo portador de doença terminal. Essa dificuldade pode ser consequência da falta de preparo desses profissionais, além do comportamento dos sujeitos durante a evolução de uma doença terminal, sendo que a educação formal sobre morte e o morrer pode reduzir a dificuldade de lidar sobre o assunto com pacientes terminais.⁶

1.5 Morte na Atenção Primária à saúde

Diante do atual contexto de transição demográfica e epidemiológica, com crescente envelhecimento e maior longevidade populacional, assim como um aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, tornou-se extremamente importante a discussão sobre os cuidados paliativos e a morte na atenção primária, pois demanda uma reorganização dos serviços de saúde.⁵

Cuidados paliativos constituem modalidade em ascensão de assistência na terminalidade, embasados em um modelo de cuidados integrais, holísticos e interdisciplinares para que os usuários possam viver o mais ativamente possível. A princípio, desenvolveu-se em torno de pacientes oncológicos e, ao longo das últimas décadas, foram abrangidos também portadores de doenças crônicas, evolutivas, progressivas e degenerativas, que não respondem ao tratamento curativo.¹²

Este cenário tem levado os profissionais de saúde a repensarem a forma de cuidar desses pacientes, pois, apesar da propensão pelos cuidados no domicílio, as dificuldades experimentadas neste ambiente são inúmeras e acabam definindo, muitas vezes, uma morte institucionalizada. Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), implementada como proposta de reorganização da atenção primária em saúde, ocupa parte primordial pela possibilidade de oferecer um cuidado mais próximo do paciente e do familiar, além do estabelecimento de vínculos de confiança e acompanhamento humanizado no processo de morte.¹²

Tendo em vista a assistência domiciliar realizada pelos profissionais da atenção primária, há na Europa uma tendência de organizar no domicílio a atenção aos doentes em estágio terminal e transferir os cuidados paliativos para a atenção primária. Pesquisas sobre a efetividade destes cuidados domiciliares são, por isso, mandatórias.⁵

Devido a sua posição privilegiada, torna-se necessário uma avaliação a respeito da relação dos profissionais da atenção primária à saúde diante do paciente em fase terminal. O médico de família e comunidade possui dentre suas funções, não só o cuidar, mas, principalmente, aliviar o sofrimento das pessoas e a carga de seus familiares e, por fim, confortar.^{9,13}

Todavia, há estudos realçando que os profissionais se sentem despreparados para realizar esse tipo de cuidado à família no domicílio. O processo de trabalho na ESF acontece em um ambiente rodeado pelos desafios de se cuidar de pessoas em situações de extrema fragilidade e, muitas vezes, em condições de trabalho precárias.¹²

Ademais, deve-se considerar a falta de habilidade dos profissionais em lidar com pacientes em situação de morte iminente. Apesar de ser cotidiana na prática dos profissionais de saúde, ainda desperta grande temor, uma vez que não há um preparo adequado para o seu enfrentamento desde a graduação. No entanto, deve-se ponderar também que a morte, além de ser um evento eminentemente biológico, faz parte de uma construção social, influenciada pelos significados atribuídos à mesma e que influenciam diretamente o cuidado prestado ao outro.¹²

1.6 Bioética e terminalidade

Bioética é a ética da vida, da saúde e do meio ambiente, com o dever de expandir os horizontes, recolocando o paciente dentro de um contexto, que não é somente o hospital e a família, mas sim a sociedade como um todo, e que se desenvolve através de um diálogo transdisciplinar, transprofissional e transcultural, tendo, por consequência, o resgate da dignidade da pessoa humana, com destaque na qualidade de vida.⁶

Com os avanços da Medicina, a adoção de terapias de suporte de vida, no passado inimaginável, tem complicado cada vez mais a definição dos limites terapêuticos nos cuidados intensivos, contrapondo os princípios éticos da beneficência e da não-maleficência.⁶

Na década de 1960, com o surgimento dos transplantes, começaram a ser questionados os limites da vida, mantida com máquinas. O critério de morte deixa de ser a parada cardiorrespiratória e passa a ser a morte encefálica.¹⁴

O termo bioética foi apresentado, pela primeira vez, pelo oncologista Potter (1971), na sua obra *Bioethics – Bridge to the Future*. Nesta obra, propõe uma ponte no trabalho de cientistas e humanistas. Nos primeiros trabalhos na área, havia grande preocupação com valores humanos, cabendo à teologia as linhas mestras. Em um segundo momento, a filosofia tomou a frente, numa vertente de secularização. Entre 1985 e 2000, a bioética foi adquirindo um caráter multidisciplinar, abrangendo ciências sociais, direito, antropologia e psicologia, além da teologia. Nas ciências da saúde, emerge a preocupação com as condutas médicas, que resultou, em 1962, no que se chamou de Comitê de Deus, ou seja, a seleção de pacientes que serão submetidos a determinados tratamentos em prejuízo de outros. Posteriormente, passaram a ter grande importância a relação médico/paciente, os aspectos relacionados à autodeterminação, a autonomia e os direitos humanos.¹⁴

A bioética é o ramo da ética que enfoca questões relacionadas à vida e à morte, apresentando discussões sobre alguns temas, dentre eles: prolongamento da vida, morrer com dignidade, eutanásia e suicídio assistido.¹²

A humanização da morte não é o seu encurtamento, nem tampouco o seu prolongamento indefinido. Se a discussão que se propõe é sobre o que seja morte com dignidade, o movimento de cuidados paliativos defende que seja a morte sem sofrimento, nem rápida, nem demorada demais.¹⁴

Observa-se o surgimento de um movimento que procura a dignidade no processo de morrer, que não se trata de apressar a morte, eutanásia, nem prolongá-la, distanásia. A bioética do século XXI deve trazer à tona a necessidade da reflexão das questões de terminalidade com base em alguns princípios que são muito importantes: beneficência, dignidade, competência e autonomia.¹⁴

2 JUSTIFICATIVA

Como médica atuante na Atenção Primária à Saúde e no Sistema Único de Saúde desde a conclusão da graduação, venho refletindo acerca do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos, e da forma como os mesmos estão vivenciando suas terminalidades.

Dentro da estratégia de saúde da família temos uma posição privilegiada, devido ao vínculo com os pacientes e seus familiares, e mesmo assim, muitas vezes encaminhamos pacientes com poucas ou nenhuma possibilidade terapêutica para os hospitais, tornando o processo de morrer solitário, prolongado, e dolorido muitas vezes, tanto para o paciente quanto para seus familiares. Um dos aspectos mais relevantes pode estar relacionado a falta de preparo dos profissionais para lidar com os pacientes neste momento.

Utilizando minha graduação como base vejo que não tive muitas disciplinas que tratavam de tanatologia. A morte muitas vezes é abordada nas graduações da área da saúde como sendo um fracasso pessoal da equipe que atende aquele paciente, e não como parte dos ciclos da vida.

Acredito que conhecendo a relação dos profissionais atuantes na APS de Poços de Caldas com a morte, poderei ter um esboço de como os médicos que atuam neste contexto se relacionam com a morte de seus pacientes, e a partir disto, gerar uma discussão relacionada ao manejo dos mesmos dentro da APS.

A relevância científica do presente trabalho é de preencher lacunas de conhecimento na formação e atuação profissional do médico.

Enquanto a relevância social se evidencia pela propagação de seus resultados no âmbito social, o que com certeza resultará em novo paradigma à sociedade em relação a morte e o morrer, assunto ainda pouco divulgado, discutido e sobretudo entendido na esfera social, apesar da convivência diária e contínua com o fenômeno da morte.

Ademais, este trabalho tem relevância para a população atendida pela ESF, já que com profissionais melhores preparados para lidar com a terminalidade da vida, eles terão maior probabilidade de vivenciarem este momento com seus familiares de forma natural.

Diante do que foi exposto anteriormente emergiram as seguintes inquietações de pesquisa: quais são os significados de morte e morrer sob a ótica de profissionais médicos atuantes na área de atenção primária à saúde e quais são os sentimentos emergentes destes médicos em relação à morte de pacientes residentes em sua área de atuação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer aspectos relacionados com a morte e o morrer sob a ótica de médicos atuantes na área de atenção primária à saúde.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar as características pessoais e profissionais de médicos da APS.
2. Conhecer os significados da morte e do morrer.
3. Conhecer os sentimentos de morte de pacientes da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais médicos.

4 METODOLOGIA

Nesta seção se descreverá os conteúdos relacionados com o local do estudo, delimitação, participantes, amostra, amostragem, critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa. Serão ainda informados a coleta de dados, pré-teste, estratégia de análise de dados e aspectos éticos da pesquisa.

4.1 Local do estudo

Poços de Caldas é um município brasileiro, situado no estado de Minas Gerais, no sudeste do país. Está localizado na mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas. Segundo estimativa do IBGE para 1º de julho de 2017, é o 15º município mais populoso do estado com 166.085 habitantes.¹⁵

A história de Poços de Caldas começou a ser escrita a partir da descoberta de suas primeiras fontes e nascentes, no século 18. As águas raras e com poder de cura foram responsáveis pela prosperidade da cidade quando as terras começaram a ser ocupadas por ex-garimpeiros, que passaram a se dedicar à criação de gado.¹⁵

Na época, 1818, a região pertencia ao capitão José Bernardes Junqueira. Quando o senador Joaquim Floriano Godoy declarou de utilidade pública os terrenos junto aos poços de água sulfurosa, determinou também a desapropriação do local. O próprio capitão se encarregou de doar 96 hectares e suas terras para a fundação da cidade. O ato foi assinado no dia 6 de novembro de 1872, data em que se comemora o aniversário de Poços de Caldas.¹⁵

Desde 1886, funcionava na cidade uma casa de banho, utilizada para tratamento de doenças cutâneas. Ela se servia da água sulfurosa e termal da fonte da Praça Dom Pedro 2º. Em 1889, foi fundado, por Pedro Sanches, outro estabelecimento para o mesmo fim, captando água da Fonte Pedro Botelho. Ali, a água sulfurosa subia até os depósitos por pressão natural.¹⁵

Em outubro de 1886, Poços recebeu o Imperador Dom Pedro 2º. Ele veio acompanhado da imperatriz Tereza Cristina, para a inauguração de um ramal da Estrada de Ferro Mogiana. Três anos depois, a cidade foi desmembrada do distrito de Caldas e

elevada à categoria de vila e município. Seu nome tem relação com a história da família real portuguesa. Na época em que foram descobertos os poços de água sulfurosa e térmica, a cidade de Caldas da Rainha, em Portugal, já era uma importante terma utilizada para tratamentos e muito frequentada pela família real. Caldas possui o mais antigo hospital termal em funcionamento no mundo, desde o século 16. Como as fontes eram poços utilizados por animais, veio o nome Poços de Caldas.¹⁵

Em 1931, foram construídas as Thermas Antônio Carlos, um dos mais belos prédios da cidade. O balneário passou a oferecer uma série de serviços e tratamentos corporais a partir do uso da água termal, até então inexistentes no Brasil.¹⁵

Na década de 40, era dos cassinos, Poços recebia a visita da aristocracia brasileira, que passava frequentava os salões do Palace Casino e do Palace Hotel. O presidente Getúlio Vargas tinha uma suíte especial no hotel, com a mesma decoração da que ele usava no Palácio do Catete, no Rio de Janeiro, então capital do país. O quarto ainda hoje preserva os móveis e o estilo da época. Mas uma das maiores atrações do hotel continua sendo sua piscina térmica, construída num suntuoso salão sustentado por colunas de mármore de carrara.¹⁵

A proibição do jogo, em 1946, e a descoberta do antibiótico tiveram forte impacto para o turismo na cidade. O termalismo deixou de ser a maneira mais eficaz de tratar as doenças para as quais era indicado. E os cassinos foram fechados. A economia de Poços sofreu um grande abalo, mas a fase ruim foi superada com a mudança de foco no turismo. A classe média e grandes grupos passaram a frequentar as termas, a visitar as fontes e outros pontos de atração da cidade. Além disso, a cidade abrigou várias indústrias, impulsionando a economia.¹⁵

As primeiras indústrias de porte instalaram-se nos anos 70, explorando as grandes jazidas de bauxita. A atividade industrial representa hoje cerca de 57,26% da arrecadação municipal, contra 18% do setor primário e 18% do terciário.¹⁵

Hoje, Poços de Caldas possui um dos melhores IDHs (Índice de Desenvolvimento Humano) do Estado e um fluxo maciço de turistas. Seu novo Distrito Industrial vem atraindo empresas multinacionais para a cidade. O investimento também é dirigido ao empresariado local, que conta com programa de incentivo da Prefeitura.¹⁵

A agricultura também é ponto forte do município, com destaque para os cafés especiais. O projeto Cafés Vulcânicos pretende criar uma identidade regional para diversos produtos, iniciando pelo café de alta qualidade produzido em solo vulcânico.¹⁵

Em maio de 2017, Poços de Caldas passou a pertencer à Associação Europeia Termal e Histórica (European Historic Thermal Towns Association), após assinatura de termo de adesão, em Caldas da Rainha (Portugal), tornando-se cidade fora da Europa a integrar o roteiro, formado por importantes balneários europeus.¹⁵

No referente à educação, em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 6.1 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 5. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 400 de 853. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 191 de 853. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97.7 em 2010. Isso posicionava o município na posição 417 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 2574 de 5570 dentre as cidades do Brasil.¹⁶

A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 97,7% .¹⁶

Alguns dos principais indicadores demonstram que Poços de Caldas está próximo de apresentar parâmetros considerados ideais pela organização mundial de saúde. A cidade tem seis hospitais, dois deles municipais e ao todo são 427 leitos disponíveis.¹⁷

Poços é uma estância balneária e climática conhecida internacionalmente. As fontes de águas medicinais são bem equipadas e dispõem de equipes médicas que controlam o atendimento e orientam os tratamentos.¹⁷

Na área de assistência social, a cidade conta com extensa rede de instituições, que atendem a infância e adolescência, portadores de deficiência, mulheres e gestantes, desempregados, idosos, portadores de HIV, migrantes, dependentes químicos e pacientes com necessidade de tratamento fora do município.¹⁷

O Sistema Municipal de Saúde está atualmente estruturado para oferecer programas específicos voltados à saúde preventiva e curativa, dirigidos às várias faixas e grupos distintos, como gestantes, diabéticos, hipertensos, saúde mental, Aids e saúde bucal, oferecem todo apoio necessário aos munícipes carentes.¹⁷

Segundo o plano municipal de saúde 2018-2021, o município conta com 33 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 27 na área urbana e 6 na área rural, com 33 Equipes de Saúde da Família cadastradas, 10 equipes de Saúde Bucal e 03 Equipes de Núcleo Apoio a Saúde da Família/NASF. Além disso, possui 03 Unidades Básicas de Saúde (UBS); o Programa Materno Infantil; uma Equipe de Atenção Domiciliar (fora de área); 02 Consultórios Volantes de Odontologia; e 01 consultório odontológico no centro de referência DST/AIDS, 03 Consultórios Odontológicos na Zona Rural, 03 Consultórios Odontológicos na Regional Sul, 11 Consultórios Odontológicos nas UBS.¹⁸

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 7.42 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 532 de 853 e 658 de 853, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3781 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente.¹⁶

Apresenta 98% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 76.6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 74.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 4 de 853, 262 de 853 e 14 de 853, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 67 de 5570, 2671 de 5570 e 53 de 5570, respectivamente.¹⁶

4.2 Delineamento

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritiva exploratório. O estudo exploratório tem por objetivo compreender processos em que o ambiente social influencia no estilo de vida de um grupo de indivíduos ainda não pesquisado.¹⁹

A pesquisa exploratória é realizada quando o tema escolhido, por ser uma novidade, ainda não possui referências e não apresenta hipóteses consistentes para servir de subsídios para se iniciar a pesquisa. Serve, portanto, para a formulação de um problema para investigações mais fidedignas ou para elaboração de hipóteses.¹⁹

4.3 Discurso do Sujeito Coletivo

Para conhecer os significados e os sentimentos de morte por médicos da atenção primária sob o referencial das Representações Sociais, a opção pela abordagem qualitativa e o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) serão os mais adequados para a construção dessas informações, permitindo assim, a aproximação com o fenômeno em estudo.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma ferramenta de tabulação e organização de dados qualitativos, desenvolvido por Lefevre e Lefevre no fim da década de 90, e tem como princípio a teoria da Representação Social. O DSC é um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido similares, através de procedimentos sistemáticos e padronizados.²⁰

Ele representa uma mudança nas pesquisas qualitativas, pois permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma população sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos.²⁰

A metodologia do DSC preocupa-se com a criação de uma conexão entre o senso comum e o conhecimento científico partindo da reconstituição de um pensamento coletivo, com base na Teoria das Representações Sociais, perpassando também as perspectivas metodológicas qualitativa e quantitativa. Isso permite acessar o conhecimento e o saber habituais, tratando os indivíduos como possuidores de uma personalidade racional e cognitiva compartilhada.²¹

O DSC tem como princípio os pressupostos da Teoria das Representações Sociais e permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, somar depoimentos sem reduzi-los a quantidades.²⁰

As representações sociais são ferramentas sócio cognitivos que as pessoas utilizam para expressarem, no seu cotidiano, juízos ou opiniões; são uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, de uma realidade partilhada por um conjunto social.²⁰

Esses esquemas sócio cognitivos, acessíveis através de depoimentos individuais, necessitam ser reconstituídos através de pesquisas sociais que comportem uma dimensão qualitativa e quantitativa. As perguntas devem ser estrategicamente compostas, de modo a fazer com que as respostas dos indivíduos representem o melhor acesso possível às representações sociais.²⁰

Objetivamente, a metodologia do DSC se baseia em analisar depoimentos e demais materiais verbais que constituem seu principal corpus, retirando de cada um deles as ideias centrais (IC) ou ancoragens a partir de expressões-chave a que se referem. Com base nas ideias centrais/ancoragens e expressões-chave correspondentes, compõem-se um ou vários discursos síntese que são os discursos do sujeito coletivo.²¹

As ideias centrais extraídas do corpus são interpretadas de acordo com seus sentidos e significados, considerando o contexto no qual estão inseridas, transformando discursos de sentido semelhante em um único discurso como algo dito pelo sujeito coletivo em primeira pessoa.²¹

Sistematizado na consideração de que o pensamento individual se expressa conforme um processo de internalização previamente ocorrido e socialmente construído, Lefèvre e Lefèvre (2005) sugere quatro operações para produzir DSCs: (1) Expressões-Chave (E-Ch), (2) Ideias Centrais (IC), (3) Ancoragens (AC), e (4) Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente ditos.²¹

Expressões chave são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento, que melhor descrevem seu conteúdo. Ideias centrais são fórmulas artificiais que descrevem os sentidos presentes nos depoimentos de cada resposta e nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que apresentam sentido semelhante ou complementar. Ancoragens são fórmulas sintéticas que descrevem as ideologias explícitas no material verbal das respostas individuais ou das agrupadas. E, finalmente, discurso do sujeito coletivo é a reunião das E-Ch presentes nos depoimentos, que têm IC e/ou AC de sentido semelhante ou complementar, escrito na primeira pessoa do singular para representar o pensamento de uma coletividade.²⁰

Por conseguinte, o Discurso do Sujeito Coletivo é uma proposta de restauração de um ser empírico coletivo opinante na forma de um sujeito de discurso emitido na primeira pessoa do singular, o qual representa o processo natural de funcionamento das opiniões ou representações sociais.²⁰

Estudos tendo como base o DSC enfatizam que a coleta e a análise dos dados requerem alguns cuidados. Isso posto, descrevem um conjunto de passos para a coleta e para a tabulação dos registros que são detalhadamente apresentados, sobretudo quando se trata da coleta de dados num ambiente experimental. Neste caso, ressaltam que o instrumento Entrevista tem sido o recurso utilizado com mais frequência nos estudos realizados. As etapas de coleta apresentadas são: A escolha dos sujeitos; Elaboração do roteiro de perguntas; Preparo dos entrevistadores; Preparo do ambiente para a entrevista;

preparo do equipamento para gravação; cuidado com o clima de informalidade durante a entrevista.²¹

No referente aos passos para a tabulação dos registros, os autores sugerem o número de cinco, para os quais é adotada uma grade (Instrumento de Análise do Discurso 1) que contém três colunas para o registro das Expressões-chave; Ideias-centrais e anotação da Ancoragem identificada.²² Este instrumento encontra-se em anexo A.

Por último, apresentam outra grade (Instrumento de Análise do Discurso 2) que contém duas colunas para o registro das Expressões-Chave e do DSC propriamente dito o que leva ao Quadro-Síntese final onde estarão demonstrados os resultados, apresentáveis de mais de uma forma.²² Este instrumento encontra-se em anexo B.

4.4 Participantes do estudo, amostra, amostragem, critérios de inclusão e exclusão

Os participantes do estudo foram médicos atuantes na atenção primária, de ambos os sexos, tanto da zona urbana quanto rural, sendo a amostra constituída por 20 profissionais.

Amostragem foi intencional, composta por elementos da população selecionados intencionalmente pelo investigador, porque este considera que esses elementos possuem características típicas ou representativas da população.¹⁹

Critério de inclusão: profissionais médicos atuantes na atenção primária de saúde de Poços de Caldas – MG, com tempo de atuação na estratégia de saúde da família de no mínimo um ano.

Critério de exclusão: médicos que não queiram participar da pesquisa e conteúdo da entrevista gravada que não sejam compatíveis com o enunciado da pergunta do roteiro de entrevista semiestruturada.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos: 1) procedimentos de coleta de dados e 2) instrumentos de pesquisa.

4.5.1 Procedimento de coleta de dados.

a) A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Sapucaí (Univás), Pouso Alegre, MG.

b) Os participantes do estudo foram localizados no local do trabalho, quando foram convidados a participar do estudo e mediante o aceite, foi agendado previamente o dia e horário da entrevista. O local foi a unidade de trabalho do Participante selecionado.

c) Foram explicados os objetivos do trabalho, a metodologia, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a entrevista gravada.

d) Foram retiradas todas as dúvidas do participante.

e) Foi obtida a anuência do entrevistado por meio da assinatura do TCLE, que se encontra em Apêndice C.

f) Os dados foram colhidos pelos pesquisadores deste estudo, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado e pelo instrumento de caracterização pessoal, familiar e profissional dos participantes.

g) A entrevista ocorreu em local tranquilo e sem ruídos. Só teve início após a constatação pelo entrevistador que o participante se encontrava à vontade e descontraído em relação ao gravador. Em primeiro lugar, foi aplicado o instrumento de caracterização pessoal, familiar e profissional e, a seguir, ocorreu a entrevista gravada.

h) Finalmente, é importante mencionar que o TCLE foi assinado e rubricado em duas vias, ficando uma delas com o entrevistado e a outra com a pesquisadora.

4.5.2 Instrumentos de pesquisa.

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) Caracterização pessoal, familiar e profissional de médicos da atenção primária. Este instrumento será formado por perguntas abertas e fechadas, referentes à idade, sexo, estado civil, especialização, tempo de formado e outras, sendo elaborado pelos autores do estudo. (APÊNDICE A)

2) Roteiro de entrevista semiestruturada formada por duas perguntas, sendo uma delas sobre os significados de morte e morrer enquanto profissional e a segunda sobre os sentimentos emergentes diante da terminalidade da vida dos pacientes atendidos em suas respectivas áreas adscritas. (APÊNDICE B)

3) Instrumento de Análise do Discurso 1 (IAD 1) que contém três colunas para o registro das Expressões-chave; Ideias-centrais e anotação da Ancoragem identificada.¹⁴ Este instrumento encontra-se em anexo A.

4) Instrumento de Análise do Discurso 2 (IAD 2) que contém duas colunas para o registro das Expressões-Chave e do DSC propriamente dito o que leva ao Quadro-Síntese final onde estarão demonstrados os resultados, apresentáveis de mais de uma forma.⁸ Este instrumento encontra-se em anexo B.

4.6 Pré-teste

O pré-teste refere-se à aplicação prévia dos instrumentos elaborados com a finalidade de verificar a compreensibilidade, tempo de entrevista e preparo do entrevistador para a coleta definitiva. Deve ser realizado com 5 a 10% do tamanho da amostra, que não fará parte da mesma, porém os entrevistados deverão estar de acordo com os critérios de inclusão.²³

O presente estudo, conforme mencionado anteriormente, foi realizado com médicos da APS, de ambos os sexos, tanto da zona urbana quanto rural, sendo a amostra constituída por 20 profissionais. Foi realizado o pré-teste com 2 médicos da APS objetivando a compreensibilidade dos instrumentos elaborados para este estudo. Diante de qualquer dificuldade de compreensão os instrumentos foram modificados ou adaptados de acordo com sugestões dos participantes. Além de preparar a pesquisadora para a pesquisa, o pré-teste foi um indicador do tempo necessário para a realização da coleta de dados, o que pode ser informado previamente ao participante.

4.7 Estratégia de análise dos dados

Para obtenção dos dados referentes às características pessoais, familiares e profissionais foi elaborado e “alimentado” um banco de dados utilizando-se o programa computacional SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22.

Em relação às estratégias de análises de dados desse banco, foi utilizada a estatística descritiva (frequência e porcentagem para as variáveis categóricas) e as medidas de tendência e dispersão central para as variáveis numéricas ou contínuas.

No que se refere aos dados qualitativos foi seguida a metodologia do DSC. De acordo com as diretrizes deste método, foram adotadas neste estudo três figuras metodológicas: Expressões-chave, Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo. Para o tratamento e análise dos dados, foi obedecida rigorosamente a ordem das etapas seguintes.

1ª etapa: Antes do início da transcrição dos dados, as respostas por escrito das questões foram lidas várias vezes, para que se tenha uma ideia panorâmica e melhor compreensão dos textos. Com os discursos escritos, foi realizada a transcrição literal deles.

2ª etapa: Foi efetuada a leitura exaustiva de todo o material transcrito, em dois momentos distintos: no primeiro, a leitura de todas as respostas de cada um dos usuários, na sua totalidade; num segundo momento, cada resposta foi lida isoladamente, ou seja, a questão 1 de todos os respondentes, assim como a questão 2.

3ª etapa: Foi copiado integralmente o conteúdo de todas as respostas inerentes à questão 1 de cada respondente no Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1), representando as ECH em itálico (Anexo B). De posse das ECH, e após leitura de cada uma, foi identificada a sua ideia central. Tomamos o cuidado para que a ideia central represente a descrição das ECH e não a sua interpretação. Este mesmo procedimento foi realizado também com a segunda questão. Em seguida, se agrupou as ideias centrais de mesmo sentido, sentido equivalente e sentido complementar. Identificou-se cada agrupamento com as letras: A, B, C e outras.

4ª etapa: Consistiu em denominar cada um dos agrupamentos por A, B, C e outros, o que, na realidade, implicou em criar uma ideia central – síntese, que expresse, da melhor maneira possível, todas as ideias centrais de mesmo sentido, assim como as ideias centrais semelhantes e complementares. Algumas vezes todas ou várias ideias centrais puderam obter o mesmo nome.

5ª etapa: Elaboração do Instrumento de Análise do Discurso 2 (IAD2), que pode obter separadamente cada ideia central com as suas respectivas ECH semelhantes ou complementares (Anexo C).

6ª etapa: Foi extraído de cada uma das perguntas da entrevista semiestruturada o seu tema e agruparam-se ao mesmo as suas respectivas IC, assim como os voluntários, representados pelo seu número de entrevistados e as frequências das ideias centrais. Tudo isso foi apresentado por meio de quadros. Finalmente, foram construídos os DSC, separadamente, de cada ideia central, com as suas respectivas ECH.

4.8 Estratégia de apresentação de dados

Os resultados estão apresentados em figuras, tabelas e quadros, de acordo com a natureza dos dados.

4.9 Ética na pesquisa

O presente estudo seguiu os preceitos estabelecidos pela resolução 466/12, de 12/12/2012, que trata da ética da pesquisa em seres humanos. Foram respeitados os valores, a cultura e a autonomia do médico em querer participar ou não, assim como será mantido seu anonimato e estabelecida a confiança entre pesquisadora e pesquisado. Cabe ao entrevistado o direito de deixar de participar do estudo em qualquer momento em que ele se encontre, independente da fase do estudo. Isto será expresso pelo ato de solicitação de sua retirada da investigação. O anonimato total é um dever do investigador e, em hipótese alguma, é permitido algum tipo de revelação, seja parcial ou total. A confidencialidade deve ser estabelecida pelo investigador, ouvindo atentamente a pessoa, prometendo-lhe sigilo frente a todas as questões respondidas ou informadas, assim como surgidas durante o processo da entrevista.

A ética da pesquisa vai além dos aspectos legais, da própria pesquisa, dos seus resultados e do interesse do investigador. O participante não é um meio, mas a essência no desenvolvimento de uma investigação.

Autorização para a coleta de dados foi solicitada ao Secretário Municipal de Saúde, conforme solicitação presente em apêndice D. A carta de autorização devidamente assinada pelo secretário municipal de saúde encontra-se em anexo C.

Para oficializar a participação no estudo, o integrante da pesquisa assinou o termo de consentimento livre e esclarecido. Encontra-se em apêndice C.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa no dia 23 de Julho de 2019, com o número do parecer 3.466.729 e CAAE 14826119.8.0000.5102. Parecer consubstanciado encontra-se em Anexo D.

5 RESULTADOS

Tabela 1 - Características Sociodemográficas

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Média	Desvio Padrão
Sexo				
Masculino	9	45%	-	-
Feminino	11	55%	-	-
Idade			37,05	8,91
Estado Conjugal				
Solteiro	7	35%	-	-
Casado	10	50%	-	-
Outros	3	15%	-	-
Religião				
Católica	11	55%	-	-
Evangélica	3	15%	-	-
Outra	6	30%	-	-
Filhos				
Sim	10	50%	-	-
Não	10	50%	-	-
Número de Filhos	-	-	2,1	0,74

Fonte: Instrumento próprio de características sociodemográficas encontrado em Apêndice A.

A amostra foi de 20 médicos, sendo 55% mulheres; no relativo à idade dos entrevistados, o mais jovem tinha 28 anos e o mais velho 62 anos, a média de idade foi de 37,05 anos (DP foi de 8,91); o estado conjugal predominante foi casado, correspondendo a 50% da amostra; no referente à religião, 55% se declararam católicos; e no quesito filhos, 50% declararam sim, com média de 2,1 filhos (DP0,74).

Tabela 2 - Características profissionais

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Média	Desvio Padrão
Conclusão curso de medicina (anos)	-	-	11,25	9,39
Residência Médica				
Sim	18	90%	-	-
Não	2	10%	-	-
Tempo ESF	-	-	5,81	3,61
Participou eventos científicos últimos 5 anos				
Sim	19	95%	-	-
Não	1	5%	-	-
Atuação profissional além do médico de família				
Sim	15	75%	-	-
Não	5	25%	-	-

Fonte: Instrumento próprio de características sociodemográficas encontrado em Apêndice A.

No referente ao tempo de formação, a média de anos foi de 11,25 (DP 9,39), sendo a variação de 2 a 39 anos de conclusão do curso; 90% dos entrevistados declararam residência médica ou especialização; o tempo de atuação na ESF teve média de 5,81 anos (DP 3,61), sendo o tempo mínimo 1,5 ano e máximo 13 anos; no concernente a participação em eventos científicos nos últimos 5 anos, 95% responderam sim; e em relação a atuação profissional, 75% atuavam em áreas além das unidades de saúde.

Em relação aos significados de morte e morrer descritos pelos participantes, segue os dados abaixo:

Foram extraídos de cada uma das perguntas da entrevista semiestruturada o seu tema e agruparam-se ao mesmo as suas respectivas IC, assim como os voluntários, representados pelo seu número de entrevistados e as frequências das ideias centrais. Representados pelos quadros a seguir.

Quadro 1 - Ideias centrais, participantes e total referentes ao tema 1: Significados de morte e morrer

Número	Ideia central	Frequência das IC	Total
1	final do processo dos seres vivos	1, 6	2
2	fim de um ciclo	2, 3, 13, 16, 19, 20.	6
3	natural e inevitável	3, 8.	2
4	Natural	6, 10, 11,17.	4
5	Inevitável	4.	1
6	direito das pessoas	4.	1
7	Passagem	5, 15, 18.	3
8	“coisa muito ruim”	5.	1
9	morte é o fim	6, 10, 11, 17.	4
10	faz parte de um ciclo	6.	1
11	“fim de uma fase de sofrimento”	7	1
12	“morte não é o fim”	9	1
13	“ausência de sinais vitais”	14, 18.	2
	TOTAL		13

Fonte: IAD 1.

Quadro 2 - Ideias centrais agrupadas relacionadas com o tema 1: Significados de morte e morrer

Ideias centrais iguais, semelhantes e complementares.	Ideias centrais agrupadas.
final do processo dos seres vivos fim de um ciclo morte é o fim Faz parte de um ciclo	Fim de um ciclo da vida.
natural e inevitável natural inevitável	Algo natural e inevitável.
Direito das pessoas.	Direito das pessoas.
Passagem	Passagem.
“Coisa muito ruim”	Algo muito ruim.
Fim de uma fase de sofrimento	Fim de uma fase de sofrimento.
Morte não é o fim	Morte não é o fim.
Ausência de sinais vitais	Ausência de sinais vitais.

Fonte IAD 1

Quadro 3 - Ideias centrais, participantes e total pós agrupamento referentes ao tema 1: significados de morte e morrer

N	Ideia central	Participantes	Total
1	Fim de um ciclo da vida.	1, 2, 3, 6, 10, 13, 16, 17, 19, 20.	10
2	Algo natural e inevitável.	3, 4, 6, 8, 10, 12, 16.	7
3	Morte é o fim.	6, 10, 11, 17.	4
4	Passagem	5, 15, 18.	3
5	Ausência de sinais vitais”.	14, 18.	2
6	Direito das pessoas.	4.	1
7	“Coisa muito ruim”.	5.	1
8	“fim de uma fase de sofrimento”	7	1
9	Morte não é o fim”.	9	1

Fonte IAD 1



Figura 1 - Significados de morte e morrer

Fonte: IAD 1: As representações do tema “Significados de morte e morrer” foram: “Fim de um ciclo da vida”, “algo natural e inevitável”, “morte não é o fim”, “passagem”, “ausência de sinais vitais”, “direito das pessoas”, “coisa muito ruim”, “fim de uma fase de sofrimento”, “morte não é o fim”.

Discursos do sujeito coletivo referentes ao tema 1: significados de morte e morrer.

Primeira ideia central: Fim do ciclo da vida.

A morte é o fim de um ciclo, tudo que começa termina. Enquanto profissional, eu colocaria que o processo de morte e morrer é um processo de transição, ele é o final de uma parte do processo dos seres vivos que passa para uma outra fase, quando todas as funções biológicas se acabam. Isso vai acontecer com todos nós, o mais importante é que isso seja feito com qualidade de vida.

Segunda ideia central: Natural e inevitável

É um processo natural da vida, é uma coisa que temos que saber que vai acontecer. Por mais que tentemos lutar pelos pacientes, vai chegar um momento que não dá mais. Não tem como evitar a morte. Tem como evitar que ela se antecipe para alguns eventos, mas evitar a morte não. Algo inevitável. Do ponto de vista médico o que mais me importa é como, dentro desse tempo que eu estou atuando, eu já vejo que percebo isso como uma coisa natural da vida e também eu sinto que não sou só eu a responsável, não é uma derrota.

Terceira ideia central: A morte é o fim.

A morte é o fim e o morrer é um processo. Acho que as duas coisas são naturais, elas vão acontecer mesmo e nós temos que compreender e entender isso. Morte é morte e eu não acredito em reencarnação. Sem misticismo, sem nenhuma continuidade, geralmente é assim que eu penso. A morte para mim, que não tenho religião, é o fim da vida.

Quarta ideia central: Passagem.

A morte na minha cabeça é uma passagem. Eu não sou atea, acredito muito na parte espiritual e, portanto, não acredito que o corpo acabe e ponto final. Acredito que existe um outro lugar para essa parte invisível que temos, seja a alma, seja o espírito ou outra denominação. Para mim, o significado é passar para outro plano.

Quinta ideia central: Ausência de sinais vitais.

Como profissional, a morte significa a ausência de sinais vitais naquele momento, a falência de órgãos e a parada cardiorrespiratória. Isso é o sinal de morte.

Sexta ideia central: Direito das pessoas.

Como um evento que não pode ser evitado, eu diria que isso é um direito que as pessoas têm.

Sétima ideia central: Coisa muito ruim.

A morte significa para mim uma coisa muito ruim, ainda que a gente saiba em relação à religião e tudo depois, para mim ainda traz muita dor. Eu não consigo enfrentar a morte bem, como a maioria dos outros médicos enfrentam. Eu não tenho essa frieza, essa facilidade de enfrentar, para mim a morte é uma passagem muito difícil e muito ruim, me remete só a coisas ruins.

Oitava ideia central: Fim de uma fase de sofrimento.

Eu acho que depende de cada caso que a gente analisa, porque pode ser o fim de uma fase de sofrimento ou uma fatalidade que às vezes acontece com uma pessoa jovem, o que acaba entrando como uma situação de fatalidade.

Nona ideia central: Morte não é o fim.

Eu acredito que a morte não é o fim, não é o fim de tudo.

Dados referentes ao tema 2: sentimentos de morte e morrer.

Quadro 4 - Ideias centrais, participantes e total referentes ao tema 2: Sentimentos de morte e morrer

Número	Ideia central	Frequência das IC	Total
1	Perda	1, 3, 13, 18.	4
2	Resignação	1	1
3	Feliz	1	1
4	Frustração	1, 10	2
5	Tristeza.	1, 4, 9, 12, 17, 20.	6
6	Culpa	2	1
7	Angústia	3	1
8	”Muito difícil”.	5	1
9	Medo que a pessoa sofra.	6	1
10	Desconhece seu sentimento.	7	1
11	Sentimento de pesar.	8	1
12	Deprimida	9	1
13	Conformada	9	1
14	Impotência.	9, 14.	2
15	“Abalo”.	11	1
16	Chateado, triste e chocado.	12	1
17	Doloroso	13	1
18	Tristeza e impotência.	14	1
19	Tédio, tristeza e desesperança	15	1
20	Incômodo.	16	1
21	Paz	16	1
22	Ruim e de impotência.	19	1
23	Perda, decepção ou incapacidade.	20	1
	TOTAL		23

Fonte IAD 1

Quadro 5 - Ideias centrais agrupadas relacionadas com o tema 2: Sentimentos de morte e morrer

Ideias centrais iguais, semelhantes e complementares.	Ideias centrais agrupadas.
Perda Perda, decepção ou incapacidade Frustração Tristeza Culpa Angústia “Muito difícil” “Medo que a pessoa sofra”. Pesar Deprimida Impotência Abalo Chateado, triste e chocado Doloroso Tristeza e impotência Tédio, tristeza e desesperança Incômodo Ruim e de impotência Perda, decepção ou incapacidade.	Sentimentos negativos.
Feliz Paz Resignação Conformada	Sentimentos positivos.
Desconhece seus sentimentos	Ausência de sentimentos.

Fonte IAD 1

Quadro 6 - Ideias centrais, participantes e total pós agrupamento referentes ao tema 2: sentimentos de morte e morrer

N	Ideia central	Participantes	Total
1	Sentimento negativo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.	19
2	Sentimento positivo	1, 1, 9, 16.	4
3	Desconhece sentimento	7	1

Fonte IAD 1

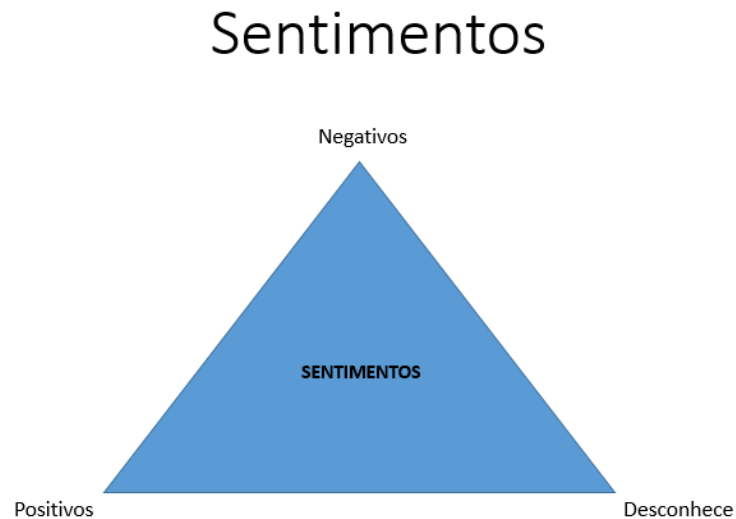


Figura 2 - Sentimentos relacionados a morte e morrer.

Fonte IAD 1: As representações do tema “Sentimentos relacionados a morte e morrer” foram: Positivos, negativos e desconhece.

Discursos do sujeito coletivo referentes ao tema 2: sentimentos relacionados a morte e morrer.

Primeira ideia central: Sentimentos negativos

Acho que quando eu comecei atuar eu tinha um sentimento de perda e às vezes até de inutilidade, de não saber lidar, de questionar se foi por alguma coisa que eu não tinha feito que tinha acabado falecendo. O sentimento em relação à morte para mim ainda é muito difícil, tenho muita dificuldade de enfrentar, porque a gente não quer perder aquele paciente. Fico incomodado quando existia a possibilidade de eu fazer algo para prolongar a vida da pessoa. Um sentimento de impotência, como se eu não tivesse conseguido retardar mais esse processo, eu posso sentir uma frustração em relação a perda dele, principalmente se eu achar que a gente não usou todos os meios para evitar aquela morte. A gente pode fazer até onde que é possível, pois tem muita coisa que não está em nosso alcance, e não me gera hoje uma aflição, uma angústia. Às vezes, um pesar pela família. Com umas pessoas que estão mais próximas obviamente que a gente sente a tristeza da separação, mas continua acreditando que é o direito de cada um passar pela morte, de uma forma digna, de preferência não sofrida. Eu me sinto mal e agoniado se esse paciente sofre. Na atenção básica, a única coisa que me dá desespero é a morte dolorosa e aí eu quero intervir para que não seja, pois estamos dentro da casa do paciente, então temos uma relação mais afetiva com o paciente e, com certeza, abala. É um sentimento muito doloroso, porque acabamos tendo muito contato com a mesma população. Criamos um vínculo muito grande, o que faz com que acabe sendo uma perda quando a gente tem o falecimento daquele paciente, vemos o sofrimento da família. Eu sinto medo que a pessoa sofra, eu tenho medo do sofrer do outro. Eu fiquei muito triste da primeira vez e continuo ficando triste. Não é somente a gente, mas a equipe inteira, que fica sabendo, e acaba tendo um sentimento. Apesar da gente tentar se afastar às vezes, tentar divisão do profissional do pessoal, acabamos sentindo sim. É um sentimento ruim de tristeza. Você fica triste, você cria um vínculo próximo de uma amizade com algumas pessoas ao longo do tempo e aí você sente como se fosse um amigo. Eu sinto a perda e, dependendo do caso, um pouco de decepção ou incapacidade, pois são pacientes muito frequentes, você os vê toda semana, conhece toda história de vida, da família, e quando se perde, dá um sentimento ruim e de impotência.

Segunda ideia central: Sentimentos positivos

O sentimento acaba às vezes sendo um pouco confuso de perda, mas ao mesmo tempo de resignação, eu me sinto às vezes resignado em saber que isso faz parte do processo. E ter uma boa morte às vezes é bom. Às vezes penso que algumas pessoas, não todas, mas algumas pessoas, conseguiram ter uma boa morte, uma pessoa que morreu tranquilo, uma pessoa que conseguiu morrer assistida minimamente com os entes queridos próximos. Eu acho que eu penso com um pouco de resignação o fato de que a gente não tem que lutar contra a morte, uma luta inglória, quando eu fiz tudo que podia e não tinham mais expectativas de qualidade de vida, eu fico em paz comigo mesmo, eu me sinto às vezes feliz com o final de um processo bom. No começo foi difícil de lidar com a morte. Hoje em dia, não é que a gente fica frio, mas eu fico mais conformada.

Terceira ideia central: Desconhece sentimentos

É uma situação que eu não sei exatamente o que te falar sobre o que eu sinto sobre a morte.

6 DISCUSSÃO

Não foi possível definir se gênero, idade, estado conjugal, filhos, tempo de conclusão do curso de medicina, residência médica, tempo de atuação na ESF, atualização nos últimos 5 anos ou atuação profissional além de médico de família e comunidade interferem na relação dos profissionais com a morte. Na bibliografia revisada não foram encontrados estudos que versassem sobre tais relações.

Conforme comparação da presente pesquisa e da bibliografia utilizada, foi possível perceber uma relação com o processo de morte e morrer e a espiritualidade e religiosidade. Estudos mostram que a espiritualidade é um meio de ascensão em saúde que ultrapassa os limites do saber científico da biomedicina, que muitas vezes não consegue responder aos diversos aspectos do sujeito, como as físicas, as psíquicas, as sociais e as espirituais.⁹

A seguir serão feitas considerações sobre as principais ideias centrais relacionadas aos significados de morte encontrados. Serão usados os DSC para exemplificar as mesmas, sendo alguns agrupados de acordo com pertencer ao mesmo núcleo de sentido.

IC: “Fim de um ciclo”

“A morte é o fim de um ciclo, tudo que começa termina. Enquanto profissional, eu colocaria que o processo de morte e morrer é um processo de transição, ele é o final de uma parte do processo dos seres vivos que passa para uma outra fase, quando todas as funções biológicas se acabam. Isso vai acontecer com todos nós, o mais importante é que isso seja feito com qualidade de vida”.

IC: “Natural e inevitável”

“É um processo natural da vida, é uma coisa que temos que saber que vai acontecer. Por mais que tentemos lutar pelos pacientes, vai chegar um momento que não dá mais. Não tem como evitar a morte. Tem como evitar que ela se antecipe para alguns eventos, mas evitar a morte não. Algo inevitável. Do ponto de vista médico o que mais me importa é como, dentro desse tempo que eu estou atuando, eu já vejo que percebo isso como uma coisa natural da vida e também eu sinto que não sou só eu a responsável, não é uma derrota”.

IC: “A morte é o fim”.

“A morte é o fim e o morrer é um processo. Acho que as duas coisas são naturais, elas vão acontecer mesmo e nós temos que compreender e entender isso. Morte é morte e eu não acredito em reencarnação. Sem misticismo, sem nenhuma continuidade, geralmente é assim que eu penso. A morte para mim, que não tenho religião, é o fim da vida”.

Conforme exemplificado nos discursos acima, fica posto a ideia da morte e morrer como um processo biológico que encerra vida. O que vai ao encontro de estudos que apontam que nenhuma outra conjuntura vital é capaz de desencadear, nos seres humanos, mais pensamentos movidos pela emoção e reações emocionais que ela, seja no indivíduo que está morrendo, seja naqueles à sua volta. O conceito tradicional de morte biológica, definido como o instante da parada dos batimentos cardíacos, tornou-se ultrapassado. Na atualidade, ela é vista como um processo, como um fenômeno progressivo, e não mais como um momento ou ocorrência.⁷

IC: “Ausência de sinais vitais”.

“Como profissional, a morte significa a ausência de sinais vitais naquele momento, a falência de órgãos e a parada cardiorrespiratória. Isso é o sinal de morte”.

IC: “Direito das pessoas”.

“Como um evento que não pode ser evitado, eu diria que isso é um direito que as pessoas têm”.

IC: “Fim de uma fase de sofrimento”.

“Eu acho que depende de cada caso que a gente analisa, porque pode ser o fim de uma fase de sofrimento ou uma fatalidade que às vezes acontece com uma pessoa jovem, o que acaba entrando como uma situação de fatalidade”.

Nas ideias centrais acima podemos nos deparar com as diferentes concepções e percepções no significado da morte. Enquanto para um pode significar apenas a ausência de sinais vitais, para outro entra como algo que as pessoas têm direito ou o fim de uma fase de sofrimento. Ainda que a morte seja encarada como algo inerente ao que é vivo, a finitude da vida é uma concepção social com variações de acordo com os significados que são compartilhados pelos indivíduos, tendo em vista o contexto social no qual estão inseridos. Destaque-se que, ao longo do processo civilizatório, morte e finitude assumem novas formas de enfrentamento, diferenciando-se muito de acordo com as diferentes culturas existentes.⁷

IC: “Passagem”.

“A morte na minha cabeça é uma passagem. Eu não sou atea, acredito muito na parte espiritual e, portanto, não acredito que o corpo acabe e ponto final. Acredito que existe um outro lugar para essa parte invisível que temos, seja a alma, seja o espírito ou outra denominação. Para mim, o significado é passar para outro plano”.

IC: “Morte não é o fim”.

“Eu acredito que a morte não é o fim, não é o fim de tudo”.

As ideias centrais acima vão de encontro a estudos que apontam a espiritualidade como uma estratégia importante de enfrentamento diante de situações que causam impacto na vida das pessoas.¹¹ Os profissionais da saúde se deparam constantemente com a morte. Eles esbarram com a força da espiritualidade como um meio de ascensão em saúde que ultrapassa os limites do saber científico da biomedicina, que muitas vezes não consegue responder aos diversos aspectos do sujeito, como as físicas, as psíquicas, as sociais e as espirituais.⁹

IC: “Coisa muito ruim”.

“A morte significa para mim uma coisa muito ruim, ainda que a gente saiba em relação à religião e tudo depois, para mim ainda traz muita dor. Eu não consigo enfrentar a morte bem, como a maioria dos outros médicos enfrentam. Eu não tenho essa frieza, essa facilidade de enfrentar, para mim a morte é uma passagem muito difícil e muito ruim, me remete só a coisas ruins”.

Na ideia central acima podemos perceber a dificuldade de enfrentamento da morte. Os profissionais da saúde percebem a terminalidade como uma fase difícil, podendo provocar sintomas como estresse e impotência. A atuação dos mesmos no processo de morrer do paciente, tem o poder de influenciá-los de modo direto, despertando vários sentimentos. O sentimento de insuficiência sentido por diversos profissionais é causado até pela sua própria formação, a maneira como foram capacitados para preservar e curar o indivíduo.⁹

Podemos perceber ainda nesta fala uma lacuna na formação profissional, que muitas vezes não trata de tanatologia. Conforme sinalizam Souza e Lemônica a universidade é pouco preocupada com a formação humana de seus alunos, sobressaindo pela informação técnica, ou seja, o futuro profissional sairá da academia prejudicado, pois se sentirá despreparado para assumir e resolver situações que estão para além da técnica, e o manejo aos pacientes terminais é um desses casos.⁴

No referente aos sentimentos descritos pelos participantes serão feitas considerações sobre as principais ideias centrais encontradas, utilizando os DSC para exemplificar as mesmas. Os sentimentos foram agrupados em sentimentos positivos, negativos e não soube descrever, levando em consideração sentimentos relacionados às dificuldades descritas pelos participantes em relação a morte e o morrer.

IC: Sentimentos negativos.

“Acho que quando eu comecei atuar eu tinha um sentimento de perda e às vezes até de inutilidade, de não saber lidar, de questionar se foi por alguma coisa que eu não tinha feito que tinha acabado falecendo. O sentimento em relação à morte para mim ainda é muito difícil, tenho muita dificuldade de enfrentar, porque a gente não quer perder aquele paciente. Fico incomodado quando existia a possibilidade de eu fazer algo para prolongar a vida da pessoa. Um sentimento de impotência, como se eu não tivesse conseguido retardar mais esse processo, eu posso sentir uma frustração em relação a perda dele, principalmente se eu achar que a gente não usou todos os meios para evitar aquela morte. A gente pode fazer até onde que é possível, pois tem muita coisa que não está em nosso alcance, e não me gera hoje uma aflição, uma angústia. Às vezes, um pesar pela família. Com umas pessoas que estão mais próximas obviamente que a gente sente a tristeza da separação, mas continua acreditando que é o direito de cada um passar pela morte, de uma forma digna, de preferência não sofrida. Eu me sinto mal e agoniado se esse paciente sofre. Na atenção básica, a única coisa que me dá desespero é a morte dolorosa e aí eu quero intervir para que não seja, pois estamos dentro da casa do paciente, então temos uma relação mais afetiva com o paciente e, com certeza, abala. É um sentimento muito doloroso, porque acabamos tendo muito contato com a mesma população. Criamos um vínculo muito grande, o que faz com que acabe sendo uma perda quando a gente tem o falecimento daquele paciente, vemos o sofrimento da família. Eu sinto medo que a pessoa sofra, eu tenho medo do sofrer do outro. Eu fiquei muito triste da primeira vez e continuo ficando triste. Não é somente a gente, mas a equipe inteira, que fica sabendo, e acaba tendo um sentimento. Apesar da gente tentar se afastar às vezes, tentar divisão do profissional do pessoal, acabamos sentindo sim. É um sentimento ruim de tristeza. Você fica triste, você cria um vínculo próximo de uma amizade com algumas pessoas ao longo do tempo e aí você sente como se fosse um amigo. Eu sinto a perda e, dependendo do caso, um pouco de decepção ou incapacidade, pois são pacientes muito frequentes, você os vê toda semana, conhece toda história de vida, da família, e quando se perde, dá um sentimento ruim e de impotência”.

Podemos perceber neste trecho um sentimento de impotência e dificuldade em relação à morte, o que vai ao encontro de estudos que apontam falhas na formação médica mais uma vez. O médico tornou-se o responsável por lutar e vencer a morte; é o ser tanatolítico (grego: tanatos = morte, litis = destruição) que determina tecnicamente o momento da morte e as circunstâncias do morrer. Desta forma, o profissional assume-se como onipotente e prioriza salvar o paciente a qualquer custo a fim de condizer às expectativas idealizadas de preservador de vidas. No entanto, a ocorrência da morte e de doenças incuráveis vai ao encontro de tais preceitos, fazendo o médico se confrontar com sua insignificância diante de situações irreversíveis: depara-se consigo mesmo, com a própria finitude, frustrando-se.⁷

IC: Sentimentos positivos.

“O sentimento acaba às vezes sendo um pouco confuso de perda, mas ao mesmo tempo de resignação, eu me sinto às vezes resignado em saber que isso faz parte do processo. E ter uma boa morte às vezes é bom. Às vezes penso que algumas pessoas, não todas, mas algumas pessoas, conseguiram ter uma boa morte, uma pessoa que morreu tranquilo, uma pessoa que conseguiu morrer assistida minimamente com os entes queridos próximos. Eu acho que eu penso com um pouco de resignação o fato de que a gente não tem que lutar contra a morte, uma luta inglória, quando eu fiz tudo que podia e não tinham mais expectativas de qualidade de vida, eu fico em paz comigo mesmo, eu me sinto às vezes feliz com o final de um processo bom. No começo foi difícil de lidar com a morte. Hoje em dia, não é que a gente fica frio, mas eu fico mais conformada”.

No discurso acima nos deparamos com uma fala que vai ao encontro de diversas discussões bioéticas. O caminho do morrer com dignidade é alvo de discussões atuais no Código de Ética. A ortotanásia, tida como morte natural, representa a aceitação da circunstância humana perante a morte – não reduz nem prolonga o sofrimento, apenas permite, na medida do possível, condições de vida e alívio do sofrimento de modo geral. Tal conduta propicia ao paciente sem expectativas de cura e à sua família condições de entender a finitude humana e morrer em paz, com respeito à dignidade e autonomia do paciente.⁷

Com os avanços da Medicina, a adoção de terapias de suporte de vida, no passado inimaginável, tem complicado cada vez mais a definição dos limites terapêuticos nos cuidados intensivos, contrapondo os princípios éticos da beneficência e da não-maleficência.⁶

Observa-se neste discurso o que alguns autores defendem, que é o surgimento de um movimento que procura a dignidade no processo de morrer, que não se trata de apressar a morte, eutanásia, nem prolongá-la, distanásia. A bioética do século XXI deve trazer à tona a necessidade da reflexão das questões de terminalidade com base em alguns princípios que são muito importantes: beneficência, dignidade, competência e autonomia.¹⁴

IC: Desconhece sentimentos.

“É uma situação que eu não sei exatamente o que te falar sobre o que eu sinto sobre a morte”.

Apenas um participante da pesquisa não conseguiu descrever os sentimentos relacionados à morte de pacientes pertencentes à sua área de atuação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da pesquisa pode-se perceber uma dificuldade de enfrentamento da morte e do processo do morrer por alguns profissionais atuantes na atenção primária à saúde entrevistados. Tal dificuldade pode estar associada a questões apontadas em diversos estudos, como as lacunas na formação médica relacionadas a esta temática, o que torna mandatório que disciplinas que abordem tanatologia sejam incluídas cada vez mais na graduação.

Durante as entrevistas pode-se perceber que a espiritualidade está intimamente ligada a uma melhor aceitação da morte. Os profissionais colocaram a questão da mesma em diversos momentos, corroborando estudos que apontam a espiritualidade e religiosidade como importantes estratégias de enfrentamento diante de situações impactantes na vida das pessoas.

No decorrer do trabalho não se percebeu interferências relacionadas ao gênero ou idade quando se fala do enfrentamento do processo de morte e morrer, o que vai de encontro com o entendimento do processo como uma dinâmica muito individual.

O presente estudo apresentou como limitação o número restrito de participantes. Por ser uma amostragem por intenção, e com apenas vinte profissionais de um total de 33 integrantes da rede municipal de Atenção Básica, não reflete a realidade nacional dos médicos de família e comunidade. Um estudo mais amplo poderia ser recomendado para obter melhor resultado das percepções subjetivas sobre morte e morrer.

Como dito inicialmente no decorrer deste estudo, a bioética é o ramo da ética que enfoca questões relacionadas à vida e à morte. Desse modo torna-se de suma importância que os profissionais que atuam na área da saúde, em especial os que atuam na APS, tenham uma formação com mais discussões acerca de morte e morrer, para que possam oferecer aos pacientes por eles assistidos uma finitude com o máximo de dignidade. Entendendo esta como parte natural do ciclo da vida.

8 CONCLUSÃO

No início da pesquisa o objetivo principal era entender as percepções sobre a morte e o morrer pelos médicos da Atenção Primária à Saúde do município, tanto no concernente ao significado de morte quanto aos sentimentos provocados pela morte de pacientes de sua área adscrita. Ficou evidente nas entrevistas que parte dos entrevistados apresenta certa dificuldade em descrever seus sentimentos, e até mesmo, separar sentimentos relacionados aos seus pacientes dos relacionados a seus familiares, o que pode ter relação com o vínculo estabelecido na relação médico-paciente, que tem por base o contato longitudinal, estreito com a família, equipe e comunidade, dentro da Estratégia de Saúde da Família.

Torna-se necessário a inclusão de disciplinas que tratem tanatologia nas grades dos cursos de graduação tanto de medicina quanto das demais áreas da saúde, para que desta forma os profissionais lidem melhor com a terminalidade e ofertem tanto à população que assistem, quanto aos seus familiares, uma morte cada vez com mais dignidade. Além de incentivo para que os profissionais da APS tenham programas de educação permanente abordando o tema, para uma qualificação contínua dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. 2015 outubro; Available from: biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf.
2. dos Santos CE, de Teixeira FM, Mattos LF. 91. In: Cuidados paliativos na atenção primária à saúde.. vol. 1. 1st ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 810 – 816.
3. Áries P. História da Morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
4. Marta GN, Marta SN, de Andrea Filho A, Job JRPP. O estudante de Medicina e o Médico recém-formado frente à Morte e ao Morrer. Revista Brasileira de Educação Medica. 2009 06;33(3):405 – 416.
5. Rodrigues IG, Zago MMF. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. Ciência, Cuidado e Saúde. 2012;10:31 – 38.
6. Marengo MO, Flávio DA, Silva RHA. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. Medicina (Ribeirao Preto Online). 2009;42(3):350 – 357.
7. Santana JCB, Pessini L, de Sá AC. Desejos dos pacientes em situação de terminalidade: uma reflexão bioética. Enfermagem Revista. 2015 05;18(1):28 – 50.
8. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18:2577 – 2588.
9. Mendes LT, de Andrade AMM. A influência da espiritualidade diante da terminalidade e da morte no trabalho cotidiano em saúde. Cadernos de psicologia - CESJF. 2019 junho;1(1):301 – 318.
10. de Freitas Melo C, Sampaio IS, de Abreu Souza DL, dos Santos Pinto N. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. Estudos e pesquisas em psicologia. 2015 maio;15(2):447 – 464.
11. Cervelin AF, Kruse MHL. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: produzindo uma boa morte. Revista de enfermagem UFPE. 2015 abril;9(3):7615 – 7624.
12. Meneguim S, Ribeiro R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. Texto & Contexto-Enferm. 2016;25(1).

13. Queiroz O, Queiroz AHAB. 92. In: Morte e luto na atenção primária à saúde.. vol. 1. 1st ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 817 – 822.
14. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*. 2003 00;14:115 – 167. Available from: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=pt&pid=S0103-65642003000200008>. Referências 38
15. Prefeitura de Poços de Caldas;. Available from: <http://pocosdecaldas.mg.gov.br/noticias/historia/>.
16. IBGE;. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pocos-decaldas/panorama>.
17. Prefeitura de Poços de Caldas;. Available from: <http://pocosdecaldas.mg.gov.br/noticias/saude/>.
18. Plano Municipal de Saúde;. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16821-pocos-decaldasmg&Itemid=30192.
19. Martins Júnior J. Como escrever trabalho de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. Petrópolis: Vozes; 2017.
20. Figueiredo MZA, Chiari BM, de Goulart BNG. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. *Distúrbios da Comunicação*. 2013 Abril;25(1):129 – 136. Acesso em 10/07/2016. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>.
21. Oliveira Júnior PFP, Pacagnan MN, Marchiori M. Contribuições da Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para Investigação da Estratégia como Prática. In: IV Encontro de Estudos em Estratégias. Bento Gonçalves; 2013. p. 1 – 13. Available from: http://www.uel.br/grupo-estudo/gecorp/images/discurso_do_sujeito_coletivo.pdf.
22. de Sales F, das Chagas de Souza F, John VM. O emprego da abordagem DSC (discurso do sujeito coletivo) na pesquisa em educação. 2007 01;8(1):124 – 145.
23. de Andrade Marconi M, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5th ed. São Paulo: Atlas; 2003.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO PESSOAL,
FAMILIAR E PROFISSIONAL DO ENTREVISTADO**

Informações pessoais e familiares	
1. Sexo:	
() Masculino	() Feminino
2. Idade: _____ anos completos.	
3. Estado conjugal:	
() Solteiro	() Casado
() Outros (especificar): _____	() Viúvo
4. Religião	
() Católica	() Evangélica
() Outra (especificar): _____	
5. Filhos:	
() Sim	() Não
Quantos? _____	
Informações Profissionais	
6. Há quanto tempo você concluiu seu curso de medicina?	
_____ anos.	
7. Você fez residência ou especialização em alguma área médica?	
() Sim	() Não
Se sim, qual?	
Quando concluiu?	
8. Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família: _____ anos.	
9. Nos últimos 5 anos você participou de eventos científicos?	
() Sim	() Não
10. Atuação profissional além de médico de família?	
() Sim	() Não
Se sim, qual?	
11. Qual equipe de Estratégia de Saúde da Família você atua?	
R: _____	

APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Se um amigo lhe perguntasse: para você o que significa a morte e morrer enquanto profissional? O que você lhe responderia?
- 2) Se este mesmo amigo ainda lhe perguntasse sobre quais são os seus sentimentos referentes à morte de pacientes residentes em sua área de atuação, o que você lhe diria?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor(a) é e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **“A REPRESENTAÇÃO DOS SIGNIFICADOS DE MORTE POR MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA NECESSIDADE BIOÉTICA”**., que tem como objetivo conhecer aspectos relacionados com a morte e o morrer sob a ótica de médicos atuantes na área de atenção primária à saúde.

Este estudo está sendo realizado por aluna do mestrado de bioética da Universidade do Vale do Sapucaí (Univás), Ana Carolina Mignot Rocha, juntamente com o orientador Prof. Dr. José Vitor da Silva e coorientador Prof. Dr. Virgínio Cândido Tosta de Souza.

A pesquisa terá duração de três meses, com o término previsto para julho de 2019. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, respeitando assim sua privacidade. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, o que garante sua autonomia. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista gravada.

Os benefícios relacionados à concretização deste estudo serão de preencher lacunas de conhecimento na formação e atuação profissional do médico na esfera científica. Enquanto a relevância social se evidencia pela propagação de seus resultados no âmbito social, o que com certeza resultará em novo paradigma à sociedade em relação a morte e o morrer, assunto ainda pouco divulgado, discutido e sobretudo entendido na esfera social, apesar da convivência diária e contínua com o fenômeno da morte. Ademais, este trabalho tem relevância para a população atendida pela Estratégia de Saúde Família, já que com profissionais melhores preparados para lidar com a terminalidade da vida, eles terão maior probabilidade de vivenciarem este momento com seus familiares de forma natural.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa e ficarão arquivados com o(a) pesquisador(a) responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão descartados de forma que não prejudique o meio ambiente.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento que comprova a sua permissão. Será necessário a sua assinatura para oficializar o seu consentimento. Ele encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida para o senhor(a).

Ressalta-se que a sua valiosa colaboração é muito importante e, a seguir, será apresentada uma Declaração e, se o senhor(a) estiver de acordo com o conteúdo da mesma, deverá assiná-la, conforme já lhe foi explicado anteriormente.

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente do inteiro conteúdo deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

NOME COMPLETO DO(A) PARTICIPANTE:

ASSINATURA DO(A) PARTICIPANTE:

ASSINATURA DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL:

Pouso Alegre, _____ de _____ de _____.

Para possíveis informações ou esclarecimentos a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com a secretária do CEP da Univas pelo telefone (35) 3449-9269, em Pouso Alegre – MG, no período das 08h às 12h e das 14h às 17h de segunda a sexta-feira ou com a pesquisadora deste estudo pelo telefone (35)991033780. Ou pelo email: nacamignot@hotmail.com .

APÊNDICE D - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Poços de Caldas,
Ilmo. Sr. Secretário Municipal, de Saúde de Poços de Caldas

Prezado (a) Senhor (a)

Ana Carolina Mignot Rocha, médica, mestranda em Bioética, José Vitor da Silva, doutor e professor orientador do Mestrado em Bioética, respectivamente, vimos por meio desta solicitar autorização para realizar a coleta de dados nesta instituição em vista da realização da pesquisa intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS SIGNIFICADOS DE MORTE POR MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA”.

Os dados de identificação da pesquisa são:

- Título: “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS SIGNIFICADOS DE MORTE POR MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA”.
- Tipo de pesquisa: Qualitativa
- Orientador: Prof. Dr. José Vitor da Silva.
- Objetivo: Conhecer aspectos relacionados com a morte e o morrer sob a ótica de médicos atuantes na área de atenção primária à saúde.
- Participantes da pesquisa: Médicos da Estratégia de Saúde da Família.
- Tipo de coleta: Entrevistas semi estruturadas.
- Local de estudo: Serviços da Estratégia de Saúde da Família do Município de Poços de Caldas.

O projeto de pesquisa será cadastrado na Plataforma Brasil que o encaminhará ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação do estudo.

Agradecemos a atenção dispensada

Atenciosamente,

Ana Carolina Mignot Rocha

José Vitor da Silva

Estou ciente da pesquisa e autorizo:

.....
(Assinatura e carimbo)

Data:/...../....

ANEXO A - INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO-1 (IAD-1)**QUESTÃO:** _____

N	EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIA CENTRAL

ANEXO B - INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO-2 (IAD-2)**QUESTÃO:** _____**IDÉIA CENTRAL:** _____

SUJEITOS	EXPRESSÕES-CHAVE

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

Poços de Caldas,
Ilmo. Sr. Secretário Municipal, de Saúde de Poços de Caldas

Prezado (a) Senhor (a)

Ana Carolina Mignot Rocha, médica, mestranda em Bioética, José Vitor da Silva, doutor e professor orientador do Mestrado em Bioética, respectivamente, vimos por meio desta solicitar autorização para realizar a coleta de dados nesta instituição em vista da realização da pesquisa intitulada "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS SIGNIFICADOS DE MORTE POR MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA."

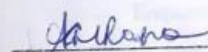
Os dados de identificação da pesquisa são:

- Título: "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS SIGNIFICADOS DE MORTE POR MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA."
- Tipo de pesquisa: Qualitativa
- Orientador: Prof. Dr. José Vitor da Silva.
- Objetivo: Conhecer aspectos relacionados com a morte e o morrer sob a ótica de médicos atuantes na área de atenção primária à saúde.
- Participantes da pesquisa: Médicos da Estratégia de Saúde da Família.
- Tipo de coleta: Entrevistas semi estruturadas.
- Local de estudo: Serviços da Estratégia de Saúde da Família do Município de Poços de Caldas.

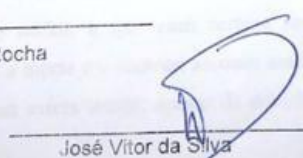
O projeto de pesquisa será cadastrado na Plataforma Brasil que o encaminhará ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação do estudo.

Agradecemos a atenção dispensada

Atenciosamente,



Ana Carolina Mignot Rocha




José Vitor da Silva

Estou ciente da pesquisa e autorizo:

(Assinatura e carimbo)

Data: 17/04/19


Flávio Togni de Lima e Silva
Secretário Adjunto de Saúde
Poços de Caldas - MG

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS DE MORTE POR MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REFLEXÃO BIOÉTICA

Pesquisador: ANA CAROLINA MIGNOT ROCHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14826119.8.0000.5102

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.466.729

Apresentação do Projeto:

A atenção primária à saúde é um local privilegiado para lidar com a terminalidade da vida pela possibilidade de oferecer um cuidado mais próximo do paciente e do familiar, além do estabelecimento de vínculos de confiança e acompanhamento humanizado no processo de morte. Este estudo tem por objetivo conhecer aspectos relacionados com a morte e o morrer sob a ótica de médicos atuantes na área de atenção primária à saúde no município de Poços de Caldas-MG. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritiva exploratória. A amostra será intencional, tendo como critérios de inclusão profissionais médicos atuantes na atenção primária à saúde há no mínimo um ano. Critério de exclusão serão conteúdos que não sejam compatíveis com o enunciado da pergunta. Entrevistas semiestruturadas serão aplicadas aos profissionais e os dados obtidos serão inseridos em um banco próprio. Será utilizada a estatística descritiva para as informações referentes à caracterização sócio demográfica. A ferramenta de organização e tabulação dos dados qualitativos usada é o Discurso do Sujeito Coletivo, que representa uma mudança nas pesquisas qualitativas, pois permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma população sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos. A pesquisa segue as determinações da Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 3.466.729

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

1. Conhecer aspectos relacionados com a morte e o morrer sob a ótica de médicos atuantes na área de atenção primária à saúde.

Objetivo Secundário:

1. Identificar as características pessoais e profissionais de médicos da APS.
2. Conhecer os significados da morte e do morrer.
3. Conhecer os sentimentos de morte de pacientes da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais médicos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos referentes às pesquisas realizadas a partir de entrevistas, tais como constrangimentos, possíveis desconfortos, dentre outros oriundos das entrevistas gravadas. Para prevenção dos mesmos foram tomadas as devidas precauções na elaboração dos instrumentos e dos procedimentos de entrevista que foram detalhadamente definidos e o pesquisador deverá segui-los rigorosamente.

Benefícios:

Segundo Barchifontaine (2007), Bioética é a ética da vida, da saúde e do meio ambiente, com o dever de expandir os horizontes, recolocando o paciente dentro de um contexto, que não é somente o hospital e a família, mas sim a sociedade como um todo, e que se desenvolve através de um diálogo transdisciplinar, transprofissional e transcultural, tendo, por consequência, o resgate da dignidade da pessoa humana, com destaque na qualidade de vida.⁵ Com os avanços da Medicina, a adoção de terapias de suporte de vida, no passado inimaginável, tem complicado cada vez mais a definição dos limites terapêuticos nos cuidados intensivos, contrapondo os princípios éticos da beneficência e da não-maleficência.⁵ A humanização da morte não é o seu encurtamento, nem tampouco o seu prolongamento indefinido. Se a discussão que se propõe é sobre o que seja morte com dignidade, o movimento de cuidados paliativos defende que seja a morte sem sofrimento, nem rápida, nem demorada demais.¹⁰ Observa-se o surgimento de um movimento que procura a dignidade no processo de morrer, que não se trata de apressar a morte, eutanásia, nem prolongá-la, distanásia. A bioética do século XXI deve trazer à tona a necessidade da reflexão das questões de terminalidade com base em alguns princípios que são muito importantes:

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 3.466.729

beneficência, dignidade, competência e autonomia. 10 A relevância científica do presente trabalho é de preencher lacunas de conhecimento na formação e atuação profissional do médico. Enquanto a relevância social se evidencia pela propagação de seus resultados no âmbito social, o que com certeza resultará em novo paradigma à sociedade em relação a morte e o morrer, assunto ainda pouco divulgado, discutido e sobretudo entendido na esfera social, apesar da convivência diária e contínua com o fenômeno da morte. Ademais, este trabalho tem relevância para a população atendida pela ESF, já que com profissionais melhores preparados para lidar com a terminalidade da vida, eles terão maior probabilidade de vivenciarem este momento com seus familiares de forma natural.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como médica atuante na Atenção Primária à Saúde e no Sistema Único de Saúde desde a conclusão da graduação, venho refletindo acerca do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos, e da forma como os mesmos estão vivenciando suas terminalidades.

Dentro da estratégia de saúde da família temos uma posição privilegiada, devido ao vínculo com os pacientes e seus familiares, e mesmo assim, muitas vezes encaminhamos pacientes com poucas ou nenhuma possibilidade terapêutica para os hospitais, tomando o processo de morrer solitário, prolongado, e dolorido muitas vezes, tanto para o paciente quanto para seus familiares. Um dos aspectos mais relevantes pode estar relacionado a falta de preparo dos profissionais para lidar com os pacientes neste momento. Utilizando minha graduação como base vejo que não tive muitas disciplinas que tratavam de tanatologia. A morte muitas vezes é abordada nas graduações da área da saúde como sendo um fracasso pessoal da equipe que atende aquele paciente. E não como parte dos ciclos da vida. Acredito que conhecendo a relação dos profissionais atuantes na APS de Poços de Caldas com a morte, poderei ter um esboço de como os médicos que atuam neste contexto se relacionam com a morte de seus pacientes, e a partir disto, gerar uma discussão relacionada ao manejo dos mesmos dentro da APS. A relevância científica do presente trabalho é de preencher lacunas de conhecimento na formação e atuação profissional do médico. Enquanto a relevância social se evidencia pela propagação de seus resultados no âmbito social, o que com certeza resultará em novo paradigma à sociedade em relação a morte e o morrer, assunto ainda pouco divulgado, discutido e sobretudo entendido na esfera social, apesar

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

**FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA**



Continuação do Parecer: 3.468.729

da convivência diária e contínua com o fenômeno da morte. Ademais, este trabalho tem relevância para a população atendida pela ESF, já que com profissionais melhores preparados para lidar com a terminalidade da vida, eles terão maior probabilidade de viverem este momento com seus familiares de forma natural. Diante do que foi exposto anteriormente emergiram as seguintes inquietações de pesquisa: quais são os significados de morte e morrer sob a ótica de profissionais médicos atuantes na área de atenção primária à saúde e quais são os seus sentimentos emergentes destes médicos em relação à morte de pacientes residentes em sua área de atuação

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE, Folha de rosto, declaração de infraestrutura e brochura anexados a plataforma

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Os autores deverão apresentar ao CEP um relatório parcial e um final da pesquisa de acordo com cronograma apresentado no projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1272812.pdf	18/06/2019 19:29:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	18/06/2019 19:29:18	ANA CAROLINA MIGNOT ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_DO_ESTUDO.pdf	18/06/2019 19:22:08	ANA CAROLINA MIGNOT ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Ana_Carolina.pdf	28/05/2019 21:32:21	ANA CAROLINA MIGNOT ROCHA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/05/2019	ANA CAROLINA	Aceito

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

CEP: 37.554-210

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 3.466.729

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09:21:32	MIGNOT ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO.pdf	25/05/2019 06:53:17	ANA CAROLINA MIGNOT ROCHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

POUSO ALEGRE, 23 de Julho de 2019

Assinado por:
Ronaldo Júlio Baganha
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Prefeito Tuary Toledo, 470
Bairro: Campus Fátima I CEP: 37.564-210
UF: MG Município: POUSO ALEGRE
Telefone: (35)3449-9232 E-mail: pesquisa@univas.edu.br

