

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**ROSELY DE MELO GRILLO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A MORTE E O MORRER PARA  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS NOS SERVIÇOS DE  
ONCOLOGIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA.**

**FRANCA**

**2018**

**ROSELY DE MELO GRILLO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A MORTE E O MORRER PARA  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS NOS SERVIÇOS DE  
ONCOLOGIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA.**

**Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Doutora em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Nassif Soares.**

**FRANCA**

**2018**

Grillo, Rosely de Melo.

Representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia: uma revisão da literatura científica / Rosely de Melo Grillo. – Franca: [s.n.], 2018.

213 f.

Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientadora: Ana Cristina Nassif Soares.

1. Serviço social. 2. Morte. 3. Assistência terminal. I. Título.

CDD – 362.175

**ROSELY DE MELO GRILLO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A MORTE E O MORRER PARA  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS NOS SERVIÇOS DE  
ONCOLOGIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA.**

**Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de  
Doutora em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e  
Sociedade.**

**BANCA EXAMINADORA**

**Presidente:** \_\_\_\_\_

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Nassif Soares.**

**1º Examinador (a):** \_\_\_\_\_

**2º Examinador (a):** \_\_\_\_\_

**3º Examinador (a):** \_\_\_\_\_

**4º Examinador (a):** \_\_\_\_\_

**Franca, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.**

***Dedico este trabalho ao meu pai Onofre (in memoriam) com todo meu amor e gratidão. Desejo poder ter sido merecedora do esforço dedicado por você em todos os aspectos, especialmente quanto à minha formação.***

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pois sempre esteve comigo em todos os momentos.

À minha mãe, eterna incentivadora do meu desenvolvimento pessoal e profissional, sempre pronta para me ajudar e sempre por perto. Poder contar com você a qualquer momento me transmite a certeza de que tudo é possível. Obrigada pelo seu amor incondicional e irracional, pela compreensão e respeito pelo meu trabalho. A você todo o amor do mundo.

Aos meus irmãos, esposo e familiares que sempre me deram força e incentivo para realização desse trabalho.

Aos meus filhos Benício e Giovana pelo amor, carinho e compreensão ao longo desse período de ausências e pela constante alegria de tê-los comigo.

Ao meu irmão Rogério, por contribuir com sua ajuda corrigindo e dando sua opinião valiosa em minha pesquisa.

À querida professora e orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Nassif Soares pela confiança, incentivo, paciência, disponibilidade e apoio. Por compartilhar comigo seu saber admirável e me fazer refletir sobre como fazer sempre o melhor. A realização deste trabalho certamente é um divisor de águas em termos de conhecimento e amadurecimento.

Aos mestres, por dividirem comigo muitos saberes acumulados ao longo da história de vida de cada um.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP/Franca e, de modo especial, ao Mauro, pela disponibilidade e carinho de sempre.

Aos amigos mais sinceros e preciosos que foram solidários e prestativos e não sabem o quanto significam para mim. Em especial Andréa e Josi, serão eternas em meu coração.

Aos meus amigos queridos da pós-graduação da UNESP/Franca, em especial Aldovano, André, Cacildo, Danila, Eliane, Joice, Julieno, Lígia, Maicow, Mara, Tatiana, Thiago, Vanessa e Valquiria, que dividiram comigo esse período e fizeram deste doutorado um momento gostoso e motivador.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo através da bolsa de estudos concedida.

Enfim, a todos que de uma forma ou de outra, direta ou indiretamente, contribuíram para que este estudo se realizasse.

***“Às vezes curar,  
geralmente aliviar,  
sempre confortar.”***

(Ditado popular do século XV, inscrito na estátua do médico Edward Livingston Trudeau, em Sarona Lake, Nova York)



GRILLO, Rosely de Melo. **Representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia: uma revisão da literatura científica.** 2018. 210f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2018.

## RESUMO

As atitudes perante a morte e o morrer têm se modificado ao longo do tempo, acompanhando o desenvolvimento social, cultural, religioso, científico e tecnológico. A morte deixou de ser um acontecimento social, público e comunitário; deixou de ser um acontecimento doméstico, junto dos familiares e amigos, para ocorrer no hospital. Isso traduz uma hospitalização da morte e, conseqüentemente, um maior envolvimento dos profissionais de saúde. Os cuidados paliativos são considerados como uma abordagem à saúde humana que rompe com o paradigma biomédico, para aproximar-se de uma assistência integral às pessoas que vivem ou lidam com doenças ameaçadoras da vida, como o câncer. A teoria das representações sociais trata da produção dos saberes sociais, centra-se na análise da construção e transformação do conhecimento social e tenta elucidar como a ação e o pensamento humanos se interligam na dinâmica social. O objetivo desta pesquisa foi identificar as tendências de produção científica acerca do tema “as representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia do Brasil”. Utilizamos de uma revisão da literatura científica neste estudo, nas pesquisas desenvolvidas para defesas de teses e dissertações em programas de pós-graduação brasileiros, limitamos a área de conhecimento a Ciências da Saúde, Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas e Multidisciplinar. Escolhemos o banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e efetuamos uma consulta a partir de algumas expressões de busca por possíveis descritores para este assunto. Definimos 15 (quinze) estudos com maior proximidade do tema desta pesquisa e empregamos o recorte temporal de 2007 a 2017. Consideramos que apesar de estarem havendo teses e dissertações sobre esta temática, estas ainda são ínfimas. Há necessidade de novos estudos/pesquisas para se aprofundar o conhecimento na temática morte e morrer trazendo, assim, efetivas mudanças para a realidade atual. Percebemos uma necessidade de se incluir na formação profissional o tema morte, bem como um apoio institucional aos profissionais que já trabalham com a morte no seu cotidiano.

**Palavras-chave:** morte. morrer. cuidados paliativos. Serviço Social. pesquisa.

GRILLO, Rosely de Melo. **Social representations on death and dying for health professionals in palliative care in the oncology services: a review of the scientific literature.** 2018. 210f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2018.

### **ABSTRACT**

The attitudes towards death and dying have changed over time following the cultural, religious, scientific and technological development. Death ceased to be a social, public and community event: ceased to be a domestic event, with relatives and friends, to occur in the hospital. This means a hospitalization for death and, consequently, a greater involvement of health professionals. Palliative care is considered as an approach to human health, which breaks with the biomedical paradigm, to approach full care for people who live or deal with threatening diseases of life, such as cancer. The theory of social representations deals with the production of social knowledge, focuses on the analyses of the construction and transformation of social knowledge and tries to elucidate how human action and thoughts intertwine in social dynamics. The objective of this research was to identify the scientific production trends of the theme “The Social representations about death and dying for health professionals in Palliative Care in oncology services of Brazil”. We used a review of the scientific literature in this study, in the research developed for defenses of theses and dissertations in Brazilian postgraduation programs, we limited the area of knowledge to Health Science, Human Science, Applied Social Sciences and Multidisciplinary. We chose the theses bank of the top level staff development coordination (CDSTL) and took advice from some search expressions for possible descriptors for this subject. We defined 15 (fifteen) studies that are closer to the theme of this research and use the time Record from 2007 to 2017. We consider that although there are theses and dissertations on this subject, they are still negligible. There is a need for new studies research to deepen the knowledge on the theme of death and dying, bringing affective changes to the current reality. We perceive a need to include in the professional formation the theme death, as well as an institutional support to the professionals who already work with the death in their daily life.

**Keywords:** death. dying. palliative care. Social Work. research.

GRILLO, Rosely de Melo. **Representaciones sociales sobre la muerte y el morir para profesionales de salud en Cuidados Paliativos en los servicios de oncología**: una revisión de la literatura científica. 2018. 210f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2018.

## RESUMEN

Las actitudes ante la muerte y el morir se han modificado a lo largo del tiempo, acompañando el desarrollo social, cultural, religioso, científico y tecnológico. La muerte ha dejado de ser un acontecimiento social, público y comunitario; ha dejado de ser un acontecimiento doméstico, junto a los familiares y amigos, para tener lugar en el hospital. Esto se traduce en una hospitalización de la muerte y, consecuentemente, en una mayor implicación de los profesionales de la salud. Los cuidados paliativos están considerados como un abordaje a la salud humana que rompe con el paradigma biomédico, para acercarse a una asistencia integral a las personas que viven o conviven con enfermedades amenazantes a la vida, como el cáncer. La teoría de las representaciones sociales aborda la producción de los saberes sociales, se centra en el análisis de la construcción y transformación del conocimiento social e intenta elucidar cómo la acción y el pensamiento humanos se interconectan en la dinámica social. El objetivo de esta investigación fue identificar las tendencias de producción científica acerca del tema "las representaciones sociales sobre la muerte y el morir para profesionales de salud en Cuidados Paliativos en los servicios de oncología de Brasil". En el estudio, en las investigaciones desarrolladas para defensas de tesis y disertaciones en programas de postgrado brasileños, limitamos el área de conocimiento a las Ciencias de la Salud, Ciencias Humanas, Ciencias Sociales Aplicadas y Multidisciplinares. Hemos escogido el banco de tesis de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES) y efectuamos una consulta a partir de algunas expresiones de búsqueda por posibles descriptores para este tema. Definimos 15 (quince) estudios con mayor proximidad al tema de esta investigación y empleamos el recorte temporal de 2007 a 2017. Consideramos que, pese a la existencia de tesis y disertaciones sobre este tema, éstas todavía son ínfimas. Existe la necesidad de nuevos estudios / investigaciones para que se profundice el conocimiento en la temática muerte y el morir, aportando, así, efectivos cambios a la realidad actual. Vemos necesario incluir en la formación profesional el tema de la muerte, así como un medio de apoyo institucional a los profesionales que ya trabajan con la muerte en su cotidiano.

**Palabras clave:** muerte. morir. cuidados paliativos. Servicio Social. investigación.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Frequência de dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 128
- Tabela 2:** Frequência por ano de dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 129
- Tabela 3:** Frequência de dissertações e teses por local (cidade) sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 129
- Tabela 4:** Frequência de dissertações e teses por região sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 130
- Tabela 5:** Formação acadêmica dos autores de dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer de profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 130
- Tabela 6:** Palavras-chave das dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 132
- Tabela 7:** Abordagem da pesquisa utilizada nas dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 134
- Tabela 8:** Técnicas/Instrumentos de coleta de dados utilizados nas dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer

para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 135

**Tabela 9:** Técnica de análise dos dados utilizada nas dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 135

**Tabela 10:** Categoria dos sujeitos pesquisados nas dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 136

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Programa de pós-graduação e universidade das dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 131
- Quadro 2:** Objetivo geral das teses e dissertações sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 133
- Quadro 3:** Resultados das análises dos dados por categoria das dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia” ..... 136

## LISTA DE SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APS	Atenção Primária a Saúde
CA	Câncer
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPON	Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais
CP	Cuidados Paliativos
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DHC	Doença Hepática Crônica
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRT	Doença Renal Terminal
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
EPM	Escola Paulista de Medicina
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FAS	Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HC	Hospital de Câncer
HSPE/SP	Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
HSPM/SP	Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo

IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICESP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MES	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SNC	Serviço Nacional do Câncer
SUCAM	Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria Das Representações Sociais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

### CONSIDERAÇÕES INICIAIS

<b>1</b>	<b>Palavras de abertura .....</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>Contextualização da pesquisa .....</b>	<b>25</b>

### CAPÍTULO 1 CUIDADOS PALIATIVOS

#### 1.1 Saúde pública no Brasil

1.1.1	História da saúde pública no Brasil .....	28
1.1.2	O Serviço Social e a saúde pública .....	37

#### 1.2 Cuidados paliativos

1.2.1	Aspectos históricos e conceituais.....	46
1.2.2	Áreas de intervenção.....	51
1.2.3	Funcionalidade de um Hospital de Câncer (HC) .....	57
1.2.4	Equipe multidisciplinar de cuidados paliativos de um Hospital de Câncer (HC).....	60
1.2.5	O cuidar.....	62
1.2.6	Cuidados paliativos e o câncer.....	65
1.2.7	Cuidados paliativos e a morte .....	68
1.2.8	Cuidados paliativos e Serviço Social.....	70

### CAPÍTULO 2 FINITUDE HUMANA

<b>2.1</b>	<b>As visões sobre a morte e o morrer .....</b>	<b>73</b>
<b>2.2</b>	<b>Tipologias da morte – Idade Média até os dias atuais.....</b>	<b>77</b>
<b>2.3</b>	<b>A morte através das culturas.....</b>	<b>82</b>
<b>2.4</b>	<b>Algumas considerações sobre as religiões e seus preceitos .....</b>	<b>86</b>
<b>2.5</b>	<b>Sufrimento e dor perante a morte e o morrer.....</b>	<b>91</b>
<b>2.6</b>	<b>A ciência e a morte na atualidade .....</b>	<b>94</b>
<b>2.7</b>	<b>Vida e morte – uma visão sistêmica.....</b>	<b>96</b>
<b>2.8</b>	<b>A crise contemporânea da morte: a morte próxima versus a morte distante.....</b>	<b>100</b>
<b>2.9</b>	<b>Hospitalização da morte.....</b>	<b>103</b>
<b>2.10</b>	<b>O Serviço Social no processo morte-morrer.....</b>	<b>105</b>

## **CAPÍTULO 3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

<b>3.1 Teoria das representações sociais.....</b>	<b>109</b>
<b>3.2 Elementos básicos da formação das representações sociais.....</b>	<b>112</b>
<b>3.3 As estruturas e os processos das representações sociais.....</b>	<b>118</b>
<b>3.4 As representações sociais e sua importância para o estudo do significado morte-morrer .....</b>	<b>121</b>
<b>3.5 Representações sociais nas pesquisas em Serviço Social .....</b>	<b>123</b>

## **CAPÍTULO 4 REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA**

<b>4.1 Resultados e discussões dos dados .....</b>	<b>128</b>
<b>4.2 Dissertações e teses analisadas .....</b>	<b>140</b>

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>186</b>
-----------------------------------	------------

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>190</b>
--------------------------	------------

## **APÊNDICE**

<b>Apêndice A - Protocolo de Obtenção dos Dados.....</b>	<b>210</b>
--	------------

## **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

## 1 Palavras de abertura

Início esta apresentação escrevendo na primeira pessoa, pois trago os momentos mais significativos que percorri e que me trouxeram até aqui, apresentando-me à Banca de Defesa de Doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Área de Concentração – Serviço Social: Trabalho e Sociedade; Linha de Pesquisa – Serviço Social: Mundo do Trabalho, da UNESP, Campus de Franca, bem como aos meus possíveis leitores.

Este é um momento especial, de aprendizado, conquista e satisfação, por atingir mais uma etapa que acrescenta em minha vida novas possibilidades, tanto pessoais como profissionais.

Nesse processo de inquietações com o tema de minha pesquisa, compartilho minhas reflexões com a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Nassif Soares, que desde março de 2014 assumiu minha orientação quando ingressei como aluna regular no doutorado. Nossa relação tem sido permeada por muito respeito e afeto, permitindo que o processo de construção do conhecimento seja significativo e prazeroso.

Entre no Curso de Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” em 1997, aos 18 anos. Viajava 110 km todos os dias de Passos, Minas Gerais para Franca, São Paulo, em ônibus de estudantes. Particpei pouco da vida acadêmica com minhas amigas de sala, participei de poucas festas, mas foram momentos memoráveis. Graduei-me em dezembro de 2000.

Em fevereiro de 2001, recém-formada, a Prefeitura Municipal de Passos me convidou para trabalhar como assistente social na Secretaria de Saúde. Desafio aceito trabalhei por 06 meses em um ambulatório. Foi um momento conturbado, pois estava iniciando uma nova gestão.

Fui convidada a trabalhar na Santa Casa de Misericórdia de Passos, onde fiz estágio no 4º ano. Iniciei em dezembro de 2001 e fiquei até março de 2008. Esta empresa me proporcionou várias oportunidades de trabalho: na área hospitalar, com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), planos privados de saúde, com a organização de palestras e campanhas para a comunidade (escolas, empresas, etc.), envolvendo os vários profissionais da área da saúde. Implantei o Serviço Social no Serviço Quimioterapia do atual Hospital do Câncer de Passos, o qual me

proporcionou fazer uma especialização na área. Foi um período de muito aprendizado, muitos desafios, muitas propostas de projetos que foram aceitas e implantadas. Trabalho reconhecido pela Direção do hospital, visto que esta empresa passou a ser referência na área de Serviço Social na saúde na região.

Nesta trajetória profissional tive oportunidade de vivenciar e presenciar o sofrimento relacionado à terminalidade da vida, sensibilizando-me diante da fragilidade humana.

Em 2010 iniciava meu mestrado sob a orientação do Prof.º Dr.º José Walter Canoas, o qual encerrei no ano de 2013 com a dissertação intitulada “Política Pública de Saúde: A atenção básica na detecção precoce e prevenção do câncer.” Encerrei meu mestrado e decidi prestar o processo para doutorado.

Fui aprovada no doutorado em 2014, iniciei as disciplinas e participei da vida acadêmica novamente. Eu trabalhava em Uberaba, Triângulo Mineiro, permanecia 15 dias lá e 15 dias em Passos, além de cursar disciplinas em Franca/SP e Ribeirão Preto/SP. Passava maior parte do tempo na rodovia.

Em dezembro de 2014, ao término do primeiro ano do doutorado, meu pai, com seus 63 anos, foi diagnosticado com um carcinoma na base da língua grau I (câncer de cabeça e pescoço). Devido ao local em que a doença se instalou, não havia possibilidade de cirurgia; o tratamento seria quimioterapia concomitante à radioterapia. Tratamento extremamente agressivo, o mesmo iniciou-se no final de dezembro.

Como havia sido contemplada com a bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) nesse período, decidi voltar para Passos e ajudar a cuidar do meu pai, encerrando meu contrato de trabalho em Uberaba.

Passei a viver o outro lado, como cuidadora/familiar do paciente, usuária do serviço do qual um dia fui profissional. Foram 06 meses de tratamento. A radioterapia foi muito agressiva, machucando a garganta e a boca do meu pai, o que o fez ficar sem se alimentar e perder muito peso. Assim, no final de janeiro, foi necessário colocar sonda alimentícia. Meu pai não aceitava a doença, estava triste, e muito menos a sonda. Com 02 meses de tratamento, ele teve que ser internado pois estava desidratado e desnutrido e recusava alimentação pela sonda.

No dia 05 de junho de 2015 seria retirada a sonda dele. No dia 04 de junho de 2015, ele sentiu mal e se recusou a ir ao pronto atendimento, queria apenas ficar na

cama. O médico o examinou e decidiu não retirar a sonda e interná-lo, pois suspeitava de pneumonia. No dia 06 de junho, por volta de 16 horas, minha cunhada ligou e deu a notícia do falecimento do meu pai. Ninguém sabia explicar o que havia ocorrido, pois os exames deram uma alteração, mas não se constatou pneumonia. A equipe tentou por 40 minutos ressuscitá-lo, em vão. O médico informou que a única explicação seria uma embolia pulmonar, pelos sintomas e pela rapidez da parada cardiorrespiratória.

Muitos sentimentos me assombraram durante meses. Quis desistir do doutorado. Não queria mais pesquisar sobre cuidados paliativos, sobre família, pacientes, câncer. O apoio dos amigos da pós e da minha orientadora foi fundamental para não abandonar tudo. Decidi mudar meu projeto com o aval da Ana.

Pensar que perdi meu pai para o câncer, doença que sempre me instigou, com a qual trabalhei por 07 anos e pesquisava sobre, me trouxe muita inquietação, tristeza, raiva, revolta.

Quando fui afrontada com a existência humana do outro e com a nossa própria existência, passei a me questionar sobre a dignidade do ser. Quando compreendi que a morte faz parte da vida, pude perceber que a morte também merece uma consideração maior por parte de nossa população, que a renunciou a uma total banalização.

Assim, surgiu meu interesse acerca de assuntos ligados à temática da morte-morrer envolvendo todos os aspectos do indivíduo: físico, psicológico, social e espiritual.

O projeto de pesquisa que apresentei em minha qualificação, cujo título era “As representações sociais da morte e do morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos no serviço de oncologia”, tinha como objetivo: investigar as representações sociais de profissionais de saúde diante da morte e do morrer, identificando a visão dos mesmos e compreendendo como eles refletem sobre a morte.

A pesquisa seria de abordagem qualitativa, tendo como *lócus* um Hospital de Câncer. Os sujeitos seriam os profissionais da equipe multidisciplinar do serviço de cuidados paliativos e como instrumental utilizaríamos a entrevista semiestruturada.

Contudo, tive alguns entraves no decorrer da construção da tese; falecimento do meu pai, depressão da minha mãe, gravidez, parto complicado, bebê com

distúrbios do sono e refluxo, depressão pós-parto, cirurgia para retirada de DIU (se alojou fora do útero, devido a isso tive que realizar uma videolaparoscopia), tudo isso colaborou para retardar minha solicitação para a pesquisa de campo.

Além disso, o referido Hospital de Câncer é hoje um Hospital-Escola, tendo um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) próprio. Foram vários contatos e meses de espera para conseguir autorização. Após tudo aprovado pela Plataforma Brasil, colocaram alguns empecilhos. Reexaminei todos os dados e não constavam erros, solicitei que me enviassem os erros que aparecia para eles, no entanto não enviaram e exigiram que fosse excluído e refeito todo o processo de submissão novamente. Como meu prazo estava se esgotando, eu não teria tempo de submeter tudo novamente, aguardar análise, aprovação da Plataforma Brasil e realizar as entrevistas.

Considerando que minha parte teórica já estava pronta, faltando apenas os dados e sua análise e com o aval da minha orientadora, decidi utilizar minha teoria e fazer uma revisão da literatura científica. Sendo assim, justifico minha escolha pela pesquisa teórica.

## **2 Introdução**

Desde os primórdios da civilização o nascimento e a morte despertam no ser humano grande curiosidade e inquietação. A morte, assim como a doença e o sofrimento são partes integrantes da condição humana.

As vivências de morte e morrer vêm sofrendo transformações ao longo da história, deixando de ser uma experiência tranquila, para uma possibilidade carregada de angústias e que deve ser evitada a todo custo. Assim sendo, os profissionais de saúde têm o encargo de discutir e refletir sobre a questão oferecendo um cuidado comprometido com o ser humano em sua plenitude.

O medo da morte acompanha o existir do ser humano desde o seu nascer, sendo o homem o único ser que sabe que vai morrer e, por isso, ele antecipa esse medo e o torna companheiro para toda sua vida. Tentando diminuir essa angústia durante sua vida, o homem vem tentando “negociar” com a morte uma maior “estadia” na terra como maneira de enfrentamento desse medo.

Segundo Eizirik et al (2001, p. 193), “A morte é vista como uma criatura antropomórfica, em geral uma mulher com uma foice, envolta em um temível manto negro, que vem buscar e levar a pessoa para um destino incerto.”

Historicamente, a morte era visualizada como algo natural e parte do ciclo da vida. Na atualidade, as relações entre ciência e morte estão estreitadas. Se antes a morte era doméstica e a relação entre religião e morte algo prevalente, hoje em dia a morte pertence ao domínio científico.

A história da saúde e da doença confunde-se com a história dos significados da natureza, do corpo e dos diversos elementos que compõem a vida. A saúde e a doença sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas. A evolução das práticas de cuidados na saúde possibilitou ao homem uma melhor manutenção de sua sobrevivência.

As doenças crônicas como o câncer crescem no Brasil e no mundo acompanhando o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida. É necessário que os profissionais de saúde deem atenção para essas doenças crônicas, progressivas, com período terminal de poucos meses ou dias, como alguns tipos de cânceres. A assistência ao paciente terminal tem sido denominada de cuidados paliativos.

“O cuidado paliativo não se baseia em protocolos, mas em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida.” (ANCP, 2009, p. 16). Indica-se o cuidado paliativo desde o diagnóstico, ampliando o campo de atuação. Não se fala em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a ideia de “não ter mais nada a fazer.” Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano (ANCP, 2009).

Nas fases iniciais do câncer, o tratamento geralmente é agressivo, com objetivo de cura ou melhora, e isso é partilhado com o doente e sua família de maneira otimista. Quando a doença se apresenta em estágio avançado ou evolui para esta condição, a abordagem paliativa deve ser iniciada para auxiliar no manuseio dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados. Na fase terminal, o tratamento paliativo se impõe para garantir qualidade de vida ao paciente.

Além da dor, os pacientes têm medo da morte, principalmente se essa for marcada por intervenção mutilante, impotência física ou dor insuportável. O



sentimento de medo em relação à morte é vivenciado durante todo o enfrentamento da doença.

Algumas inquietações movem um profissional ao escrever sobre sua prática; vários sentidos são atribuídos ao profissional que tem a morte como seu ofício. Também muitos valores são utilizados para adjetivar tais profissionais.

Os currículos de profissionais da área de saúde deixam uma lacuna na formação teórica e prática, permitindo que a morte seja interpretada como fracasso

Cezario (2012) coloca que no Brasil, o ensino universitário está em processo de qualificação, passando por constantes avaliações institucionais, novos projetos político-pedagógicos, aperfeiçoamento do corpo docente e melhorias nas estruturas físicas. Contudo, isso não é o suficiente em relação ao processo de ensino e aprendizagem, ficando o tema morte e morrer omissos no processo educacional dos profissionais da saúde.

O objetivo da nossa pesquisa é identificar as tendências da produção científica acerca do tema: as representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologias do Brasil. Seu objeto é uma revisão da literatura científica.

Iniciamos este trabalho com a contextualização da pesquisa, traçando todo trajeto feito para a realização da mesma. No capítulo 1, faremos algumas considerações sobre a saúde pública no Brasil. Em seguida, traçamos a história dos cuidados paliativos e um panorama do serviço de cuidados paliativos no Brasil, a funcionalidade de um Hospital de Câncer, trazendo dados e protocolos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Manual de Cuidados Paliativos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

No segundo capítulo disporemos um percurso sobre a finitude humana, onde apresentaremos as concepções de morte desde a idade média até os dias atuais, as tipologias, as religiões, o sofrimento e a dor, a ciência, a hospitalização da morte.

Abordaremos, no capítulo 3, a teoria das representações sociais discorrendo sobre todos os aspectos desta teoria. Finalizamos este capítulo falando sobre as representações sociais nas pesquisas em Serviço Social. Evidenciaremos a revisão da literatura científica no capítulo 4, trazendo dados das teses e dissertações do repositório da CAPES sobre a temática.

### 3 Contextualização da pesquisa

Gil (2006, p. 17) define pesquisa como um “procedimento racional e sistemático que tem como objetivos proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados.” Sua construção e seu aperfeiçoamento são conquistas que o pesquisador obtém ao longo de seus estudos, da realização de investigações e da elaboração de trabalhos acadêmicos.

Nossa proposição nesse trabalho de doutorado é elaborar um referencial que ajude às pesquisas posteriores a identificarem de forma rápida, clara e rigorosa, o que tem sido e o que ainda precisa ser pesquisado na temática das representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde que atuam nos cuidados paliativos a pessoas com doença oncológica em fase terminal.

A presente pesquisa é uma revisão bibliográfica das pesquisas desenvolvidas, com a finalidade de defesa de teses e dissertações nos programas de pós-graduação brasileiros, com limitação de áreas de conhecimento: Ciências da Saúde, Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas e Multidisciplinar.

O fato de não envolver sujeitos (a serem pesquisados) não retira a necessidade de uma postura de respeito do pesquisador, pois, ao analisar as referências é preciso ser fiel e respeitoso ao que foi encontrado.

Para esta pesquisa, utilizamos o banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); esta realiza um papel importante na expansão e consolidação da pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) no país. Vinculada ao Ministério da Educação, a CAPES mantém um portal com diversos tipos de informações sobre a pós-graduação brasileira, entre estas encontramos o Banco de Teses, fonte de informação para este estudo.

O Banco de Teses tem por objetivo facilitar o acesso a informações sobre teses e dissertações defendidas junto a programas de pós-graduação do país, a partir de 1987. As informações são fornecidas diretamente à CAPES pelos programas, que se responsabilizam pela veracidade dos dados.

Em busca da identificação das teses e dissertações defendidas nos programas de pós-graduação brasileiros que empregaram em seus estudos “as

representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologia”, efetuamos uma consulta, junto ao Banco de Teses da Capes, no campo assunto, a partir de algumas expressões de busca por possíveis descritores para este termo.

Obtivemos como resultado um total de 987.219 de teses e dissertações. Sendo assim, delimitamos o recorte temporal de 2007 a 2017, um período de 10 anos. Definimos que os estudos seriam no nível de doutorado e mestrado, excluindo mestrado profissional e mestrado profissionalizante. Depois, filtramos pela grande área de conhecimento optando por: Ciências da Saúde, Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas e Multidisciplinar. Adotamos esta definição pois a pesquisadora é assistente social e sua perspectiva de análise se concentraria nessas áreas.

Contudo, o número de trabalhos era sempre muito grande, e observamos que havia trabalhos que não estavam dentro do tema proposto a analisar, bem como não havia tempo hábil para estender esta tarefa. Muitos trabalhos estavam relacionados apenas com idosos, crianças, medicamentos, tratamentos, materno-infantil, procedimentos médicos, doenças variadas, setores hospitalares variados, entre outros. Assim, pesquisamos cada palavra-chave entre parênteses e obtivemos um total de 84 trabalhos. Fizemos a leitura dos resumos que a CAPES oferece e definimos 15 trabalhos com maior proximidade do tema desta pesquisa.

A partir do material empírico estruturamos o capítulo 4 e dividimos em 2 partes: Resultados e discussões dos dados e dissertações e teses analisadas. No primeiro, elaboramos tabelas e quadros com todos os dados analisados das dissertações e teses e discutimos cada tabela/quadro. No segundo, apresentamos os dados das pesquisas analisadas com os seguintes campos: título, autor (a), orientador (a), coorientador (a), área do conhecimento, tipo de trabalho, local da publicação e ano, resumo, palavras-chave, metodologia e resultados.

## **CAPÍTULO 1 CUIDADOS PALIATIVOS**

## 1.1 Saúde pública no Brasil

### 1.1.1 História da saúde pública no Brasil<sup>1</sup>

O termo saúde, em português, deriva de *salude*, vocábulo do século XIII (1204), em espanhol *salud* (século XI), em italiano *salute*, e vem do latim *salus* (*salutis*), com o significado de salvação, conservação da vida, cura, bem-estar. O étimo francês *Santé*, do século XI, advém de *sanitas* (*sanitatis*), designando no latim *sanus*: são, o que está com saúde, aproximando-se mais da concepção grega de higiene, ligada a deusa *Hygea* (LUZ apud MAIA; SOUSA; OLIVEIRA, 2011).

Saúde indica, deste modo, uma afirmação positiva da vida e um modo de existir harmônico, não incluindo o universo da doença. Destarte, pode-se dizer que saúde é um estado positivo do viver, aplicável a todos os seres vivos e principalmente à espécie humana.

A saúde pública nasce com uma dupla missão: a de combater e também de prevenir doenças coletivas ou individuais, que, por contágio ou transmissão, ameacem a sociedade e a ordem pública.

Para Faleiros et al. (2006, p. 18, grifos do autor):

A questão da saúde deixa de ser “um negócio da doença” para se transformar em garantia da vida, rompendo-se com o modelo flexneriano (proposto pelo relatório Flexner, nos Estados Unidos, no início do século XX), que restringia a saúde ao diagnóstico das doenças, feito por especialistas designados por um saber academicamente reconhecido em lei.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e também durante a segunda metade do século XX, as recém-criadas organizações internacionais de saúde pública, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), especialmente a OMS, propõem novas definições, de caráter mais positivo e abrangente que as empregadas pelas instituições médicas: “*estado de completo bem-estar físico, mental e social*”, superando a visão mecânica do homem

---

<sup>1</sup> Este item foi baseado na dissertação de mestrado da autora intitulada “Política Pública de Saúde: A Atenção Básica na detecção precoce e prevenção do câncer” (GRILLO, 2013).

conjunto de partes, buscando associar as dimensões em que se insere a vida humana: social, biológica e psicológica (FALEIROS et al., 2006; ROSEN, 1994).

No ano de 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) temos o conceito atual: Condição de vida de uma dada população, ou seja, resultado de determinações históricas estruturais e conjunturais de uma nação, que envolva as condições de acesso à alimentação, educação, habitação, emprego, renda, saneamento básico e lazer (NASCIMENTO, 1986).

A política de saúde no Brasil praticamente inexistiu nos tempos de colônia. O pajé, com suas ervas e cantos, e os boticários, que viajavam pelo Brasil Colônia, eram as únicas formas de assistência à saúde. Em 1789, havia no Rio de Janeiro apenas quatro médicos.

Com a colonização, os brancos trouxeram os germes de suas doenças contaminando os indígenas brasileiros, sobretudo através da varíola e do sarampo. Posteriormente, foi a vez do negro trazer novas doenças como a filariose<sup>2</sup> e a febre amarela<sup>3</sup>. No período colonial havia deficiências de medicamentos e profissionais médicos, os hospitais eram considerados depósitos de doentes.

Até a chegada da Corte Portuguesa ao Rio de Janeiro (1808), os poucos médicos, membros da elite, encontravam-se nas cidades maiores e atendiam somente as camadas mais abastadas da população. Esta situação só começa a modificar-se a partir da chegada da família real ao Brasil quando foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública por aqui, basicamente encarregadas de habilitar e fiscalizar o registro daqueles que se dedicavam à arte da cura (médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras, sangradores, etc.) e fiscalizar os navios para impedir que chegassem novas doenças nas cidades costeiras (VARGAS, 2008; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

No ano de 1808 foram criadas as duas primeiras escolas de medicina do país, que são: o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro.

Com a independência do país, parte das tarefas de fiscalização foi transferida aos municípios que também realizavam vacinação antivariólica em períodos de

---

<sup>2</sup> A filariose é uma doença parasitária que se caracteriza pelo alojamento de parasitas no sistema linfático, gerando um inchaço extremo dos membros. É causada por vermes conhecidos como filárias, que são transmitidos através da picada de mosquitos. Popularmente conhecida como elefantíase.

<sup>3</sup> A febre amarela é uma doença infecciosa grave, causada por vírus e transmitida por vetores. O vírus da febre amarela é transmitido pela picada de um mosquito fêmea infetado. A febre amarela infeta apenas seres humanos, outros primatas e várias espécies de mosquitos

epidemias, controle da entrada de escravos doentes nas cidades, expulsão das áreas urbanas de acometidos por doenças contagiosas e purificação do ambiente.

Durante esse período, o da chamada higienização, a atuação do Estado na assistência médica se restringia à internação de doentes graves em lazaretos e enfermarias improvisadas e dos loucos no hospício criado pelo Imperador. Os serviços médicos hospitalares estavam nas mãos de entidades filantrópicas nas cidades maiores.

Nos três primeiros séculos, as enfermarias jesuítas e, posteriormente, as Santas Casas de Misericórdia eram as únicas formas de assistência hospitalar de que dispunha a população brasileira.

A partir do século XVIII, surgem os primeiros hospitais militares destinados à tropa, localizados nos edifícios dos antigos colégios jesuítas, confiscados após a expulsão da Companhia de Jesus, e sustentados pela família real. Anteriormente, o governo internava os soldados nas Santas Casas, mediante pagamento de pequena remuneração. Em contrapartida, os hospitais militares passaram a receber civis, mediante cobrança de uma taxa (VARGAS, 2008).

Com a promulgação da Constituição de 1891, as atribuições relacionadas à saúde foram transferidas para os municípios e estados. Ao governo central ficou a responsabilidade pela vigilância sanitária dos portos e pelos serviços de saúde do Distrito Federal.

Além da preocupação com as epidemias, a ação do Estado em relação à saúde se restringia a medidas ordenadoras da vida urbana que visavam à manutenção de um estado geral de salubridade, como a fiscalização das habitações populares, da venda de alimentos e de bebidas alcoólicas. Até esse momento, a ação dos poderes públicos não se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos, permanecendo com a filantropia a responsabilidade pelo cumprimento desse papel.

Até 1910, todo o interior do país esteve à margem dessas ações; muito da desatenção de nossas elites em relação ao interior devia-se ao preconceito à população mestiça, vista como a ruína da sociedade.

Com a epidemia de gripe espanhola, em 1918, ficou mais do que constatada a precariedade dos serviços de saúde e a necessidade de reformá-los. O crescimento do operariado nas cidades e a intensificação das atividades dos sindicatos que já absorviam as agitações sociais vividas na Europa provocaram o

surgimento, em 1918, da Liga Pró-Saneamento do Brasil que lutou pela reforma dos serviços de saúde e pelo saneamento dos sertões (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Foi no primeiro governo de Rodrigues Alves (1902-1906) que houve a primeira medida sanitária no país. O Rio de Janeiro não tinha nenhum saneamento básico, várias doenças graves como varíola, malária, febre amarela e até a peste espalhavam-se facilmente. O presidente então nomeou o médico Oswaldo Cruz para dar “um jeito” no problema. Numa ação policial, o sanitário convocou 1.500 pessoas para ações que invadiam as casas, queimavam roupas e colchões. Sem nenhum tipo de ação educativa, a população foi ficando cada vez mais indignada. E o auge do conflito foi a instituição de uma vacinação antivaríola. A população saiu às ruas e iniciou a Revolta da Vacina. Oswaldo Cruz acabou afastado.

Apesar do fim conflituoso, o sanitário conseguiu resolver parte dos problemas e coletar informações que ajudaram seu sucessor, Carlos Chagas, a estruturar uma campanha rotineira de ação e educação sanitária.

Em 1898, uma equipe da Saúde, da qual participava Vital Brazil, identificou um surto epidêmico de peste bubônica no porto de Santos que ameaçava alastrar-se. A necessidade de soro levou o Estado a instalar a sua produção em local distante do centro da cidade, tendo sido escolhida a Fazenda Butantan, em São Paulo, SP. Em fevereiro de 1901 foi oficialmente criado o Instituto Serumtherapico, posteriormente Butantan (BERTOLLI FILHO, 1996).

O Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foi criado em 1920 e seu primeiro diretor foi Carlos Chagas; esse tinha as seguintes funções: legislar sobre a regulação da venda de produtos alimentícios (redução das infecções gastrointestinais – maior causa de mortalidade infantil no país), a normatização das construções rurais (controle da proliferação da doença de Chagas), a regulamentação das condições de trabalho das mulheres e crianças, a fiscalização de produtos farmacêuticos, a inspeção de saúde dos imigrantes que chegavam aos nossos portos, além da elaboração de estatísticas demográfico-sanitárias em nível nacional e produção de soros, vacinas e medicamentos necessários ao combate das grandes epidemias que afetavam o país (BRASIL, 2006).

Pouco foi feito em relação à saúde depois desse período; com a chegada dos imigrantes europeus se formou a primeira massa de operários do Brasil. Assim, começou-se a discutir um modelo de assistência médica para a população pobre, depois de fortes formas de pressão, como greves e manifestações.



Em 1923, surge a lei Elói Mendes criando as Caixas de Aposentadoria e Pensão. Essas instituições eram mantidas pelas empresas que passaram a oferecer esses serviços aos seus funcionários. A União não participava das caixas; a primeira delas foi a dos ferroviários. Elas tinham entre suas atribuições, além da assistência médica ao funcionário e à família, concessão de preços especiais para os medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. Essas caixas só valiam para os funcionários urbanos (BERTOLLI FILHO, 1996; MELO, 2004).

A partir da Revolução de 1930, ano em que Getúlio Vargas toma o poder, é criado o Ministério da Educação e Saúde e as caixas são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que passam a ser dirigidos por entidades sindicais. Suas atribuições são muito semelhantes às das caixas, prevendo assistência-médica. O primeiro IAP foi o dos marítimos. A União continuou se isentando do financiamento do modelo, que era gerido pela contribuição sindical, fundada no período getulista.

Em relação ao ministério, Getúlio tomou medidas sanitaristas como a criação de órgãos de combate a endemias e normativas para ações sanitaristas e vinculou saúde e educação (Ministério da Educação e Saúde - MES). O ministério acabou priorizando a educação e a saúde continuou com investimentos irrisórios. No segundo governo de Vargas (1951-1954), a política econômica nacionalista imperou, sendo criadas ou expandidas companhias nacionais de exploração mineral (inclusive a Petrobrás), hidroelétricas, químicas, etc.

Em 1941, foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS) com os temas: Organização sanitária estadual e municipal; Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

A segunda Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1950 com o tema: Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho.

Emergiu o sanitarismo desenvolvimentista, o qual considera que o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país. Essa corrente passa a disputar espaços com a corrente hegemônica do sanitarismo tradicional. O grande marco do período foi a criação do Ministério da Saúde (MS) independente da área da educação, em 1953, embora a

ele só tenha sido destinado um terço dos recursos alocados no antigo MS. Até 1964, o MS se caracterizou pela transitoriedade de seus titulares, demonstrando ser objeto de intensa e frequente barganha política.

Já o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) ficou marcado pelo desenvolvimento e pelo desenvolvimentismo, responsável pelas grandes transformações econômicas apoiadas pelo capital estrangeiro. As políticas sociais eram vistas como paliativas. Durante esse período foi feita uma tentativa de coordenar os vários órgãos envolvidos no combate, controle ou erradicação de doenças específicas, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Os anos subsequentes, iniciados pelo governo de Jânio Quadros, foram marcados pela instabilidade política e econômica enfrentada por João Goulart na presidência. No MS houve uma sucessão de 6 ministros em cerca de 3 anos, o penúltimo, Souto Maior, apresentou um conceito ampliado de saúde no XV Congresso de Higiene, em 1962. Souto expõe que a saúde da população deveria ser entendida como suas condições globais de trabalho; ele reconhecia que havia um círculo vicioso entre pobreza e doença e atribuía sua interrupção a um projeto de desenvolvimento nacional.

Em julho de 1963 foi convocada pelo presidente João Goulart e por Wilson Fadul, último ministro antes do golpe, a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Seu temário se direcionava à análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde. O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas por esta conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década dos anos setenta.

No início da ditadura militar, uma das discussões sobre saúde pública brasileira se baseou na unificação dos IAPs como forma de tornar o sistema mais abrangente. Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social unificava os IAPs em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); todavia excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos. É a primeira vez que, além da contribuição dos trabalhadores e das empresas, se definia efetivamente uma contribuição do tesouro Público. Porém essas medidas ficaram no papel.

A efetivação dessas propostas só aconteceu em 1967 pelas mãos dos militares, com a unificação de IAPs e a consequente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Apareceu uma demanda muito maior que a oferta, então o governo encontrou como saída pagar a rede privada pelos serviços prestados à população. A estrutura foi se modificando e criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, o qual auxiliou na intermediação dos repasses para iniciativa privada.

Os militares criaram o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), no ano de 1974, que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, através de empréstimos com juros subsidiados. De 1969 a 1984, o número de leitos privados cresceu cerca de 500%, o modelo criado era pautado pelo pensamento da medicina curativa. Escassas medidas de prevenção e sanitárias foram tomadas, sendo que a principal foi a criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM).

O movimento da Reforma Sanitária surgiu no meio acadêmico no início da década de 70, como um meio de oposição técnica e política ao regime militar, sendo seguido por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época — o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Em meados da década de 1970, ocorreu uma crise do financiamento da previdência social que causou repercussões no INAMPS (BRAVO, 1999).

O general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência em 1979 e prometeu a abertura política. A Comissão de Saúde da Câmara dos deputados promoveu em outubro de 1979 o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Este contou com a participação de muitos integrantes do movimento, chegando a conclusões favoráveis ao mesmo. Ao longo da década de 1980, o INAMPS passou por consecutivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, já numa transição com o Sistema Único de Saúde (SUS).

No período da transição democrática, a saúde pública passa a ter fiscalização da sociedade. No ano de 1981, sob o poder dos militares, é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Com o fim do período militar, surgem outros órgãos que envolvem a participação da sociedade civil como o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRAVO, 1999).

A 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), realizada em março de 1986, foi um marco na história das conferências. Convocada pelo ministro Carlos Santanna e realizada sob a gestão de Roberto Figueira Santos, a 8ª Conferência teve sua Comissão Organizadora presidida por Sergio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária. Sua abertura foi conduzida por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS aberta à sociedade. Teve como eixos temáticos: 1) saúde como direito, 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde e 3) financiamento do setor.

A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), sendo este um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Ressalta-se que o ato mais importante foi ter formado as bases para a seção “Da Saúde” da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Além do mais, desempenhou um importante papel na divulgação do movimento da Reforma Sanitária.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, uma vez que definiu a saúde como "direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e, finalmente, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), no qual fundou o SUS (FALEIROS et al., 2006).

Em dezembro de 1990 foi lançada a Lei nº 8.142, que conferiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O Sistema Único de Saúde (SUS) compõe o tripé da Seguridade Social (Previdência – Assistência Social – Saúde) e preconiza o direito à saúde de forma universal, equânime e integral.

Lei nº 8080, Art. 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990, p. 2).

O Ministério da Saúde é o órgão responsável pela normatização e coordenação das ações, assim como pela liberação dos recursos para pagamento da rede hospitalar privada que mantém convênio com o SUS. Ademais, as

Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela coordenação das ações dos respectivos estados, e, por sua vez, os municípios pela execução das atividades de assistência médica preventiva e curativa, em sua área territorial (MELO, 2004).

Nos anos 1990, assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. Nesse contexto houve um forte ataque por parte do grande capital aliado aos grupos dirigentes. A Reforma Constitucional, de maneira especial da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança. Ao agendar a reforma da previdência, e não da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988. Seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro (FIGUEIREDO; TANAKA, 1996).

A contrarreforma do Estado, realizada no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo às leis do mercado (FALEIROS et al., 2006).

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsabilizada pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, além do desemprego estrutural, da precarização do trabalho, do desmonte da previdência pública e do sucateamento da saúde e da educação.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando-se a mesma para assumir os custos da crise. A “refilantropização” é uma das manifestações da contrarreforma, com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (FIGUEIREDO; TANAKA, 1996).

Na contemporaneidade, a análise que se faz na transição do governo de Luiz Inácio Lula da Silva para o governo Dilma Rousseff, ambos do Partido dos Trabalhadores (PT), é de que a política macroeconômica do antigo governo (FHC)

foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica.

O afastamento de Dilma Rousseff da presidência da república no ano de 2016, por meio de um processo de “impeachment”, desnudou as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento dessa funcionalidade, na tentativa de superação da crise pela qual passa o capital. Em seu lugar assumiu Michel Temer, (vice-presidente) representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira. Os documentos que anunciaram as ações a serem adotadas por este governo (“Ponte para o Futuro” e “Travessia Social”) apontaram para a aceleração e intensificação de medidas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores.

O SUS completou 29 anos de existência em 2017 e, apesar de ter conseguido alguns avanços, o SUS real está muito longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 como um sistema público universal não se efetivou (CFESS, 2010, p. 10).

### 1.1.2 O Serviço Social e a saúde pública

A expressão Serviço Social é de origem americana, denominado *Social Work* (trabalho social) e foi estruturada por organizações religiosas, em especial da Igreja Católica. Sua prática era baseada e movida pela providência divina, sendo que “o trabalho social consistia no reforço da moralidade e da submissão das classes dominadas. Era, portanto, o controle social da família operária para adequar e ajustar seu comportamento às exigências da ordem social estabelecida.” (FALEIROS, 2001, p. 88). A primeira escola de Serviço Social do mundo foi fundada em 1889 na cidade de Amsterdã.

Com o surgimento do sistema capitalista, se instituiu a sociedade de classe e um novo modo de produção nas relações sociais mediatizadas pela posse privada de

bens. De acordo com Martinelli (2010, p. 54), “[...] o capitalismo gera o mundo da cisão, da ruptura, da exploração da maioria pela minoria, o mundo em que a luta de classes se transforma na luta pela vida, na luta pela superação da sociedade burguesa.”

A população inserida neste sistema vivenciou o agravamento dos problemas sociais, ou seja, da questão social. Qualquer forma de enfrentamento dos trabalhadores era considerada, pela classe dominante, como uma falta de entendimento e “defeito” do indivíduo em relação ao outro e não como um problema estrutural. A questão social é pensada como:

[...] conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto a apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do “trabalhador livre”, que depende da venda de sua força de trabalho como meio de satisfação de suas necessidades vitais. A questão social expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (IAMAMOTO, 2001, p. 16-17, grifos da autora).

O trabalho social tinha o papel de ponderar os abusos e diminuir as rebeliões, na intenção de aliviar o sofrimento e melhorar a situação de milhares de pessoas. Ao realizar esse trabalho, o trabalhador social tinha uma visão ingênua e maniqueísta: “Ingênua porque pressupunha a solução dos problemas globais partindo de cada um deles isoladamente. Maniqueísta porque dividia o mundo entre bons e maus, abusadores e não abusadores, rebeldes e integrados.” (FALEIROS, 2001, p. 89).

À vista disso, as igrejas tinham a missão social de estabelecer a paz política e de fazer caridade, com o propósito de atenuar os conflitos da população que sofria com as de desigualdades e explorações. A justificativa era de cumprir suas obrigações com os necessitados. Destarte, a classe dominante disseminava aos sujeitos a culpa por sua própria condição, os considerando culpados por sua miséria e por seus fracassos (ESTEVÃO, 1985; FALEIROS, 2001).

Neste âmbito, a profissão de Serviço Social não existia, não era regulamentada, tinham-se as damas de caridades (assistentes sociais) que colaboravam voluntariamente para desempenhar as atividades solicitadas pela Igreja. Um marco importante para a organização da assistência social é a fundação

da Sociedade de Organização da Caridade em Londres, no ano de 1869.

A ampliação e a consolidação do capitalismo ocasionou um agravamento na questão social; a classe burguesa tinha que conseguir um mecanismo para preservar a ordem e a continuidade do seu poder, visto que,

A realidade trazida pelo capitalismo estava posta e imposta: ou o trabalhador se mercantilizava, assumindo a condição de mercadoria útil ao capital, ou se coisificava, assumindo o estado de “coisa pública” – respublica – a que correspondia a perda da cidadania, a “não-cidadania” (MARTINELLI, 2010, p. 57, grifos da autora).

É nesse contexto que surge “a necessidade de criar instituições que se encarregassem de formar pessoas especificamente para realizar as tarefas de assistência social e colocar em pauta a institucionalização do Serviço Social.” (ESTEVÃO, 1985, p. 14). Nas ações destas instituições, a intervenção do trabalhador social estava arraigada na assistência prestada aos pobres e oprimidos que viviam na marginalização social. Sendo assim,

[...] a origem do Serviço Social como profissão tem, pois, a marca profunda do capitalismo e do conjunto de variáveis que a ele estão subjacentes – alienação, contradição, antagonismo –, pois foi nesse vasto caudal que ele foi engendrado e desenvolvido. (MARTINELLI, 2010, p. 66).

Mary Richmond<sup>4</sup>, assistente social norte-americana, no início do século XX,

---

<sup>4</sup> Mary Richmond nasceu no dia 3 de agosto do ano de 1861, em Belleville. Seus pais mudaram-se para Baltimore, mas pouco tempo depois ficou órfã, pelo que foi criada pela avó e por uma tia. Estudou até aos 16 anos e após completar o curso secundário mudou-se com a tia para Nova York. Em 1881 retornou a Baltimore e foi então que Mary, que nunca havia sido religiosa, se aproximou da Igreja, onde começou a colaborar nos trabalhos da Escola Dominical, e com isso demonstrou ter dotes de professora. Mais tarde viria a entrar para a Sociedade da Organização da Caridade (C.O.S.) como tesoureira; devido ao seu mérito depressa ascendeu ao cargo de Secretária-geral da C.O.S., que desempenhou até 1919, mas onde constatou a necessidade de preparar pessoal para os trabalhos sociais, pelo que na Conferência de Toronto, em 1897, sugeriu a criação de um curso nesse sentido. A ideia foi levada a cabo no ano seguinte com a realização de um curso de verão, que depois se transformaria na primeira escola de Serviço Social, em Nova York. Enquanto esteve na C.O.S. escreveu intensamente artigos em revistas e jornais especializados. Em 1889 escreveu a “Visitação amigável aos pobres” onde prestava orientação aos voluntários que faziam as visitas domiciliares, nas suas obras sociais. Entretanto, já prestigiada, foi convidada para dirigir o Departamento da Organização da Caridade da Fundação Russel Sage, em Nova York. Mary Richmond deu uma grande contribuição para a terminologia do Serviço Social, introduzindo e definindo vários termos com ele relacionados. O seu pensamento social influenciou sobremaneira a profissão de assistente social do mundo inteiro, cuja doutrina enfoca duas principais noções. “Diagnóstico Social” e “Caso Social”, que profetizavam o estudo dos casos não só a partir da observação como das razões que estariam por detrás, de modo a caminhar-se na compreensão plena de cada caso. Isto é, defendia que o êxito do trabalho ou a solução do problema estaria antes na compreensão da situação.



começou a pensar e a estruturar o que é o Serviço Social e como essa profissão deveria ser exercida. Foi a primeira a escrever sobre a diferença entre “assistência social” (caridade ou filantropia), e o Serviço Social. Desenvolveu a técnica de tratar os indivíduos isoladamente (Serviço Social de Caso), o qual buscava compreender e resolver os problemas dos indivíduos de forma particular. Desenvolveu, em seguida, o Serviço Social de Grupo que tinha como objetivo atender uma maior demanda, considerando que, com o agravamento da crise capitalista resolver casos isolados não era suficiente para atender as grandes demandas, tendo em vista o aprofundamento da questão social (ESTEVÃO, 1985).

A profissão do Serviço Social, como afirma Martinelli (2010), se organizou como uma criação do capitalismo, uma vez que seu vínculo com o Estado e com a Igreja fez com que sua atuação se desenvolvesse como estratégia de controle social, alienação e manutenção do sistema vigente.

Nota-se uma contradição na prática profissional; enquanto esses profissionais são contratados pela classe burguesa, suas ações são conduzidas para a classe subalterna, uma vez que a intervenção profissional corresponde as demandas sociais com objetivo de mediar os conflitos sociais e validar os interesses da classe capitalista.

[...] a história da profissão só pode ser entendida no contexto das relações de classe, onde se expressa seu compromisso social. Historicamente, o Serviço Social tem evidenciado seu compromisso com os interesses das classes do bloco hegemônico do poder, confrontando-se, contraditoriamente, com a clientela que tem se constituído no sujeito de sua ação cotidiana. (IAMAMOTO & RAUL apud SILVA, 2007, p. 36).

O Serviço Social enquanto profissão surgiu e institucionalizou-se através de suas ações que buscavam dar respostas a uma demanda social concreta, a qual se apresentava com relevante processo de contradição entre o capital e o trabalho. Conseqüentemente, o serviço social tem a questão social como seu objeto de estudo e intervenção, sendo este constituído na dinâmica das relações sociais, a partir das contradições originadas no sistema capitalista.

No Brasil, o Serviço Social surgiu na década de 1930 em articulação com a história dos processos econômicos, das classes e das próprias ciências sociais, tal como pelos setores político, social e religioso.

O país vivia um momento de turbulência devido a diversos fatores: Grande Guerra, Revolução Russa e problemas derivados da quebra da Bolsa de Nova York. Isso ocasionou grandes impactos econômicos e políticos no Brasil, o qual sofreu com a queda do preço do café, seu maior produto de exportação, causando aumento do custo de vida da população e avanço da pobreza (CARVALHO, 2006b).

Entre 1930 e 1937 o país viveu um período de grandes agitações políticas devido à amplitude e a organização de movimentos políticos. A origem do Serviço Social brasileiro está ligada, também, à ação da Igreja Católica e de sua estratégia de adequação às mudanças econômicas e políticas.

Como profissão inscrita na divisão do trabalho, o Serviço Social surge como parte de um movimento social mais amplo, de bases confessionais, articulado à necessidade de formação doutrinária e social do laicato, para uma presença mais ativa da Igreja Católica no “mundo temporal”, nos inícios da década de 30. Na tentativa de recuperar áreas de influências e privilégios perdidos, em face da crescente secularização da sociedade e das tensões presentes nas relações entre Igreja e Estado, a Igreja procura superar a postura contemplativa. (IAMAMOTO, 2013, p. 18, grifos da autora).

Os assistentes sociais recém-formados em 1936, na operacionalização de sua intervenção, atuavam na mudança de hábitos das famílias e pessoas, na perspectiva de melhorar os comportamentos, as condições de higiene, voltados à moral e à sua inserção na ordem social (FREIRE, 2006).

Tendo como competência elaborar, programar e executar políticas sociais, mais especificamente políticas públicas, os assistentes sociais apresentam-se como “um executor terminal de políticas sociais, intervindo diretamente com a população usuária” (NETTO, 1992 apud IAMAMOTO, 2008 p. 20).

Sua função enquanto profissão para classe burguesa devia seguir na direção de amenizar conflitos, uma vez que “[...] se alicerça tanto no processo conservador de manutenção da ordem como no processo renovador [...] de mudança do comportamento em função das normas de higiene social, controle biopsíquico, recuperação dos indivíduos.” (FALEIROS, 2006, p. 13).

Os anos 1960 representaram para o Serviço Social brasileiro o início de um processo de reformulação que se prolongou por três décadas, fomentando um redimensionamento e um amadurecimento profissional.

A década de 1980 é apontada como um período de emancipação intelectual do Serviço Social, com a sua consolidação acadêmica, no qual nota-se uma aproximação e comprometimento com a perspectiva ontológica de Karl Marx<sup>5</sup>.

Ao buscar novas bases de legitimidade para ação profissional, por meio da aproximação com a tradição marxista e da ampliação da bagagem teórica, o serviço social passa a analisar as contradições do seu exercício profissional e se põe a serviço dos usuários, rompendo com a reprodução do controle social. Nessa lógica, passa a compreender as implicações políticas de sua prática profissional, a divergência da luta de classes e desenvolve seu posicionamento crítico.

Hoje em dia, busca assegurar valores que norteiem a legitimação de práticas que colaborem para a construção de uma nova ordem societária, onde a lógica não seja a contradição gênero/indivíduo e tampouco o primado da mercantilização na vida social (FORTI, 2013). Deste modo, o serviço social rompe com o conservadorismo tradicional e estrutura um aparato jurídico, normativo e político ajustado a esta nova fase profissional. Considerando que, “o Serviço Social, como prática social e histórica, apresenta a necessidade de constante revisão teórica, metodológica, para um agir comprometido e coerente com a realidade em que atua.” (SETUBAL, 2009, p. 118).

O assistente social ocupa lugar privilegiado no mercado de trabalho, pois ele trabalha com o cotidiano das classes e grupos sociais menos favorecidos. Tem a capacidade de elaborar conhecimento sobre essa mesma realidade, sendo este o seu principal instrumento de trabalho, uma vez que lhe possibilita ter diversas alternativas de intervenção profissional.

A saúde tem sido o maior empregador de assistentes sociais, do início da profissão até o final dos anos de 1980 e sua atuação neste campo se deu no âmbito curativo, por meio de abordagem individual.

---

<sup>5</sup> Karl Marx foi um filósofo, sociólogo, jornalista e revolucionário socialista. Nascido na Prússia, ele mais tarde se tornou apátrida e passou grande parte de sua vida em Londres, no Reino Unido. Criou as bases da doutrina comunista, onde criticou o capitalismo. Sua filosofia exerceu influência em várias áreas do conhecimento, tais como Sociologia, Política, Direito, Teologia, Filosofia, Economia, entre outras. A obra de Marx em economia estabeleceu a base para muito do entendimento atual sobre o trabalho e sua relação com o capital, além do pensamento econômico posterior. Ele publicou vários livros durante sua vida, sendo que O Manifesto Comunista (1848) e O Capital (1867-1894) são os mais proeminentes. As teorias de Marx sobre a sociedade, a economia e a política — a compreensão coletiva de que é conhecido como o marxismo — sustentam que as sociedades humanas progridem através da luta de classes: um conflito entre uma classe social que controla os meios de produção e a classe trabalhadora, que fornece a mão de obra para a produção e que o Estado foi criado para proteger os interesses da classe dominante.

Diante dos interesses contrários à consolidação do SUS, a inserção do assistente social na saúde também é contraditória e evidencia diferentes demandas para atuação profissional. A organização social capitalista agrega várias armadilhas no cotidiano profissional que devem ser objetos de atenção, e é com esta visão que o assistente social deve compreender as contradições postas no seu cotidiano profissional (IAMAMOTO, 2008).

O assistente social deve apropriar-se das contradições que perpassam a política de saúde para que se engaje no processo de defesa do SUS, através de sua atuação nos espaços sócio-ocupacionais e como fomentador do debate acerca da luta pela efetivação do direito à saúde.

Conforme a promoção da saúde passa a ser essencial, incluindo no conceito a intersectorialização com as demais políticas sociais, além do controle social, ganham projeção as ações dos assistentes sociais. Reconhece-se a compreensão da saúde como um processo, priorizando a vida com qualidade ao invés da ausência de doença, a promoção da saúde situa-se em oposição crítica à medicalização da vida social, destacando o aspecto político que induziria a relações sociais mais igualitárias (MARCONDES, 2004).

Com o debate do projeto ético-político no final da década de 1990 e a primeira dos anos 2000, tem-se uma crescente participação dos assistentes sociais da saúde nas discussões da saúde coletiva. As publicações desta última década rechearam o debate sobre o Serviço Social na saúde, principalmente no âmbito do SUS.

As referências para o debate nacional são as produções de Maria Inês Bravo, Ana Maria de Vasconcelos, Maurílio Matos, Maria Valéria Correia, Regina Célia Mioto, Vera Maria Nogueira, Dalva Horário, Jussara Mendes, entre outros. E o documento lançado pelo CFESS, construído a partir de um debate nacional, *Os Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde*, vem esclarecer as conexões entre o projeto ético-político da categoria com as bases da Reforma Sanitária e sugerir eixos para a prática do assistente social na saúde. (KRÜGER, 2010, p. 129, grifos da autora).

Segundo o documento *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde* (CFESS, 2010, p. 26), os profissionais são direcionados pelo projeto privatista a trabalharem,

A seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Em contrapartida, o projeto de reforma sanitária apresenta como principais demandas do serviço social na saúde questões como:

[...] a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010, p. 26).

Existe uma relação entre o projeto ético-político profissional e o de reforma sanitária por meio da afinidade entre os princípios, aportes e referências teóricas e metodológicas, além da semelhança no momento histórico em que estes projetos são construídos, ambos no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980 (NOGUEIRA; SARRETA, 2016).

Tem-se como limites da prática profissional no campo da saúde a forte presença da perspectiva conservadora que se evidencia na descrença da saúde enquanto política pública universal, na necessidade da construção de um saber específico e fragmentado, na autorrepresentação dos assistentes sociais enquanto sanitaristas após realizarem a formação em saúde pública, e na intervenção fenomenológica denominada Serviço Social clínico (CFESS, 2010).

Frequentemente a prática do Serviço Social apenas é considerada no atendimento ao usuário em nível de assistência, sendo deixada de lado nos cargos de gestão, assessoria e planejamento.

A categoria deve considerar o conceito ampliado de saúde, não ausência de doença e sim fruto das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. A atuação profissional deve rejeitar as práticas paramédicas e a fragmentação do conhecimento, visto que o trabalho com os aspectos sociais exigem que o sujeito seja atendido em sua totalidade.

Uma atuação adequada do assistente social na saúde implica em:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;

- Estimular a intersectorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2010, p.30).

A preocupação do Serviço Social na saúde deve ser a identificação dos impasses existentes para a efetivação do projeto de reforma sanitária e do projeto ético político. Para Costa (2000, p. 62),

“O assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a crer que o seu principal papel é assegurar a integralidade das ações.”

O Serviço Social precisa se inserir nas comissões dos seguintes temas: Política Nacional de Humanização, projeto de transformar os serviços públicos em fundações estatais de direito privado e judicialização da saúde. Estes três debates são extremamente polêmicos e cheios de armadilhas. Nestes espaços de trabalho na saúde, um dos grandes potenciais têm sido as práticas interdisciplinares.

O assistente social, por sua formação com base nas Ciências Sociais e também se utilizando de indicadores socioeconômicos e epidemiológicos, pode ser um articulador, conseguindo indicar reflexões e formas de atendimento numa perspectiva de totalidade. Ou seja, pode pautar as reflexões no grupo de profissionais em direção ao reconhecimento das necessidades em saúde e das determinações sociais do processo saúde e doença, desvelando as leituras moralistas e higienistas que muitas vezes prevalecem nas discussões encaminhamentos dos grupos que pretendem atuar de maneira interdisciplinar. A dimensão ético-política do projeto profissional tem enfatizado que cabe ao assistente social reconhecer as determinações socio-históricas e econômico-políticas dos problemas que chegam na imediaticidade cotidiana dos serviços. Portanto, a capacidade analítica e de mediação do assistente social em problematizar as demandas imediatas explicitando suas conexões com uma demanda coletiva e indicando as conexões com as respostas das políticas sociais, pode qualificar este campo de debate do social que já tem sido reconhecido como comum aos demais trabalhadores da saúde. (KRÜGER, 2010, p. 141-142)

O trabalho em saúde para o assistente social combina saberes ligados às Ciências Sociais se afastando do campo das Ciências da Saúde. Deste modo, o profissional precisa estudar a ligação entre o aspecto biológico e as condições sociais.

É na perspectiva da atenção integral que o profissional de Serviço Social estrutura seu processo de trabalho no interior das equipes de saúde. Com uma abordagem individual e coletiva constrói sua prática na perspectiva do direito e da ampliação da cidadania contribuindo, com um aporte teórico metodológico sobre o processo saúde-doença, para o avanço das reflexões e possibilidades de atuação interdisciplinar no cuidado à saúde. (MOURÃO et al, 2006, p. 374).

Não pode ignorar o processo em que se insere o ensino superior no país, à educação, principalmente o nível superior, tem sido sucateada no âmbito público por corte de verbas, o que gera privatizações, interferências de entidades e órgãos que visam o lucro e golpeiam o princípio da autonomia universitária.

## 1.2 Cuidados paliativos

### 1.2.1 Aspectos históricos e conceituais

A palavra "paliativo" tem origem no latim *pallium*, que metaforicamente significa tapar, disfarçar ou encobrir, mas também quer dizer cobrir, amparar, abrigar. Paliativo pode ser uma medida tomada para determinada situação que apenas disfarça e não resolve o problema. Também pode ser um medicamento que alivia os sintomas, mas não cura a doença.

O cuidado paliativo se confunde historicamente com o termo *hospice*, que definia abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. O relato mais antigo remonta ao século V, quando Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, da África e dos países do leste, no Hospício do Porto de Roma. Varias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Essa prática se propagou com

organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, passaram a ter características de hospitais (ANCP, 2009).

O Movimento *Hospice* Moderno foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders, com formação humanista e médica, que em 1967 fundou o *St. Christopher's Hospice*, cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países. (PESSINI, 1996, p. 7, grifos do autor).

Na década de 1970, o encontro de Cicely Saunders<sup>6</sup> com Elisabeth Klüber-Ross<sup>7</sup>, nos Estados Unidos, fez com que o Movimento *hospice* também crescesse naquele país.

Em 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho responsável por definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice* que fossem recomendados em todos os países para pacientes com câncer. O termo cuidados paliativos, já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido a dificuldade de tradução adequada do termo *hospice* em alguns idiomas. (CREMESP, 2008, p. 18).

Na Inglaterra, em 2005, havia 1.700 *hospices*, com 220 unidades de internação para adultos, 33 unidades pediátricas e 358 serviços de atendimento domiciliar. Estes serviços todos ajudaram cerca de 250 mil pacientes entre 2003 e 2004. Os pacientes têm acesso gratuito a cuidados paliativos, cujos serviços são

---

<sup>6</sup> **Cicely Saunders** nasceu em 22 de junho de 1918, na Inglaterra, e dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano. Ela graduou-se como enfermeira, depois como assistente social e como médica. Escreveu muitos artigos e livros que até hoje servem de inspiração e guia para paliativistas no mundo todo. Em 1967, ela fundou o *St. Christopher's Hospice*, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico. Até hoje, o *St. Christopher's* é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa. Foi ela quem desenvolveu o termo "dor total", que engloba dor física, mental, social e espiritual e sempre trabalhava a importância de escutar o paciente.

<sup>7</sup> **Elisabeth Klüber-Ross** (8 de julho de 1926 — 24 de agosto de 2004) foi uma psiquiatra que nasceu na Suíça. Ela é a autora do livro *On Death and Dying*, no qual ela apresenta o conhecido Modelo de Kübler-Ross. Após uma série de derrames cerebrais, Elisabeth faleceu aos 78 anos em Scottsdale, Arizona. Em 2007 ela foi eleita para o *National Women's Hall of Fame* dos Estados Unidos. A publicação de seu livro mais famoso em 1969 *On Death and Dying* (Sobre a morte e o processo de morrer) marcou o rumo de seu trabalho, enriquecido posteriormente com contribuições de especialistas de uma área específica da profissão médica, a tanatologia. Nesse livro, ela identifica fases nos períodos que antecedem a morte e cria métodos para médicos, enfermeiros e familiares acompanharem e ajudarem um paciente terminal. Elisabeth foi pioneira no tratamento de pacientes em estado terminal. Ela deu o impulso para a criação de sistema de asilos específicos para doentes nos Estados Unidos, que são estabelecimentos para internar e cuidar de pessoas em estágio terminal. No final de sua carreira, Elisabeth dedicou sua pesquisa à verificação da suposta "vida após a morte", fazendo, com sua equipe, milhares de entrevistas com pessoas que relataram experiências de uma suposta morte (pessoas que morreram por alguns instantes e voltaram), também chamadas de experiências de quase morte (EQM). Esse novo interesse da especialista na época foi recebido com ceticismo pela maioria dos cientistas e médicos.



custeados pelo governo ou por doações. A medicina paliativa é reconhecida como especialidade médica (ANCP, 2009).

Nos Estados Unidos, o movimento cresceu a partir de um grupo de voluntários que se dedicava a pacientes que morriam isolados. Em 2005, mais de 1,2 milhão de pessoas e suas famílias receberam tratamento paliativo. Nesse país, a medicina paliativa é uma especialidade médica reconhecida também.

No Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos cuidados paliativos são encontradas desde os anos 1970. Conforme Peixoto (2004), o primeiro serviço de cuidados paliativos no Brasil surgiu no Rio Grande do Sul em 1983, seguido da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 1986, e logo após em Santa Catarina e Paraná.

Foi nos anos 1990 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados, ainda de forma experimental. Destacamos o pioneirismo do Prof. Dr. Marco Túlio de Assis Figueiredo<sup>8</sup>, que abriu os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM). Em 1997 surgiu a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), formada por profissionais que tinham o objetivo de divulgação dos cuidados paliativos no país.

Outro serviço importante e pioneiro no Brasil é o do Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, que inaugurou em 1998 o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos Cuidados Paliativos.

Em dezembro de 2002, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – HSPE/SP inaugurou sua enfermaria de Cuidados Paliativos, comandada pela Dra. Maria Goretti Sales Maciel<sup>9</sup>, mas o programa, no entanto, existe desde 2000. Em

---

<sup>8</sup> **Prof. Dr. Marco Túlio de Assis Figueiredo**, em 1948, graduou-se em Medicina pela atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), fez residência médica na Universidade da Pensilvânia (EUA, 1950-1952) e doutorado em Anatomia Patológica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, 1976). Criador e, por vários anos, chefe, do Ambulatório de Cuidados Paliativos da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), onde, junto com toda a sua equipe, trabalhava voluntariamente. Foi também professor da Disciplina de Cuidados Paliativos na mesma universidade, e sócio fundador da *International Association for Hospice and Palliative Care*, nos EUA. Em 2004, participou das reuniões que deram origem à Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), tornando-se membro honorário desta entidade. Como professor da UNIFESP, organizou as disciplinas eletivas de Cuidados Paliativos (1998) e Tanatologia (2007). Deixou inúmeros artigos científicos e ministrou dezenas de palestras e cursos. Um de seus trabalhos mais conhecidos era a tradução do livro *Bilhete de Plataforma*, de Derek Doyle, um dos mais importantes na área.

São Paulo, outro serviço pioneiro é do Hospital do Servidor Público Municipal comandado pela Dra. Dalva Yukie Matsumoto<sup>10</sup>, que foi inaugurado em junho de 2004, com início do projeto em 2001.

O Brasil teve um grande avanço nos cuidados paliativos a partir do ano de 2000. Em 2002, foi criado o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, através da Portaria nº 1.319 de 23 de julho de 2002 do Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde.

No ano de 2005 foi criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), com o objetivo de colaborar para o ensino e pesquisa dos cuidados paliativos no Brasil. Outros serviços implantados: o Projeto Casa Vida, ligado ao Hospital do Câncer de Fortaleza; o grupo de Cuidados Paliativos em AIDS do Hospital Emílio Ribas de São Paulo; os trabalhos desenvolvidos pelos Hospitais de Câncer de Salvador, Barretos, Goiânia, Belém, Manaus e São Paulo, ambulatórios e enfermarias em Hospitais Universitários como o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), entre outros.

Atualmente, existe a Casa do Cuidar e o Instituto Paliar, ambos na cidade de São Paulo/SP, voltados à prática e ao ensino em cuidados paliativos, bem como a divulgação desse conhecimento aos profissionais de saúde.

A OMS publicou sua primeira definição de cuidados paliativos em 1990:

“Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do cuidado paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares.” (ANCP, 2009, p.15).

---

<sup>9</sup> **Maria Goretti Sales Maciel**, possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (1983) e especialização em Medicina Geral e Comunitária pela Associação Hospital de Cotia AHC (1986). Atualmente é Diretora de Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE e Diretora/Coordenadora Pedagógica/Professora do Instituto Paliar. É Coordenadora do Programa de Residência em Medicina Paliativa do IAMSPE. Membro da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina - CFM e doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo. Coordenadora dos cursos de Pós-graduação em Medicina Paliativa e de Cuidados Paliativos do Centro Universitário São Camilo/Instituto Paliar, entre março de 2013 e julho de 2016. É sócia fundadora da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e foi presidente da entidade no período de 2005-2008 e 2014-2016. Tem experiência na área de Medicina da Família, Cuidados Paliativos e Saúde Pública.

<sup>10</sup> **Dalva Yukie Matsumoto**, médica clínica geral e oncologista, graduada pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos em 1978. Especialização em Medicina Paliativa pela Universidad del Salvador em 2008 e Pallium Association em Buenos Aires. Atualmente exerce atividades no Hospital do Servidor Público Municipal como Coordenadora do Serviço de Assistência Domiciliária e da Hospedaria de Cuidados Paliativos. Diretora da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e Diretora e Coordenadora Técnica do Hospital Premier.

Essa definição foi revisada em 2002 pela OMS:

Cuidado Paliativo é “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.” (ANCP, 2009, p. 16)

Indica-se o cuidado paliativo desde o diagnóstico, ampliando o campo de atuação. Não se fala em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano (ANCP, 2009).

Entendem-se como cuidados paliativos quando são realizados por uma equipe multiprofissional em trabalho harmônico e convergente. O foco da atenção é o doente e não a doença a ser curada/controlada, o paciente é visto como um ser ativo, com direito a informação e autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento. A prática adequada dos cuidados paliativos preconiza atenção individualizada ao doente e à sua família, busca da excelência no controle de todos os sintomas e prevenção do sofrimento (CREMESP, 2008).

Os cuidados paliativos baseiam-se em conhecimento científico essencial a várias especialidades e possibilidades de intervenção clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento da ciência médica. Porém, o trabalho de uma equipe de cuidados paliativos é regido por princípios claros, que podem ser evocados em todas as atividades desenvolvidas. Estes princípios também foram publicados pela OMS em 1986 e reafirmados em 2002 (WHO, 1990; 2004). Os princípios dos cuidados paliativos são:

**Promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes:** Considere-se aqui os sintomas estressantes para o doente, principal foco da atenção.

**Reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural:** Condição fundamental para quem deseja trabalhar com Cuidados Paliativos é ter sempre presente o sentido da terminalidade da vida. O que não significa banalizar a morte e nem deixar de preservar a vida. Porém, a compreensão do processo de morrer permite ao paliativista ajudar o paciente a compreender sua doença, a discutir claramente o processo da sua finitude e a tomar decisões importantes para viver melhor o tempo que lhe resta.

**Não pretender antecipar e nem postergar a morte:** Porém, sabe que ao propor medidas que melhorem a qualidade de vida, a doença pode ter sua evolução retardada. As ações são sempre ativas e reabilitadoras, dentro de um limite no qual nenhum tratamento pode significar mais desconforto ao doente do que sua própria doença.

**Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado:** Por este motivo o cuidado paliativo é sempre conduzido por uma equipe multiprofissional, cada qual em seu papel específico, mas agindo de forma integrada, com frequentes discussões de caso, identificação de problemas e decisões tomadas em conjunto.

**Oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até a sua morte:** Este princípio determina a importância das decisões e a atitude do paliativista. Segui-lo fielmente significa não poupar esforços em prol do melhor bem-estar e não se precipitar, em especial, na atenção à fase final da vida, evitando-se a prescrição de esquemas de sedação pesados, exceto quando diante de situações dramáticas e irreversíveis, esgotados todos os recursos possíveis para o controle do quadro. A sedação está indicada em situações de dispneia intratável, hemorragias incontroladas, delírio e dor refratária a tratamento, o que, com todo o conhecimento atual de analgésicos e procedimentos adequados, é situação rara.

**Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença:** Família em Cuidados Paliativos é unidade de cuidados tanto quanto o doente. Deve ser adequadamente informada, mantendo um excelente canal de comunicação com a equipe. Quando os familiares compreendem todo o processo de evolução da doença e participam ativamente do cuidado sentem-se mais seguros e amparados. Algumas complicações no período do luto podem ser prevenidas. É preciso ter a mesma delicadeza da comunicação com o doente, aguardar as mesmas reações diante da perda e manter a atitude de conforto após a morte.

**Deve ser iniciado o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas:** Estar em cuidados paliativos não significa ser privado dos recursos diagnósticos e terapêuticos que a medicina pode oferecer. Deve-se usá-los de forma hierarquizada, levando-se em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados. Começar precocemente a abordagem paliativa permite a antecipação dos sintomas, podendo preveni-los. A integração do paliativista com a equipe que promove o tratamento curativo possibilita a elaboração de um plano integral de cuidados, que perpassa todo o tratamento, desde o diagnóstico até a morte e o período após a morte do doente. (CREMESP, 2008, p. 18-21).

Não é ter uma postura oposta à medicina tecnológica, mas sim de questionar e refletir sobre a nossa conduta diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio entre conhecimento científico e o humanismo para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz.

### 1.2.2 Áreas de intervenção

Pela definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a

continuidade da vida, precisariam receber a abordagem dos cuidados paliativos desde o seu diagnóstico.

Todavia, se essa referência tivesse que ser exercida, a maioria dos pacientes ficaria sem nenhuma assistência paliativa, pois não temos disponibilidade de profissionais e serviços que possam dar conta do atendimento dessa população.

Devido a essa dificuldade de avaliar e cuidar do sofrimento, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) estabeleceu alguns critérios para cuidados paliativos, considerando a possibilidade de indicação para pacientes que findaram todas as possibilidades de tratamento de manutenção ou prolongamento da vida, que demonstram sofrimento moderado a intenso e que elegem o conforto e a dignidade da vida.

O critério mais debatido é o que se refere ao prognóstico de tempo de vida do paciente. O limite eleito é seis meses de expectativa de vida, uma vez que esse critério foi importado do Medicare Americano<sup>11</sup>, que institui o tempo de sobrevida esperado como um dos critérios de indicação para assistência de *hospice* (ANCP, 2009).

O maior perigo de se avaliar tempo de sobrevida de uma pessoa é determinar a morte social antes da morte física propriamente dita. Quando se institui que um paciente tem uma expectativa de vida pequena, corre-se o risco de subestimar suas necessidades e negligenciar a possibilidade de conforto do paciente e de sua família (ANCP, 2009).

Para contornar a dificuldade de avaliação prognóstica, foram estabelecidos alguns critérios clínicos para cada doença ou para cada condição clínica, que auxiliam na decisão de encaminhar o paciente aos Cuidados Paliativos. Alguns desses critérios dizem respeito a condições mórbidas específicas, como insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer, esclerose lateral amiotrófica (ELA), demência e outras doenças degenerativas progressivas. Indicadores não específicos, como perda ponderal progressiva, declínio de proteínas plasmáticas e perda funcional, também são utilizados. (ANCP, 2009, p. 24).

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos (CREMESP, 2008, p. 21), a prática dos cuidados paliativos baseia-se no controle dos sintomas de natureza física, psicológica, social e espiritual. Estes princípios se fundamentam em:

---

<sup>11</sup> É o nome do sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos Estados Unidos da América e destinado às pessoas de idade igual ou maior que 65 anos ou que se adequem a certos critérios de rendimento.

- Avaliar antes de tratar;
- Explicar as causas dos sintomas;
- Não esperar que um doente se queixe;
- Adotar uma estratégia terapêutica mista;
- Monitorizar os sintomas;
- Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas;
- Cuidar dos detalhes;
- Estar disponível.

A prática dos cuidados paliativos precisa ser adaptada a cada país ou região de acordo com aspectos relevantes como: disponibilidade de recursos materiais e humanos, tipo de planejamento em saúde existente, aspectos culturais e sociais da população atendida.

Após discussões em grupos de trabalho, como o formado no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e na Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) foram sugeridas algumas definições. Não devem ter caráter normatizador ou impositivo, mas podem servir como sugestão para a formulação de políticas locais de cuidados paliativos. Definições:

**Paciente terminal:** O grupo do CREMESP sugere que se evite este termo por ser muitas vezes estigmatizante e capaz de gerar confusões. A literatura mundial o define de formas diferentes, como a existência de doença incurável, o período compreendido entre o final do tratamento curativo e a morte, ou, ainda, como a fase designada como processo de morte, que inclui duas fases distintas: últimas semanas de vida e últimas horas de vida. A sugestão é que se designe:

**Paciente elegível para cuidados paliativos:** A pessoa portadora de doença crônica, evolutiva e progressiva, com prognóstico de vida supostamente encurtado a meses ou ano. Em doenças de progressão lenta como o Mal de Alzheimer, algumas síndromes neurológicas e determinados tipos de tumor, considera-se o período de alta dependência para as atividades de vida diária, com possibilidade de um prognóstico superior a um ano de vida. Corresponde a um perfil funcional igual ou inferior a 40% ou menos na escala de Karnofsky<sup>12</sup> ou PPS.

**Paciente em processo de morte:** Aquele que apresenta sinais de rápida progressão da doença, com prognóstico estimado a semanas de vida ou mês.

**Fase final da vida:** Aquele período em que supostamente o prognóstico de vida pode ser estimado em horas ou dias.

**Paliação:** Toda medida que resulte em alívio de um sofrimento do doente.

**Ação paliativa:** Qualquer medida terapêutica, sem intenção curativa, que visa a diminuir, em ambiente hospitalar ou domiciliar, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente. É parte integrante da prática do profissional de saúde, independente da doença ou de seu estágio de evolução. (CREMESP, 2008, p. 21-22).

---

<sup>12</sup> O **performance status de Karnofsky** é um sistema de escore que, dentre outros, classifica os pacientes em uma escala de 0 a 100, onde 100 corresponderia à "saúde perfeita" e 0 à morte.

A diferença na amplitude dos cuidados e na sua pertinência depende da fase em que se encontra a doença e da história natural de cada uma delas.

Foram estabelecidos alguns critérios clínicos para cada doença ou para cada condição clínica, que auxiliam na decisão de encaminhar o paciente aos cuidados paliativos. Alguns desses critérios dizem respeito a condições mórbidas específicas, como: insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença renal terminal (DRT), doença hepática crônica (DHC), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (acquired immunodeficiency syndrome – HIV/AIDS), doença neurológica de longa duração, doença mental, acidente vascular encefálico (AVE), demência, câncer, esclerose lateral amiotrófica (ELA) (ANCP, 2009).

Desde o cuidado executado por equipes de saúde da família para necessidades mais básicas, até o cuidado com equipes capacitadas para resolução de problemas complexos, os cenários de atuação são diversificados. Temos como modelos de assistência:

**Hospital:** Temos visto se desenvolver alguns dos principais serviços de cuidados paliativos no Brasil: Hospital Emilio Ribas de São Paulo, Instituto Nacional do Câncer (INCA) no Rio de Janeiro, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP), Grupo Interdisciplinar de Suporte Terapêutico Oncológico (GISTO) do Hospital Erasto Gaertner em Curitiba, Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas (CEPON) de Florianópolis, Hospital do Câncer de Barretos, Hospital Costa Cavalcanti de Foz do Iguaçu, Hospital do Câncer de Londrina, entre tantos outros serviços que se multiplicam. Existe também esse serviço no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM/SP). Ele atua em espaço físico fora do hospital, sendo algo mais próximo do modelo de *hospice* existente na Europa. O ambiente hospitalar, com suas peculiaridades, faz com que seja procurado prioritariamente como um ambiente de cuidados em fim de vida. (ANCP, 2009, p. 58-60).

A desvantagem do ambiente hospitalar é que o paciente vai estabelecer associação com procedimentos invasivos e dolorosos, como punções venosas ou arteriais, sondagens (urinárias, nasogástricas, etc.), drenagens e intubação, num momento em que o importante é o conforto e o alívio dos sintomas.

**Domicílio:** Quando os profissionais conseguem tratar os pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura e dentro da ótica dos cuidados paliativos de maneira satisfatória, informando de forma honesta e verdadeira as questões relativas a diagnóstico, prognóstico e planejamento de cuidados, o paciente, por vezes, solicita os cuidados em sua residência. (ANCP, 2009, p. 58-60).

Sendo assim, o paciente encontra-se dentro de um ambiente conhecido, mantendo sua intimidade, e pode realizar algumas tarefas laborais, manter alguns hábitos e atividades de lazer. A alimentação é mais variada e os horários não são rígidos. Fortalece sua autonomia e sua integridade como pessoa – ele não é o “leito” X, o CA de laringe, mas o Sr. José, a Sra. Maria, com suas histórias de vida e adoecimentos. Os familiares têm maior satisfação por estar participando ativamente do cuidado (ANCP, 2009).

Assim, podem-se reduzir internações hospitalares longas e de alto custo, tratamentos desnecessários ou futilidade terapêutica, propiciando alocação adequada de recursos.

Para se atingir o sucesso no atendimento domiciliar com o enfoque paliativo, é necessário reunir uma série de condições que propiciará um cuidado eficaz: ter diagnóstico definido; ter um plano terapêutico definido e registrado; residir em domicílio que ofereça as condições mínimas para higiene (luz e água encanada); ter cuidador responsável e capaz de compreender as orientações dadas pela equipe; desejo e/ou permissão expressa para permanecer no domicílio dados pelo paciente ou familiar no impedimento desse (ANCP, 2009).

A Organização de serviços de cuidados paliativos de acordo com a ANCP (2009, p. 75-83) se divide em:

**Unidades de internação em Cuidados Paliativos:**

**Enfermaria em hospital geral** – Ala de um hospital geral, secundário ou terciário, que opera em leitos próprios e com equipe especializada em cuidados paliativos. A equipe deve ser composta por médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem, psicólogo, assistente social e capelão de caráter ecumênico. Pode contar também com fisioterapeutas, farmacêuticos clínicos e voluntários, além da ação intermitente de outros profissionais e clínicas do hospital;

**Equipe consultora hospitalar** – Consiste na criação de uma equipe profissional treinada que se coloca à disposição de todas as equipes de diferentes especialidades no hospital para a elaboração de um plano de cuidados dirigido ao paciente e a sua família. Nesse caso, a equipe não assume o doente de forma integral;

**Unidade hospitalar especializada** – Este é o termo equivalente ao inglês *hospice*. Consiste numa unidade de saúde com complexidade mediana, apta a dar respostas rápidas às necessidades mais complexas dos doentes. Diferencia-se do hospital geral pelo espaço destinado a atividades diversas e convivência, inclusive para familiares, flexibilidade e atuação contínua de equipes multiprofissionais, além de programação distinta e de caráter holístico.

**Unidades de atendimento a pacientes externos:**

**Ambulatório de cuidados paliativos** – Definido como unidade ambulatorial baseada no modelo de consultas com um especialista destina-se ao



atendimento de pacientes portadores de doença avançada, progressiva, ameaçadora da vida e com poucas chances de cura. Atendendo ao princípio da atenção multiprofissional ao doente, o ambulatório de cuidados paliativos deve ser organizado para garantir o tratamento por equipe multiprofissional de cuidados paliativos, a ser definido como equipe mínima (médico, enfermeiro, psicólogo, com ou sem assistente social) ou equipe nuclear completa (médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e assistente social, com possibilidade de acessar outros profissionais, quando necessário);

**Unidade/dia** – Modalidade de assistência destinada a pacientes que permanecem no domicílio, cujo foco é prover a atenção em determinadas necessidades no curso de uma doença grave. A unidade/dia inclui: fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia, arteterapia, cuidados com a aparência, nutrição e encontro com outros doentes e familiares, possibilitando a troca de experiências de forma dirigida por profissionais qualificados para a tarefa. Pode-se conciliar o espaço da unidade/dia de cuidados paliativos com o atendimento ambulatorial, o que tende a ser uma otimização de espaço físico e uma oferta de conforto para doentes e familiares;

**Atendimento domiciliar em Cuidados Paliativos** – A modalidade de atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos no domicílio caracteriza-se por atividade destinada a portadores de doença avançada, em progressão e com necessidade contínua de monitoramento de sintomas e aplicação de um plano de cuidados previamente estabelecido. As visitas podem ser realizadas por médico ou enfermeiro treinados para esse fim e atento às especificidades dos cuidados paliativos. O ideal é que seja realizada pela equipe de atenção primária mais próxima da residência, em consonância e em contínua troca de informações com a equipe especializada;

**Hospedarias de cuidados paliativos** – Concebidas com base no que os americanos chamam de *nursing homes*, são unidades destinadas a pacientes relativamente estáveis, com grau variado de dependência funcional e sintomas bem controlados ou de intensidade leve a moderada. Abrigam pacientes que poderiam permanecer em seus domicílios, mas não conseguem por fatores distintos como falta de cuidador habilitado, distância do centro de tratamento em situação de necessidade de intervenções paliativas e dificuldades relativas à alta dependência.

Nas diretrizes elaboradas pela Câmara Técnica de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde, ficam estabelecidos quatro níveis de atenção em cuidados paliativos, com base em documento elaborado ANCP: ação paliativa – cuidado dispensado em nível comunitário por equipe vinculada ao Programa de Saúde da Família (PSF), treinada para tal finalidade; cuidados paliativos de grau I – cuidado dispensado por equipe especializada em cuidados paliativos em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, porém sem leito próprio; cuidado paliativo de grau II – cuidado dispensado por equipe especializada em cuidados paliativos em nível hospitalar, ambulatorial ou domiciliar que atua com leitos próprios de internação; cuidado paliativo de grau III – mesma característica do cuidado de grau II acrescida de capacidade para a formação de profissionais em Cuidados Paliativos (ANCP, 2009).

### 1.2.3 Funcionalidade de um Hospital de Câncer (HC)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO, 2005), a portaria da SAS/MS define que a rede de atenção oncológica deverá ser composta por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) são hospitais que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (PNAO, 2005).

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia podem prestar atendimento em (PNAO, 2005):

- I. Serviço de Cirurgia Oncológica;
- II. Serviço de Oncologia Clínica;
- III. Serviço de Radioterapia;
- IV. Serviço de Hematologia;
- V. Serviço de Oncologia Pediátrica.

Para que um hospital seja credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia deverá obrigatoriamente contar com, no mínimo, os Serviços de Cirurgia Oncológica e de Oncologia Clínica (PNAO, 2005).

Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) devem prestar atendimento em (PNAO, 2005):

- I. Serviço de Cirurgia Oncológica;
- II. Serviço de Oncologia Clínica;
- III. Serviço de Radioterapia; e
- IV. Serviço de Hematologia.

O hospital credenciado como CACON poderá contar com atendimento em Serviço de Oncologia Pediátrica também.

**a) Estrutura física e funcional mínima e de recursos humanos para serviços hospitalares gerais e específicos em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia:** Ambulatório; Pronto-atendimento; Serviços de diagnóstico; Enfermarias; Centro-cirúrgico; Unidade de terapia intensiva; Hemoterapia; Farmácia hospitalar; Apoio multidisciplinar; Transplantes; Cuidados paliativos; Serviço de cirurgia oncológica; Serviço de oncologia clínica; Serviço de radioterapia; Serviço de hematologia; Serviço de oncologia pediátrica.

**b) Caracterização dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON):** Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) devem ser hospitais que, obrigatoriamente, tenham todos os serviços e atendam todos os requisitos relacionados anteriormente.

**c) Serviços isolados de quimioterapia e radioterapia:** Só será permitida a manutenção do credenciamento de Serviço Isolado de Radioterapia e/ou Quimioterapia para atuação de forma complementar às Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e dos CACON desde que a produção das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e dos CACON não seja suficiente nesta área, conforme os parâmetros definidos pela portaria. Desta forma, o diagnóstico oncológico (estadiamento) e planejamento terapêutico deverão ser realizados previamente pelas Unidades de Alta Complexidade ou CACON. (PNAO, 2005, p. 4)

Os tratamentos podem ser: quimioterapia, radioterapia, cirurgia oncológica, hormonioterapia e imunoterapia.

A quimioterapia é um tratamento que utiliza medicamentos para destruir as células doentes que formam um tumor. Dentro do corpo humano, cada medicamento age de uma maneira diferente. Por este motivo são utilizados vários tipos a cada vez que o paciente recebe o tratamento. O paciente pode receber a quimioterapia como tratamento único ou aliada a outros, como radioterapia e/ou cirurgia. O tratamento é administrado por enfermeiros especializados e auxiliares de enfermagem, podendo ser feito das seguintes maneiras (INCA, 2017):

- Via oral (pela boca): o paciente ingere pela boca o medicamento na forma de comprimidos, cápsulas e líquidos. Pode ser feito em casa.
- Intravenosa (pela veia): a medicação é aplicada diretamente na veia ou por meio de cateter (um tubo fino colocado na veia), na forma de injeções ou dentro do soro.
- Intramuscular (pelo músculo): a medicação é aplicada por meio de injeções no músculo.
- Subcutânea (pela pele): a medicação é aplicada por injeções, por baixo da pele.
- Intracranial (pela espinha dorsal): menos frequente, podendo ser aplicada no líquido (líquido da espinha), pelo próprio médico ou no centro cirúrgico.
- Tópico (sobre a pele ou mucosa): o medicamento (líquido ou pomada) é aplicado na região afetada. (INCA, 2017, online).

A radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem. Estas radiações não são vistas e durante a aplicação o paciente não sente nada. A radioterapia pode ser usada em combinação com a quimioterapia ou outros recursos usados no tratamento dos tumores (INCA, 2017).

Quando não é possível obter a cura, a radioterapia pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Isso porque as aplicações diminuem o tamanho do tumor, o que alivia a pressão, reduz hemorragias, dores e outros sintomas, proporcionando alívio aos pacientes.

Para que a radiação atinja somente a região marcada, em alguns casos pode ser feito um molde de gesso ou de plástico, para que o paciente se mantenha na mesma posição durante a aplicação. O paciente ficará deitado sob o aparelho, que estará direcionado para o traçado sobre a pele. É possível que sejam usados protetores de chumbo entre o aparelho e algumas partes do corpo, para proteger os tecidos e órgãos sadios (INCA, 2017).

A cirurgia oncológica é o principal tratamento utilizado para vários tipos de câncer e pode ser curativo quando a doença é diagnosticada em estágio inicial. A cirurgia também pode ser realizada com objetivo de diagnóstico, como na biopsia cirúrgica, alívio de sintomas como a dor e em alguns casos de remoção de metástases quando o paciente apresenta condições favoráveis para a realização do procedimento (INSTITUTO ONCOGUIA, 2018).

A Hormonioterapia é uma modalidade terapêutica que tem como objetivo impedir a ação dos hormônios em células sensíveis. Algumas células tumorais possuem receptores específicos para hormônios, como os de estrogênio, progesterona e andrógeno e em alguns tipos de câncer, como o de mama e de próstata, esses hormônios são responsáveis pelo crescimento e proliferação das células malignas. Portanto, a hormonioterapia é uma forma de tratamento sistêmico que leva à diminuição do nível de hormônios ou bloqueia a ação desses hormônios nas células tumorais, com o objetivo de tratar os tumores malignos dependentes do estímulo hormonal. A hormonioterapia pode ser usada de forma isolada ou em combinação com outras formas terapêuticas (INSTITUTO ONCOGUIA, 2018).

A imunoterapia é um tratamento biológico cujo objetivo é potencializar o sistema imunológico, utilizando anticorpos produzidos pelo próprio paciente ou em laboratório. O sistema imunológico é responsável por combater infecções, além de

outras doenças. Atuando no bloqueio de determinados fatores, a imunoterapia provoca o aumento da resposta imune, estimulando a ação das células de defesa do organismo, fazendo que essas células reconheçam o tumor como um agente agressor (INSTITUTO ONCOGUIA, 2018).

#### 1.2.4 Equipe multidisciplinar de cuidados paliativos de um Hospital de Câncer (HC)

O tratamento oncológico é administrado por uma equipe multidisciplinar, composta por diversos especialistas, sendo cada um responsável por diferentes cuidados e demandas de cada paciente. A equipe de cuidados paliativos deve ser multidisciplinar, pois a abordagem precisa atender-se aos diversos aspectos do ser humano. Abaixo, enunciamos os profissionais e suas funções, além de outros especialistas que também podem fazer parte da equipe (INSTITUTO ONCOGUIA, 2018):

**Assistente Espiritual** – Ajuda a promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes; reafirma a vida e vê a morte como processo natural; integra aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado, oferecendo um sistema de suporte para auxiliar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte, e amparando a família durante todo o processo da doença.

**Assistente Social** – Profissional especializado em lidar com a parte social, emocional e com os problemas ambientais que podem vir com as doenças ou deficiências. Ele pode auxiliar as pessoas a encontrarem recursos comunitários, serviços de apoio, fornecer aconselhamento e orientação em questões como: seguro de saúde, auxílio doença, Benefício de Prestação Continuada (BPC), estadia na cidade onde fará o tratamento, realização de exames via SUS, entre outros.

**Enfermeiro** – Profissional especializado para tratar pacientes, famílias ou mesmo comunidades. Pode trabalhar em quase qualquer especialidade de saúde e podem se especializar em determinadas áreas, como, por exemplo, enfermagem oncológica.

**Enfermeiro Oncológico** – É o profissional especializado no atendimento de pacientes com câncer. Ele pode ter vários papéis, mas, na maioria das vezes, é a pessoa que administra os medicamentos de suporte e cuidado. Também pode dar

conselhos sobre cuidados da pele e medicamentos para controlar os efeitos colaterais.

**Especialista em Cuidados Paliativos** – Médicos que gerenciam os sintomas do paciente como dor, náusea ou fadiga. São profissionais que não têm mais o intuito de curar e sim de oferecer a melhor qualidade de vida possível ao paciente. Podem ajudar em qualquer estágio da doença, do diagnóstico até o fim da vida.

**Especialista em Dor** – Médico especialista no controle da dor. Em muitos lugares há uma equipe de profissionais de saúde que está disponível para resolver problemas de dor.

**Fisioterapeuta** – Profissional que ajuda a examinar, testar e tratar problemas físicos, utilizando de diversos recursos, como: exercícios, calor, frio ou outras terapias que restauram ou mantêm a força, mobilidade e funções do corpo. Às vezes são necessários a realização de exercícios para ajudar a prevenir a rigidez muscular e articular ou mesmo prevenir um linfedema.

**Fonoaudiólogo** – Profissional especializado para trabalhar com pacientes que têm problemas de deglutição e fala. Auxilia os pacientes a desenvolverem habilidades para se comunicar.

**Nutricionista** – A nutrição é um aspecto importante a ser considerado durante o tratamento do câncer. Uma alimentação saudável ajuda a manter uma boa qualidade de vida e alivia os sintomas que o tratamento pode causar em alguns pacientes. É função do nutricionista participar desse processo junto com a equipe multiprofissional para otimizar o tratamento do paciente com câncer.

**Oncologista** – Médico especializado no diagnóstico e tratamento do câncer e é quem irá ajudá-lo a decidir o rumo de seu tratamento. Ele solicitará os exames necessários para analisar o estadiamento da doença, as condições do tratamento e sua resposta e a evolução do seu caso. Se determinada terapia não se aplicar mais ao seu caso de um determinado paciente, ele discutirá com o mesmo quais as melhores opções para continuar o tratamento.

**Psicólogo** – Suporte psicológico ajuda muito na recuperação de um paciente de câncer. Tristeza e angústia são reações normais nesse tipo de pacientes, mas, não só os pacientes precisam dessa atenção, como também seus familiares, que experimentam diferentes níveis de estresse e de perturbação emocional. O importante é encontrar caminhos que permitam enfrentar o problema da melhor maneira possível, isto é, com segurança, confiança, vontade de vencer e paciência.

**Técnico de Enfermagem** - Profissional que pode dar medicamentos, ajudar pacientes com cuidado e higiene física e executar várias outras tarefas relacionadas com cuidados de saúde.

**Terapeuta Ocupacional** – Profissional que trabalha com pessoas com deficiências ou limitações, ajudando-os a se recuperarem e melhorarem as habilidades necessárias para o dia a dia. A prática da terapia ocupacional inclui avaliação, tratamento e consulta.

### 1.2.5 O cuidar

O dicionário *Houaiss* da língua portuguesa traz como significado da palavra cuidado: “submetido à rigorosa análise, meditado, pensado, aprimorado, que foi ou é objeto de tratamento especial, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou a algo”. E caracteriza cuidar como: “cogitar, pensar, ponderar, atentar para, prestar atenção em, preocupar-se com, responsabilizar-se por (algo ou alguém), ter muita atenção para consigo mesmo (exterior ou interiormente)”. Isto vai de acordo com a colocação de Leonardo Boff (1999, p. 90-91):

Alguns estudiosos derivam cuidado do latim cura. Outros derivam de *cogitare-cogitatus* e de sua corruptela *coyedar, coidar*, cuidar. O sentido de *cogitare-cogitatus* é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e preocupação (BOFF, 1999, p. 90-91).

Assim, cuidado é reflexão, sentimento e emoção, onde há cuidado, há alguém que cuida de algo que é digno dessa atenção.

Cuidado consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e da dignidade humana e da nossa espiritualidade. (WALDOW, 2004, p. 176).

A palavra cuidado tantas vezes proferida por nós, ganha alma e valor quando conhecemos melhor a sua representação. Se cuidar é cogitar, pensar - dentre outras coisas - então o cuidado está na natureza humana. Externar a essência humana cuidadosa é fazer emergir o nosso “eu” superior e anterior a toda ideia. (SETÚBAL, 2009, p. 15).

A interpretação filosófica do cuidar tem sua fundamentação em Martin Heidegger, como afirma na sua obra *Ser e Tempo*: “um fenômeno ontológico-existencial básico” (HEIDEGGER, 1989, p. 213-214). Ele quer afirmar que o cuidado entra na definição essencial do ser humano, pois está presente e subjacente à construção do mesmo.

Ainda sobre a obra *Ser e Tempo*, Heidegger apresenta a fábula clássica de Higino, que é essencial para exemplificar o cuidado:

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: essa criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil. (BOFF, 1999, p. 46).

De acordo com o pensamento de Heidegger, esta fábula mostra a forma como deve ser pensada a natureza do homem, que na sua constituição possui algo de divino e de terreno. Exprime a compreensão de que a missão de cuidar é um dever da humanidade.

Ante a dinâmica de cuidar e ser cuidado, o homem desenvolve a sua natureza e a sua autenticidade, pelo fato de viver neste mundo na relação com os outros, olhando para o seu interior e procurando o melhor que tem para dar e oferecer.

Cuidado e humanização têm sido alvo de grande interesse na área de saúde, o ser humano passa a ser visualizado em sua integralidade e assisti-lo em sua subjetividade engloba também ações estéticas e éticas.

O cuidado é entendido como um modo de ser, sem o cuidado deixa-se de ser humano. O cuidado é considerado o *ethos* do humano, é um modo de ser primordial,



ele se encontra na raiz do ser humano: "O cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano. O modo-de-ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano." (BOFF, 1999, p. 89).

O cuidado juntamente com a ética é responsável pela construção do homem, do seu caráter e de seus valores. De acordo com Boff, para sentirmos o que há em nós necessitamos do nosso semelhante. Nós humanos, nos conhecemos e nos reconhecemos através do outro. "O eu somente se constitui mediante a dialogação com o tu. O tu possui uma anterioridade sobre o eu. O tu é parteiro do eu" (BOFF, 1999, p. 139).

Morin endossa o pensamento de Boff quando diz que somos totalmente capazes de razão e de emoção:

O ser humano é um ser capaz de medida e desmedida; sujeito de afetividade intensa e instável. Sorri, ri, chora, mas sabe conhecer com objetividade; é sério e calculista, mas também ansioso, angustiado, gozador, ébrio, extático; é um ser de violência e de ternura, de amor, e de ódio; é um ser invadido pelo imaginário e pode reconhecer o real, que é consciente da morte, mas que não pode crer nela; que secreta o mito e a magia, mas também a ciência e a filosofia; que é possuído pelos deuses e pelas ideias, mas que duvida dos deuses e critica as ideias; nutre-se dos conhecimentos comprovados, mas também de ilusões e de quimeras. (MORIN, 2007, p. 59).

O cuidado engloba atos, comportamentos e atitudes, e existem tipos diferentes ou maneiras distintas de cuidar. A maneira de cuidar vai depender da situação e na forma como nos envolvemos com ela e com o sujeito, motivo de atenção do cuidado.

Na saúde o cuidar consiste uma atividade que irá permitir que a vida continue e se desenvolva, é ir ao encontro do outro, é entendê-lo como um ser único, é colocar ao seu dispor os recursos que lhe permitirá lidar com a dependência de uma forma adaptativa (Grelha, 2009)

Cuidado em saúde significa dar atenção, tratar, respeitar, acolher o ser humano. É uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde. As pessoas querem se sentir cuidadas, acolhidas em suas necessidades.

### 1.2.6 Cuidados paliativos e o câncer<sup>13</sup>

O câncer é o conjunto de mais de cem doenças que possuem como consequência alterações moleculares, que conferem à célula modificações em seu comportamento e resultam em alterações na fisiologia celular. Assim sendo, ocorre um crescimento desordenado de células que, por sua vez, invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Estas células possuem localizações e aspectos clínico-patológicos múltiplos e podem ser detectadas em vários estágios de evolução histopatológica e clínica, e, não geram sintomas ou sinais patognomônicos (INCA, 2011).

As causas do câncer são diversas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas estão relacionadas ao meio externo (costumes socioculturais) e as internas (geneticamente predeterminadas), à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (INCA, 2011).

De acordo com o INCA (2011), 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns são bem conhecidos, como o consumo de cigarro (câncer de pulmão), exposição excessiva ao sol (câncer de pele). Por outro lado, muitos são ainda completamente desconhecidos. Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos, e esses fatores atuam alterando a estrutura genética (DNA - ácido desoxirribonucleico) das células.

A presença do câncer na humanidade já é conhecida há milênios. No entanto, há registros que designam que a causa das mortes como câncer passaram a existir na Europa apenas a partir do século XVIII. Desde então, observou-se o aumento constante nas taxas de mortalidade por câncer, que parecem acentuar-se após o século XIX, com a chegada da industrialização.

A mais antiga evidência de câncer remonta a 8.000 a.C. O tipo mais comum de neoplasia encontrada em fósseis, e ainda assim raramente, é o

---

<sup>13</sup> Este item foi baseado na dissertação de mestrado da autora intitulada “Política Pública de Saúde: A Atenção Básica na detecção precoce e prevenção do câncer.” (GRILLO, 2013).

osteossarcoma, um tipo de câncer ósseo. As primeiras descrições de tumores foram encontradas em papiros do Egito, e datam de 1.600 a.C. Existem também documentos na Índia, de 600 a.C., que descrevem lesões na cavidade bucal parecidas com câncer. O que fundamenta a teoria é que, por estudos arqueológicos, sabe-se que aquela população consumia sementes que são cancerígenas, mesmo assim ainda precisam de muitos estudos para serem comprovadas essas teorias. (EGGERS, 2002)

Conforme Eggers (2002) foi Hipócrates, um grego, que cunhou a palavra "*câncer*". O "*pai da medicina*", como é conhecido, viveu entre 460 e 370 a.C. e usou os termos "*carcinus*" e "*carcinoma*" para descrever certos tipos de tumores. Em grego, querem dizer "caranguejo"; pelo aspecto do tumor, as projeções e vasos sanguíneos ao seu redor fazem lembrar as patas do crustáceo. Alguns séculos depois, entre 130 e 200 D.C. Galeno, um médico romano considerado a maior autoridade na área por, ao menos, mil anos, foi referência no tratamento do câncer. Foi Galeno quem determinou que a doença fosse incurável e que, uma vez diagnosticada, havia pouco a fazer.

A medicina só começou a ter avanços significativos na Renascença, no século XV, quando floresceram por todos os lados cientistas e artistas, especialmente na Itália. Michelangelo, um desses artistas, teria retratado em sua famosa escultura "*A Noite*" (*La Notte*), uma mulher com câncer de mama. A teoria baseia-se no aspecto disforme de seu seio e, considerando a habilidade do escultor, não foi casual (EGGERS, 2002).

Em 1906, houve a Primeira Conferência Internacional contra o Câncer, em Paris. Quatro anos mais tarde, uma segunda conferência ocorreu na Bélgica, realizando-se, em 1923, o primeiro Congresso Internacional do Câncer em Estrasburgo. As resoluções desses certames normalmente apontavam para a necessidade de ampliação das pesquisas e para a criação de instituições específicas para o tratamento dos acometidos, incentivando o surgimento de novas iniciativas em relação à doença (INCA, 2011).

As primeiras instituições de incentivo à pesquisa datam do início do século XX. Ainda em 1900, foi organizado o *German Central Committee for Cancer Research* na Alemanha. Dois anos mais tarde surgiu na Inglaterra o Imperial Cancer Research Fund. Em 1906, como consequência da Primeira Conferência Internacional contra o Câncer, foi criada a *Association Française pour l'étude du Cancer*, e no ano seguinte a *American Association for Cancer Research*. Nesse período começaram a emergir, nos Estados Unidos e na Suécia, os primeiros centros de radioterapia que

conjugavam pesquisas experimentais com tratamento médico. O mais notório dentre eles foi fundado em Paris, pela própria Marie Curie<sup>14</sup>, sob às expensas do governo francês, como uma divisão do Instituto Pasteur voltada à pesquisa biomédica e ao atendimento hospitalar (INCA, 2011).

Sob o ponto de vista da *“medicina organicista”*, o câncer é definido como um grupo de doenças que se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas (FERREIRA, 2011). Um tumor pode ser considerado benigno ou maligno, pois a palavra tumor corresponde ao aumento de volume observado numa parte qualquer do corpo.

No caso do câncer, a neoplasia é maligna quando invade os tecidos vizinhos e/ou desenvolve metástases. Quando o processo neoplásico se instala, a célula-mãe transmite às células filhas a característica neoplásica. Isso quer dizer que no início de todo o processo está uma alteração no DNA de uma célula. Esta alteração no DNA pode ser causada por vários fatores: fenômenos químicos, físicos ou biológicos (FERREIRA, 2011).

Quase todos os cânceres são causados por anomalias no material genético de células transformadas. Estas anomalias podem ser resultado dos efeitos de carcinógenos, como o tabagismo, radiação, substâncias químicas ou agentes infecciosos. Outros tipos de anormalidades genéticas podem ser adquiridas através de erros na replicação do DNA, ou são herdadas, e conseqüentemente presente em todas as células ao nascimento (OTTO, 2009).

O tratamento do câncer pode ser feito pela cirurgia, radioterapia, quimioterapia e imunoterapia, utilizadas de forma isolada ou combinada, dependendo do tipo celular do órgão de origem e do grau de invasão do tumor. Além disso, o tratamento do câncer também requer uma estrutura médico-hospitalar e recursos humanos qualificados, integrando equipes multiprofissionais.

Segundo o INCA, estima-se para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excluindo o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de

---

<sup>14</sup> **Marie Skłodowska Curie** (Varsóvia, 7 de novembro de 1867 — Passy, Sallanches, 4 de julho de 1934) foi uma cientista polonesa com naturalização francesa que conduziu pesquisas pioneiras no ramo da radioatividade. Foi a primeira mulher a ser laureada com um Prêmio Nobel e a primeira pessoa e única mulher a ganhar o prêmio duas vezes.

próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago. (INCA, 2017).

O câncer e seu tratamento exercem grande influência sobre os pacientes e seus familiares. Nas fases iniciais do câncer, o tratamento na maioria das vezes é agressivo com objetivo de cura ou remissão, e isso é compartilhado com o paciente e sua família de maneira otimista. Quando a doença já se apresenta em estágio avançado ou evolui para esta condição, mesmo durante o tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa deve começar para o manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados à doença. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se impõe para garantir qualidade de vida.

A despeito da conotação negativa ou passiva do termo paliativo, a abordagem e o tratamento paliativo precisam ser ativos, sobretudo em pacientes portadores de câncer em fase avançada. Considerando a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, é necessário um diagnóstico precoce e condutas terapêuticas antecipadas, dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente (INCA, 2017)

De acordo com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida pela Portaria nº 874/2013 do Ministério da Saúde, os cuidados paliativos estão inseridos em todos os níveis de atenção na área de saúde, respeitando o conceito de hierarquização da assistência no âmbito do SUS, que se traduz na atenção básica, na média e na alta complexidade, garantindo o direito integral, equânime e universal à saúde do cidadão.

Os cuidados paliativos pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente em estado terminal deve ser assistido integralmente.

### 1.2.7 Cuidados paliativos e a morte

A ideia de morte encontra-se presente na existência humana e, com ela, um conjunto de concepções relacionadas às experiências, histórias de vida e vivências

de cada indivíduo numa dada cultura. Deste modo, os significados atribuídos individualmente à morte estão distantes de serem unívocos, uma vez que se relacionam à idade, às experiências familiares diante das perdas, à crença religiosa ou fé, à cultura, bem como a convicções e valores pessoais e sociais (KOVÁCS, 2002). Para Morin:

As ciências do homem negligenciam sempre a morte. Contentam-se em reconhecer o homem pelo utensílio (*Homo Faber*), pelo cérebro (*Homo Sapiens*) e pela linguagem (*Homo Loquax*). Contudo, a espécie humana é a única para a qual a morte está presente durante a vida, a única que faz acompanhar a morte de ritos fúnebres, a única que crê na sobrevivência ou no renascimento dos mortos. (MORIN, 1976, p. 13).

A morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida (LOVISOLO, 1993). A morte é a cessação das funções vitais do organismo, o fim da vida ou extinção do processo homeostático de um organismo.

Nas últimas décadas, assistimos ao envelhecimento progressivo da população, assim como ao aumento da prevalência de câncer e outras doenças crônicas. Em contrapartida, o avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em crônicas, levando à longevidade de seus portadores. Apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma certeza e ameaça o ideal de cura e preservação da vida.

Frente à morte ou à sua possibilidade, aparecem desafios adaptativos comuns, exigindo a reorganização imediata e a longo prazo dentro do sistema familiar, assim como mudanças nas definições de identidade e objetivos da família. “Se não levarmos em conta a família do paciente terminal, não poderemos ajudá-lo com eficácia, os familiares desempenham um papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente.” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 163).

Cuidados paliativos são cuidados intensivos de conforto e gestão do fim da vida. Entretanto, deveriam ser iniciados logo no diagnóstico, intensificando-se na medida da necessidade. Consistem num direito do ser humano de ser apoiado e assistido no processo de doença até a fase final da vida.

Os cuidados paliativos afirmam a vida e tratam a morte como um processo normal, e não demandam apressar ou adiar a morte. Deste modo, integram os

aspectos psicossociais e espirituais nos cuidados ao paciente, proporcionando um sistema de apoio e ajuda aos mesmos para que vivam com qualidade até sua morte. Disponibilizam um sistema de apoio para auxiliar o paciente e sua família a lidar com a situação durante a doença e no processo de luto (WHO, 2002).

Compete à equipe de profissionais que atua com cuidados paliativos contribuir para que as famílias e os pacientes compartilhem seus sentimentos uns com os outros e fortaleçam os laços que existem entre eles. A proposta é resgatar a humanização da morte, tornando-a mais justa e aceitável, seja no ambiente familiar ou hospitalar.

Apesar dos avanços que os cuidados paliativos têm conquistado na atualidade, entender e aceitar a morte não é um processo simples para a sociedade, pois envolve questões sociais, sentimentos em torno da dor física e da dor emocional. Adentraremos mais afundo sobre a morte e o morrer no capítulo seguinte.

#### 1.2.8 Cuidados paliativos e Serviço Social

O trabalho desenvolvido pelo Serviço Social junto às equipes multiprofissionais, como destacado pela resolução Nº 557/2009, ressalta:

[...] sua atuação conjuntamente com outros profissionais, buscando compreender o indivíduo na sua totalidade e, assim, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, abrangendo os direitos humanos em sua integralidade, não só a partir da ótica meramente orgânica, mas a partir de todas as necessidades que estão relacionadas à sua qualidade de vida (CFESS, 2010, p.1)

O papel do assistente social nas equipes de atenção em cuidados paliativos orienta-se pela atuação junto ao paciente, familiares, rede de suporte social, instituição na qual o serviço encontra-se organizado e junto às diferentes áreas atuantes na equipe.

O processo de trabalho do assistente social nos cuidados paliativos se refere à análise e contexto de vida do usuário, no intuito de refletir sobre suas condições

sociais e garantir o acesso aos direitos sociais que influenciam no processo de saúde e doença dos usuários e sua rede de apoio (SILVA, 2008).

O profissional busca conhecer a família, o paciente e os cuidadores. Traça um perfil socioeconômico com informações que serão fundamentais na condução do caso: composição familiar, local de moradia, renda familiar, religião, formação, profissão, situação empregatícia do paciente e rede de suporte social.

O assistente social exerce papéis importantes em cuidados paliativos: o primeiro é o de informar a equipe sobre quem é o paciente do ponto de vista biográfico, (onde ele vive, em que condições o paciente se encontra pra receber o atendimento da equipe, entre outras; com essas informações, os demais profissionais poderão planejar como vai ser o tratamento do paciente. O segundo papel baseia-se no elo que este profissional faz entre o paciente-família e a equipe (SANTOS, 2006).

Considera-se os Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde uma atuação competente e crítica consiste, entre outras coisas, em “[...] facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais [...]”, sendo umas das ações desenvolvidas pelo profissional, a democratização de informações através de orientações e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população (CFESS, 2010, p. 30).

Cabe a esse profissional, avaliar a rede de suporte social dos envolvidos, para junto a estes acioná-la em situações apropriadas; conhecer e estabelecer uma rede intrainstitucional, no intuito de garantir atendimento preciso ao paciente, além de constituir-se como interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões relacionadas aos aspectos culturais e sociais que envolvem o cuidado de forma geral. Soma-se a isso a importância da escuta e da acolhida em momento tão especial, que é o do enfrentamento de uma doença incurável e em fase final de vida (ANCP, 2009).



## **CAPÍTULO 2 FINITUDE HUMANA**

## 2.1 As visões sobre a morte e o morrer

Definir a morte não é uma tarefa fácil. É um trabalho que abrange desde as perspectivas mais subjetivistas (religião, psicologia, filosofia, antropologia), até as mais racionalistas (biologia, fisiologia, ciências médicas). O que se pode analisar, de maneira apriorística, é que a morte é um assunto tido como tabu. Ainda que, no século XXI, temos vivido um processo de rompimento de paradigmas quanto à variados preconceitos e mitos, a morte e morrer ainda são temas de difícil debate.

Etimologicamente, o verbete “morte”, conforme o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (FERREIRA, 2010, p. 1161), advém do latim *morrere, por mori*; assim, é verbo intransitivo tendo 18 significados, dentre eles:

1-perder a vida; falecer, finar-se, expirar; sinônimos populares ou de gíria: abotoar o paletó, bater a(s) bota(s), bater o prego, comer capim pela raiz, empacotar, esticar o cambito, passar desta para melhor, vestir o paletó de madeira, virar presunto. 2 - extinguir-se. 3 - afrouxar gradualmente. 4 - perder (a planta) a cor e o vigor. 5 - terminar, acabar, findar.

Zorzo (2004), por seu turno, análise que a palavra morte procede do latim *morte*, sendo substantivo feminino e significando: ato de morrer; término da vida animal ou vegetal; termo, fim; destruição, ruína; grande dor, pesar profundo, luto; entidade imaginária da credence popular, em que pode ser representada por um esqueleto humano com capuz e armado de uma foice para ceifar vidas.

Essencialmente, os verbetes morrer e morte podem ser trocados por vários outros termos, entretantes, nenhum deles têm a capacidade de substituir o seu verdadeiro significado, essência e consequências.

No decorrer do século XX, a título de explicação, algumas obras e longas-metragens<sup>15</sup> têm, constantemente, se dedicado a mostrar uma “outra face” atinente à morte, não de forma negativa, mas, talvez de modo mais positivo. Assim, tratam a morte como uma personagem neutra, não mais a figura do “ceifador”, do “ser das trevas”, daquele ser “tirânico” e “sombrio” que toma a vida das pessoas, porém, de

---

<sup>15</sup> A menina que roubava livros (Markus Zusak); Encontro marcado (Martin Brest); As intermitências da morte (José Saramago); Momo (Michael Ende); O sétimo selo (Ingmar Bergman); As aventuras do Barão de Münchhausen (Rudolph Raspe) entre outros. Há os filmes que tratam também da temática morte (morrer) sem a personificar: Antes de partir (Rob Reiner); A morte de Ivan Ilitch (Lev Toltói); Ikiru (Akira Kurosawa) e outros.

uma entidade que está presente no próprio âmago de cada ser humano, dado que o homem nasce já predestinado a morrer (processo inevitável) e tem consciência disso. Esse constructo literário e cinematográfico, mesmo que indiretamente, corrobora para uma nova visão referente à morte e ao morrer (há obras que tratam do morrer como algo confortante, leve, suave).

Ademais, por ser algo que de certo modo engendra uma limitação (tem-se um tempo de vida), emergem diferentes formas de se lidar e compreender tal problemática quando se trata da morte (mesmo havendo um tabu no tocante ao morrer). Há pessoas que analisam a morte como algo indesejado, malquisto, tema triste, algo doloroso, referente à luto, por isso, tornou-se, em muitas culturais (inclusive a brasileira) um discurso latente nas conversas cotidianas (CANASTRA, 2007).

Segundo Brustonlin (2007), a morte é algo que nos questiona, quebra a linearidade do *continuum* (tempo-espaço). Assim, se a morte está encadeada ao tempo, existe então a ideia de validade. O tempo passa, quer dizer, nasce, cresce, amadurece, envelhece e por fim morre. Há então duas perspectivas para se analisar a morte, uma filosófica (teológica, sociológica e antropológica corroboram) e outra biológica (as ciências médicas).

Para Bernard Gert (1995), a morte é um fenômeno biológico, comum a todos os membros de todas as espécies. Os critérios básicos para determinar a morte de uma planta são distintos dos parâmetros para determinar a morte de um animal consciente. Nesse sentido, o ser consciente (homem) pode refletir acerca da morte de inúmeras maneiras (aspecto filosófico da morte), como um fim ou um começo, como uma forma de construir uma vida significativa deixando um legado, algo para a posteridade, e assim sucessivamente.

Nesse entendimento, elaborou-se ao menos três visões referentes à morte e ao processo de morrer, em sentido filosófico e psicológico. A primeira concerne ao princípio do absurdo da existência, muito debatido por Franz Kafka, Albert Camus e Jean-Paul Sartre em suas obras, que, grosso modo, evidencia o ser humano como alguém que morrerá inevitavelmente, portanto, a vida não tem sentido.

Pode-se sofrer com isso ou evitar pensar sobre isso. Cria-se uma ambiguidade, como na obra “A náusea” de Sartre, ao passo que se pode aceitar a morte como algo referente à existência, pode-se, *pari passu*, sentir o desespero que o morrer pode causar (fim de tudo, morte da consciência, rompimento com outras

peças etc.). Por outro lado, Canastra (2007, p. 11), cita o pensamento de Pascal: “os homens, como não puderam substituir a morte, tiveram a audácia de não pensarem nela”; e igualmente o de Stendhal: “Uma vez que a morte é inevitável, esqueçamo-la...”. Ambos os pensamentos fazem alusão ao ato de “evitar” refletir acerca da morte, como um meio de proteção contra a angústia e absurdo da existência humana.

A segunda visão é a que Laplanche (1985) aborda, como a ideia da obsessão no que tange à morte. Sob o viés psicanalítico há o ideário de um sujeito que está preso à ideia de morte, como uma figura de castração. Com isso, a morte é algo que causa pavor, pânico, paranoia e, o indivíduo, por sua vez, é afetado constantemente pela imagem da morte e pelo morrer de pessoas ao seu redor (cria-se uma representação da morte como algo negativo). Uma obra literária que se aproxima de aludida visão trata-se do clássico “O desespero humano” de Sören Kierkegaard, o qual defende a morte como uma condição humana e, além disso, associa a morte-morrer ao medo e ao desespero (momento negativo).

A terceira visão é, conforme Kübler-Ross (2005), a capacidade de certas pessoas em enfrentar a morte, encontrando uma razão de ser e existir, durante o movimento da vida (nascer, desenvolver e morrer). Por esse motivo, o homem é precipuamente um ser para a morte, posto que o fato de aprender a viver é igualmente um aprender a morrer. Nesse sentido, essa terceira visão mostra que há pessoas que aceitam a morte como algo natural no processo de desenvolvimento humano, por isso, o melhor é viver bem a vida.

Em síntese, pode-se imaginar que o tema da morte e do morrer (inerente a morte), radicam no ideário coletivo das sociedades ocidentais, por intermédio dessas visões supraindicadas. Portanto, a morte e o morrer são inerentes à própria existência humana (ou natureza humana), como uma condição incerta, imprevisível, porém, é um fenômeno natural que acontecerá. Ou se convive com a morte desde sua presença (nascimento), ou se assume o processo de negação da morte até a sua chegada inevitável (ZORZO, 2004).

Sendo assim, no tocante ao binômio morte-morrer, o ser humano acaba por conviver com a presença da morte desde o início até o estágio final da sua vida. Em virtude disso, as pessoas fomentaram um caleidoscópio de sentidos e significados no que diz respeito à temática morte-morrer (BRUSTOLIN, 2007).

Essas sentidos e significados são produtos dos inúmeros conflitos que os seres humanos têm enfrentando face à morte de outros, seja a sua própria morte, ou a de seus familiares (ou em situações cotidianas de trabalho, amizades etc.). Esses enfrentamentos diante da morte produzem variados sentimentos (raiva, ressentimento, tristeza, barganha e negação) e podem ser vivenciados pelo indivíduo ou mediados a outrem (outras pessoas podem refletir sobre as experiências de morte de amigos ou entes próximos).

Em vista disso, analisa-se que morte-morrer é um tema evadido, preterido e negado em nossa sociedade, que, via de regra, opta por apreciar a juventude e negar a morte (aqui tem-se criado os tabus). São raras as visões alusivas à morte-morrer, que, de fato, veêm o mesmo como algo pertencente à própria existência humana, fazendo parte de seu crescimento e desenvolvimento humano (ALENCAR; LACERDA; CENTA, 2005).

Sinteticamente, é ilógico refletir a respeito da morte-morrer, ainda que se aceite a morte como parte incondicional da vida, visto que morrer denota renunciar à vida nesse espaço-tempo (mundo), é uma espécie de fim para uns (agnósticos), recomeço para outros (religiosos). É possível que se depreenda morte-morrer sob um viés distinto, quer dizer, podemos suportar a morte-morrer, desde que aprendamos a conceber a morte por outra perspectiva, isto é, ressignificando-a como uma presença esperada e resoluta. Nesses moldes, talvez seja exequível viver as nossas vidas com mais significação, tendo a compreensão de toda a nossa finitude e limitação (BRUSTOLIN, 2007).

Diante do exposto, autores como Kübler-Ross (2005) e Maranhão (1986) aludem que não é crível arquitetar a morte tão só como uma finitude fisiológica/biológica, ou seja, como se a morte e o morrer fossem meio(s) de negação da vida ou um findar do indivíduo diante do viver em certo tempo e espaço. É preciso conviver com a morte e, embora complexo, aceitá-la, assumindo-a como um momento, uma passagem, um processo dialético presente na vida, no existir humano.

Face a esse entendimento, em conjunto com as representações coletivas que orbitam o tema morte/morrer no bojo da sociedade, apesar de impossível ao homem pensar ou ainda elucubrar uma situação real acerca de sua morte (fim de sua vida), posto que nosso próprio inconsciente não acolhe a morte como algo natural

(fisiológico), é admissível, e talvez menos doloroso, ter uma outra visão relativa à morte-morrer, uma visão de aceitação (KÜBLER-ROSS, 2005).

Em linhas gerais, nessa seção, foi mostrado as diferentes visões sobre a morte e o morrer nas suas mais distintas formas e compreensões. Ao se analisar o contexto histórico dessa temática, pode-se observar que nos diferentes períodos da História e de suas respectivas culturas, especificadamente no mundo ocidental, há variedades de concepções, mentalidades, comportamentos, individualidades e imaginários que expressam diferentes ideias a propósito da morte-morrer.

## **2.2 Tipologias da morte – Idade Média até aos dias atuais**

Nas palavras de Ariès (2003), no período da Idade Média (século V ao XV), a morte era vivenciada sozinho, em casa pelas pessoas, pois era concebida com pouca dramaticidade, isto é, era parte do cotidiano familiar. As pessoas solicitavam em suas preces que Deus e os santos pudessem lhes conceder uma morte calma, serena e sem dor. Uma morte que acontecesse próxima aos familiares e amigos, em especial, no próprio lar. Temia-se a morte súbita e inesperada, chamada de morte feia e desonrosa, dado que esta era considerada como castigo de Deus.

Chiavenato (1998) confirma estas ideias ao inferir que nos últimos séculos da Idade Média, o ideário sobre a morte era inerente à própria vida. Se por um lado a morte era domesticada, por outro lado era parte da vida cotidiana do homem medieval. Com a grande incidência da morte ocasionada por epidemias, guerras ou outras desgraças, a morte era banalizada, produzida como algo comum.

Em termos genéricos, pode-se analisar que entre os séculos V e XII, a morte era domesticada, no bojo familiar. Por isso, existia uma relação de proximidade entre o morrer e o cotidiano da sociedade, de tal maneira que a morte era vista como algo natural da vida.

Entretanto, na segunda Idade Média, várias mudanças ocorreram, e com isso, as mentalidades pertinentes à morte no Ocidente. Estas mentalidades passaram a ser controladas pela Igreja. Por essa razão, a partir do século XII, em vez de as pessoas terem certeza no tocante à morte, estas passaram a ter incertezas, visto que a Igreja se tornara a grande responsável por interceder o acesso da alma da

pessoa ao “reino do céu” (paraíso e respectivo julgamento final). Dessa forma, morte-morrer deixou de ser um evento banal e passou a ser ideado (construção de uma nova mentalidade) como um acontecimento religioso. A reflexão sobre a morte passou a ser constante e, assim, as pessoas começaram a entender que a morte era um evento de passagem, ou se iria para o céu (alegria eterna), ou se iria para o inferno (no sofrimento eterno). Todo esse processo era medido, esquadrihado e avaliado pela Igreja diante da conduta do homem antes da morte (ARIÈS, 2003).

A título de exemplo, apresenta-se a figura do testamento. Atribuiu-se o testamento como um sacramento essencial e este passou a fazer parte da morte como uma obrigação, um rito que poderia ajudar o moribundo a ter uma morte amena e digna do reino dos céus. Todo esse ritual pode ser explanado do seguinte modo: listar os bens materiais para serem distribuídos aos pobres, aos escravos e, especialmente, à Igreja, visando à absolvição dos pecados; logo após esse processo, deveria atribuir aos amigos a função de celebrar missas que eram encomendadas e pagas à Igreja para serem concretizadas após sua morte; de resto, os desejos do moribundo eram atendidos em termos de sepultura, cortejo, luminárias e cultos, sendo esses custos também pagos a Igreja (ARIÈS, 2003).

Ademais, a configuração espacial dos cemitérios nas próprias cidades também se modificou. Este deixou de ser em espaço aberto, em qualquer lugar ou em terras de família ou conhecidos. Deu-se início aos enterros nos arredores das igrejas. Com isso, os mortos passaram a ser enterrados nos entornos das igrejas ou até mesmo dentro. Basicamente, os locais para se sepultar seguiam uma lógica financeira, isto é, tomando a hierarquia socioeconômica do morto (se fosse rico ficava mais próximo do altar, os menos ricos mais afastados, os pobres ou sem condições de pagar os tributos eram banidos do local, ou enterrados ao redor da Igreja ou em locais preestabelecidos pela mesma). Tal organização gerou a mentalidade: quanto mais se pagar à Igreja, mais pecados seriam perdoados e, consoante a isso, mais rápido se alcançaria o céu (ARIÈS, 2003).

Essas mudanças causaram diversas modificações nas mentalidades e representações sociais das pessoas no que tange morte-morrer. Dessa forma, morte-morrer deixava de ser algo natural, banal e coletivo (familiar), para se tornar uma espécie de provação religiosa e individualizada.

Nesse sentido, as pessoas passam a ter menos confiança quanto à misericórdia divina, destarte, aumenta-se o receio de serem abandonadas e caírem

em desgraça. Esta mudança de mentalidade no tocante morte-morrer, ocorrida especificadamente no século XII, faz com que este fenômeno natural passe a ser “clericalizada”, sendo essa a maior mudança antes das secularizações no século XX (MARANHÃO, 1986; ARIÈS, 2003; CHIAVENATO, 1998).

Cria-se então a figura apocalíptica da morte. Ressalta-se que na própria Bíblia Sagrada a morte é caracterizada no livro do Apocalipse como um cavaleiro, junto com a guerra, peste e fome que são capazes de dizimar a raça humana. Essa figura foi desenhada da seguinte forma:

Trata-se de um personagem masculino: é descrito como um homem bastante alto, magro, de compridos cabelos brancos, que usa um grande chapéu de feltro, ou como um esqueleto embrulhado num lençol, cuja cabeça gira incessantemente como um cata-vento para abraçar com a vista toda a região que deve percorrer. Traz na mão uma gadanha que, ao contrário das gadanhas normais, tem o gume virado para fora: por isso não a vira para si como os ceifeiros, mas lança-a para diante. Desloca-se numa carreta arrastada por dois cavalos atrelados um atrás do outro. O Ankou está em pé na carreta; e é escoltado por dois indivíduos que caminham a pé. O primeiro conduz pelas rédeas o cavalo da frente, o segundo abre as cancelas dos campos, dos pátios e as portas das casas: é ele que carrega os mortos para a carreta. Reconhecem-no à chegada porque os eixos das rodas chamam de uma maneira sinistra. (GUERREIRO, 2014, p. 172).

Essa figura ainda impera no imaginário de muitas culturas ocidentais que, por sua vez, acreditam na morte como um ser dotado de poder decisivo sobre a vida e a morte. Outros já creem na morte como um cavaleiro que “recolhe almas”.

Já nos séculos XV e XVII, Maranhão (1986) explana que o homem começou a crer ativamente na vida após a morte, valorizando os bens materiais e os sentimentos egocêntricos<sup>16</sup>. O medo da morte cresceu. Com isso, começou-se a desejar o adiamento da morte para que pudesse gozar do que a vida proporcionava. Por essa razão, a morte passa a se concentrar exclusivamente no ambiente familiar, distanciando-se da sociedade. Tal mentalidade se intensificará nos séculos vindouros, em especial, nos séculos XIX e XX.

Ariès (2003) exemplifica que a partir dos séculos XVII e XVIII, impulsionaram-se as alterações quanto às percepções morte-morrer. Nesse sentido, o crescimento

---

<sup>16</sup> Com origem no latim, egocêntrico é a junção de *ego* (eu) e *centrum* (o meio de tudo, o centro) e revela a tendência de alguém para referir tudo a ele mesmo, fazendo do eu o centro do universo. Os egocêntricos são sujeitos dispostos a fazer com que outros suportem as próprias dificuldades sem os ajudar, porque não se preocupam com os pensamentos, sentimentos e problemas das pessoas que os rodeiam. Também são capazes de fingir, perante si mesmos e perante os outros, por não se atreverem a enfrentar a realidade, com medo de ferir as suas exigências.



industrial e o aumento da população geraram novas formas de cuidar da população (Biopolítica, Higienismo etc). Assim, os políticos, apreensivos em relação à higiene pública, determinaram a transferência dos cemitérios para áreas específicas, isto é, nos arredores das cidades. Deste modo, a morte assumiu a característica de *locus* sagrado e de reverência. Os enterros tornaram-se mais simples, os testamentos foram simplificados, o luto deixou de ter sua originalidade e tornou-se mais impessoal.

Nessa época, devido ao advento das ciências médicas, o homem principiou um certo medo da morte. Com isso, a presença marcante do médico que diagnosticava a pessoa enferma na tentativa de curá-la, tornou-se substancial, ademais, quando tal fator não era possível, escondia-se do moribundo a proximidade de sua morte. Por consequência, o moribundo tornou-se interdito em seu ritual de despedida, já a sua família rejeitava a possibilidade de se afastar do ente (ÀRIES, 2003).

Essa mudança de mentalidade acarretada pelos novos processos Biopolíticos, engendraram, a partir da segunda metade do século XX, outra mudança no que concerne morte-morrer. Em poucas palavras, a morte deixa de ser familiar e passa a ser um objeto interdito tal qual estava acontecendo nas últimas décadas do século XIX. Nesse período, encetou-se a institucionalização da morte. Desse modo, houve a transferência do local da morte para o hospital. Do familiar para o solitário. O velório assumiu nova configuração, deixando de ser realizado na casa da família. Passou-se a velar o morto nas proximidades dos cemitérios, e, assim, o corpo ficava exposto e era visitado pelos entes queridos (tal como ocorre nos dias atuais) (CARVALHO, 1996).

Maranhão (1996) e Carvalho (1996) corroboram estes aspectos afirmando que a sociedade ocidental contemporânea tem estabelecido, mediante as formas culturais, a redução da morte e de tudo o que está relacionado à ela, no intuito de negar a experiência da mesma. A morte então é negada e em especial evitada. Por esse motivo, muitos psicanalistas descrevem que morte-morrer gerou um grande tabu. Na atualidade é difícil ver crianças e adolescentes aprendendo/conversando sobre a morte, o morrer e/ou o luto no âmbito escolar. Basicamente, esse processo é mascarado, sendo usualmente atrelado a “fantasias” (ao morrer vira estrela, vai para o céu, morrer é uma viagem, uma forma de descanso, etc.)

Embora não se tenha mais a conotação da Idade Média, as pessoas ainda temem morte-morrer e buscam na religião explicações ou conforto para tal situação “desagradável”. No tempo atual, ou a morte é pensada como experiência meditativa de introspecção, ou as pessoas vivem a “vida intensamente” (*carpe diem*) como se cada segundo fosse o último. A morte agora é encarada como um “mal inevitável” (um momento entre muitos na vida), mas que é possível tentar adiar ou viver até o acontecimento final (GERT, 1995).

É interessante observar o estudo de Takahashi et al. (2008). Nesse, morte-morrer é ideada e representada coletivamente como um tabu, algo para não se refletir, pois já que acontecerá, é melhor viver do que gastar tempo meditando sobre algo tão desagradável. A morte, nos dias atuais, é vista como dor, luto, desprendimento e solidão, rompimento com os amigos e familiares que ficaram. No entanto, esse tipo de artifício cria, por seu turno, uma barreira/bloqueio que encastela as pessoas da temática da morte. Os objetivos deste estudo foram: Caracterizar o perfil dos acadêmicos de enfermagem da 1ª a 4ª séries de uma instituição do noroeste paulista e identificar a percepção e sentimentos destes em relação à morte. Participaram deste estudo 132 acadêmicos que responderam a um questionário contendo cinco perguntas para sua caracterização e sete perguntas de múltipla escolha sobre a sua percepção e sentimentos sobre a morte. Foram obtidos como resultados: O perfil dos acadêmicos de enfermagem foi de pessoas jovens, a maioria entre 20 a 25 anos, sexo feminino, solteiros e seguidores da religião católica. A percepção das dificuldades e sentimentos evidenciados pelos acadêmicos em relação ao tema morte e morrer demonstrou despreparo para lidarem com esta situação, devido ao estresse, ansiedade e insegurança relatados, o que parece dificultar a atuação do enfermeiro no que se refere ao apoio e conforto necessários ao paciente terminal e seu familiar.

Nos dias atuais, a negação da morte é um problema das sociedades individualizadas<sup>17</sup> que, com isso, criam representações negativas concernentes morte-morrer. O luto (dor da perda) talvez seja o fator que torna a morte mais intensa do que nas sociedades, que entendem a morte como algo natural. Como

---

<sup>17</sup> A individualização se tornou o destino de todo habitante de uma grande cidade contemporânea, não uma opção. A sociedade estimula os indivíduos a agirem em função dos problemas e medos que surgem diariamente. E, ao tentar fazer com que as vidas tenham sentido, os homens tendem culpar suas próprias falhas e fraquezas pelos desconfortos e derrotas que enfrentam, a reação só leva a mais isolamento (BAUMAN, 2008).

exemplo, a obra “O homem comum” de Philip Roth. O autor explora o tema da perda, do arrependimento e do estoicismo ao voltar sua atenção para a luta de um homem contra a mortalidade. O destino do protagonista, a partir de seu primeiro confronto com a morte, nas praias idílicas dos verões da infância, passando pelos conflitos e pelas realizações da idade adulta, até a velhice, quando ele fica dilacerado ao constatar a deterioração de seus contemporâneos e dele próprio. Como consequência, o personagem não consegue estabelecer bons laços afetivos com outras pessoas, tornando-se introspectivo e com tendências antissociais. Artista comercial de sucesso, ele tem dois filhos do primeiro casamento, que o desprezam, e uma filha do segundo casamento, que o adora. É amado pelo irmão e é também um ex-marido solitário, tendo destroçado seus três casamentos. No final, é um homem que se transformou naquilo que não quer ser.

### **2.3 A morte através das culturas**

A temática da morte e do morrer criou no bojo das culturas, distintas formas de compreendê-la. Ainda que rebatida pelas pessoas, concretizando-se como um tabu na vida cotidiana, a morte se faz presente em todos os momentos da vida. Por isso, criaram-se mitos, rituais, estudos científicos ou não, investigações filosóficas etc., no intuito de analisar tal fenômeno. Porém, essa análise não visa conceituar ou definir a morte, longe disso, objetiva entender o fenômeno do homem diante da morte.

Nesse contexto, criaram-se diversas abordagens sobre a morte através das diferentes culturas, dentre elas, as principais são: abordagem sócio-antropológica; abordagem filosófica; abordagem biológica; abordagem psicológica.

No tocante à abordagem sócio-antropológica, segundo Morin (1976) explana que a morte é vista por vieses sobrenaturais, relativa à espíritos, ritos mágicos e viagem para outro mundo. O autor dá como exemplo os povos Pigmeus, em que a iniciação dos magos deu-se a partir de um processo de experiência com a morte e a escuridão. A morte então traz consigo fluídos negativos, áureas negras, ritos mágicos que propendem à magia negra.

Para além dessa ideia obscura da morte, na Idade Média, como foi aludido na seção anterior, as pessoas tinham uma relação com a morte como algo natural, banal e familiar. Para Rodrigues (1983), a morte é produto das civilizações, da história do homem.

A morte pode ser pensada como um produto da história. Ao mesmo tempo, a história, tanto quando produto da vida dos homens em sociedade, é o resultado da morte deles. As sociedades se reproduzem porque seus membros morrem. (RODRIGUES, 1983, p.115).

Morin (1976) alude que a morte é algo natural, mas sua representação é puramente humana. Por exemplo, os animais, por não serem dotados de uma consciência individual, tão só conhecem a morte em situações de uma morte-agressão, uma morte-perigo, uma morte-inimiga na luta pela sobrevivência. O que vale aos animais é o seu instinto, ou seja, é a espécie que conhece a morte, não a representação da morte. Portanto, o animal é cego para a morte, posto que ele não tem consciência da mesma, não tem um conjunto de ideias ou representações. A cegueira animal à morte é uma cegueira à individualidade. A morte-perda-de-individualidade somente acontece para os seres humanos.

Destarte, a aquisição de consciência em relação à própria morte está fortemente unida à vida coletiva em sociedade organizada. Ora, não se versa mais sobre a morte como uma questão de instintos tal qual nos primórdios do pensamento humano, porém, como um amplo leque de variadas representações coletivas e individuais criadas por diversas culturas em torno do falecimento. Se por um lado a morte, nas sociedades primitivas, está atrelada à figura de um deus que rouba vidas ou que pune, por outro, nas sociedades mais “desenvolvidas”, a consciência da morte é uma marca da humanidade e resultado de um processo de materialização do óbito, das doenças mortais, dos conhecimentos objetivos, da consciência de que o corpo morto de um humano não pode ser considerado como um cadáver qualquer (RODRIGUES, 1983; CANASTRA, 2007).

Em termos sociológicos, a morte ganha destaque no que se refere aos processos de representações sociais, ritos, mitos, formas de lidar com o cadáver, a geografia dos cemitérios, etc. Em suma, nas sociedades atuais, o corpo em óbito representa parte da morte (a parte biológica), pois, o que se analisa, principalmente, é o luto, o lidar com a morte de um ente querido cotidianamente. Portanto, nenhuma

sociedade consegue conservar-se alheia ou insensível ao acontecimento da morte (KELLEHEAR, 2016).

Em termos retirados antropológicos, as sociedades (primitivas ou desenvolvidas), ao longo do processo histórico-cultural, apreendem a morte por intermédio de um conjunto de crenças e de representações sociais face ao fenômeno do pré-morrer, do morrer e do após a morte. Mesmo com comportamentos culturais diferentes, a morte gera concepções e atitudes dos membros das sociedades frente ao fenômeno morte-morrer. Em linhas gerais, cada sociedade, à sua maneira e através dos tempos, se coloca diante da morte de um modo distinto, exercendo uma função decisiva na construção e manutenção de sua própria identidade coletiva (MORIN, 1976).

Kübler-Ross (2005) destaca que cada sociedade dá significação própria morte-morrer. Em síntese, a morte do corpo representa a morte do símbolo da estrutura social. Uma espécie de ruptura que impõe ao homem a sua finitude.

Kellehear (2016), em sua obra seminal “Uma história social do morrer”, aponta que a morte é atualmente um processo de crescente afastamento social do moribundo. Hoje a morte é algo mais palpável e menos oculto na sociedade tradicional ocidental. Atualmente, a morte é delegada aos cuidados das instituições médicas, responsável pela separação, interdição e exclusão do corpo saudável e do corpo doente (ou em situação análoga). A introdução de mecanismos disciplinares no espaço hospitalar e a constituição da racionalidade anatomoclínica propiciaram a formação do saber médico que controla a morte de diferentes modos.

Nesse viés entra a abordagem biológica como algo alinhado com os princípios médicos e fisiológicos, além de biopolíticos e higiênicos. Tratar a morte como um acontecimento biológico é muito usual no mundo ocidental, em específico, em países em que as ciências médicas têm seus discursos veiculados de modo contundente. Essa abordagem é a mais científica, uma vez que o homem é dado como morto quanto suas funcionalidades biológicas e fisiológicas para de funcionar. Ou seja, o homem é tido como clinicamente morto. Essa morte é irreversível ocasionando a morte do cérebro (fim da consciência de si e sobre o mundo), ainda que o coração continue pulsando (por meio de tecnologias apropriadas). Na abordagem biológica, a morte é entendida como a morte do corpo (funcionalidades cardiorrespiratórias etc.) e a perda da consciência (morte encefálica). A morte então é algo clínico (MARANHÃO, 1996).

Para Gert (1995), o processo morte/morrer é comumente determinado como uma extinção da atividade do coração e dos pulmões, considerados os principais órgãos da homeostase. Ademais, tem-se também a morte como a ausência de função cerebral constatada por meio de eletroencefalograma (é um exame que analisa a atividade elétrica cerebral espontânea, captada através da utilização de eletrodos colocados sobre o couro cabeludo.).

Sumariamente, a morte e o morrer pela perspectiva biológica, são definidos como a cessação perpétua das funções críticas do organismo como um todo, ou seja, do coração, pulmão e cérebro como os principais órgãos humanos. (LIMA, 2005).

Em linhas gerais, funções críticas do organismo são àquelas sem as quais o organismo/corpo humano como um todo não consegue se sobreviver. Por exemplo, controle da respiração, circulação, consciência e sistema neurológico, sistema neuroendócrino e regulação homeostática. Portanto, a morte e o morrer são processos intrinsecamente ligados à perda irreversível de todas estas funções biológicas e fisiológicas.

Para Lima (2005), a morte sob esse critério é exata, dado que há parâmetros para se medir e constatar a paragem irreversível do funcionamento do cérebro, coração ou pulmões. Em suma, a morte é biológica e constatada por uma necessidade técnica.

Na abordagem filosófica, Canastra (2007) expõe que a morte é ideada como uma realidade no mundo (um fenômeno existencial da vida). Por esse motivo, a morte é uma experiência inalienável de cada indivíduo, isto é, a morte é singular e o morrer é tido como o momento em que se culmina na morte propriamente dita. Para a Filosofia, a morte é algo que ninguém pode representar para o outro. É um acontecimento de experiência individualizada e introspectiva (mesmo em situações de catástrofes). Por exemplo, Kierkegaard (foi um filósofo dinamarquês e pai do Existencialismo, uma vertente da filosofia que discute propósitos, causas e consequências das ações humanas no âmbito da realidade individual) observa que morrer não é um episódio simples, mas um fenômeno que precisa ser compreendido existencialmente.

De resto, na abordagem psicológica, a morte é, segundo Kübler-Ross (2005), um estado psicossocial em que um paciente terminal (pessoa diante da morte) tem experiências emocionais subjetivas desde o momento pelo qual tem consciência da

gravidade de sua doença. Assim, passa por cinco (5) estágios antes da morte: negação; ira; barganha; depressão; e aceitação (as quais serão descritas adiante). Para as pessoas que têm morte súbita, morte por catástrofe ou acontecimento drástico, essa experiência é esvaziada de sentido, pois não há essas fases.

Mediante a abordagem psicológica, criaram-se diferentes formas de se defrontar com a morte, uma delas é a criação da Educação para a Morte (ou da boa morte). Esse processo seria o de preparar o indivíduo para a morte e sua família para o luto. Para essa abordagem, a morte não é uma experiência institucional, mas individual. Embora a sociedade atual tenha-se, cada vez mais, buscado o controle do morrer (domar a morte) como obsessão, essa abordagem foca no sujeito e nos seus anseios, respeitando o seu tempo (KOVÁCS, 2008).

Além disso, a citada abordagem analisa o processo morrer como um fenômeno predominantemente cultural, permeado por desigualdades entre os seres humanos. A expectativa média de vida é um dos critérios e parâmetros para as pessoas lidarem com a morte. Contudo, Kovács (2008) analisa que o morrer está ligado a fatores econômicos, da saúde, do modo de vida, nível de educação da pessoa e da sociedade a qual está incutida.

O Processo morte-morrer se encontra em meio à lógica mercantil, que transformou tanto a hospitalização quanto a desospitalização em formas de obtenção de lucro e as lutas sociais por qualidade de vida-morte do moribundo, assistida gratuita e universalmente. O processo morte-morrer faz parte das contradições da sociedade capitalista como um todo, há uma morte para o capitalista e outra para a classe operária (GURGEL, 2007).

Nas relações entre o controle do morrer (abordagem biológica e psicológica) e o refletir sobre a morte (abordagem filosófica), entram em cena a religião e seu impacto no indivíduo. Sob esse viés, ora a religião age como paliativo, ora é um meio de escapar e de se proteger da dor e da solidão da própria morte. No mais, cada religião tem sua forma ritualística de tratar a morte (rituais *Post Mortem*).

## **2.4 Algumas considerações sobre as religiões e seus preceitos**

A relação entre religião e morte é antiga e atravessada por rituais, mitos, ritos de fé, milagres, esperança e outros fatores socioafetivos. Muitos autores (SCOTT; WINK, 2005; WINK, 2006; ARIÈS, 2003; ZORZO, 2004) têm buscado analisar direta ou indiretamente os modos como as religiões encaram a morte. A religião trata da fé do homem, e o que pode ser fé para um homem, pode não ser para o outro. Por essa razão, esses autores têm compreendido a fé e a religião como constructos socioculturais, espirituais e subjetivistas, em que para cada sujeito morte-morrer possui um impacto na personalidade do indivíduo.

Confirma Guerreiro (2014, p. 172):

Para o homem religioso, a vida é, também, a pós-morte num além regido por uma entidade divina. Assim, o seu comportamento e a sua ética obedecem às regras da religião que pratica. Veja-se como a Igreja Católica assenta o seu poder na ideia da vida eterna e no temor do julgamento divino, Juízo Final que se abate sobre a alma quando ela abandona o corpo na hora da morte.

Em dadas sociedades, segundo Scott e Wink (2005), criou-se uma relação inseparável entre a morte e a religião. Com isso, o processo de morrer é perpassado por toda uma “ritualística de morte”, isto é, os processos de preparação do cadáver, veladura do corpo, reza e orações, oferendas a alma/espírito do indivíduo morto, forma de sepultamento (cremar, enterrar), ato de receber os convidados para o velório, etc., são componentes de uma ritualística preparada com base na religião de cada família e/ou sociedade frente à morte de um ente querido. Até mesmo em situações nas quais as famílias não possuem uma religião específica, estas necessitam antes de preparar e sepultar um corpo, de pagar um imposto e de organizar a “etapa final da morte” (entrega do corpo morto).

Ramondetta e Sills (2003) analisaram que a “arte da morte” (cuidados com o corpo morto) segue cada cultura e religião do indivíduo morto e é organizado por sua família, amigos e responsáveis pela celebração (ministros religiosos, padres, pastores, a própria família, etc.). Assim, a religião controla a permanência dos rituais mediante o momento de morte, por exemplo, o enterro após 24 horas como apregoam católicos ou presbiterianos, o enterro de imediato pelos judeus ou ainda ao ato de proferir rezas e orações para purificar a alma/espírito do morto. Além de controlar os detalhes atinentes ao destino do corpo, por exemplo, o sepultamento pelos cristãos, a cremação pelos hindus, budistas (Japão, China, Índia etc.), os enterros sem caixão ou urna pelos muçulmanos (o corpo morto é envolto em tecidos



brancos), até mesmo o procedimento de mumificação era fundamentado na religião egípcia adotada no Egito Antigo. É importante destacar que esses rituais são (ou eram) necessários para que o indivíduo morto possa ter uma “vida após a morte”. Portanto, não são simples cerimônias histórico-culturais, porém uma *conditio sine qua non* (uma condição indispensável) para se atingir o “reino dos céus”, a “ressurreição”, a “eternidade”, etc.

Outro preceito das religiões no que tange morte-morrer, diz respeito à construção de representações sociais e coletivas, não sobre as possibilidades refletivas (feito através de reflexões) da morte-morrer, mas acerca da morte propriamente dita e do que acontece após a mesma. Em síntese, cada religião possui sua visão relativa à morte, conforme a configuração da sociedade e seus seguidores. Então, a ideia não é pensar no que “a morte é ou pode ser”, mas do que isso, é importante pensar na imortalidade (vida pós morte). A título de exemplo, os cristãos irão para o céu, purgatório ou inferno, os muçulmanos para o paraíso ou para o castigo, os espíritas irão para o céu (preparação para a ressurreição), umbral ou inferno, os budistas para a “terra do oeste” (libertação dos carmas) ou reencarnam imediatamente após a morte (WALTER, 2003; WINK, 2006).

Para Martins (2007), no âmbito brasileiro, os cultos de descendência africana não concebem a morte como uma totalidade final. Esta adquire significação e nos rituais funerários procuram expulsar a alma do morto do mundo dos vivos, admitindo a continuidade da vida. Os umbandistas já acreditam na vida pós-morte, pois a morte é mais facilmente aceita e vista como uma passagem ou uma transição. Nas comunidades rurais em que o alicerce é geralmente a religião católica ou catolicismo santorial, o funeral ocasiona a reunião dos moradores do povoado, o compartilhamento da dor e do luto, e o auxílio quanto à solidão.

Basilarmente, Guerreiro (2014, p. 172, grifo do autor) aponta que:

A morte é a única experiência humana que não podemos partilhar – é impossível representar a própria morte, a não ser como espectador, pelo que é sempre através do que acontece aos outros que dela tomamos conhecimento ou proximidade, pois, quando chegar a nossa vez, já não poderemos comunicá-la. É o “meu” desaparecimento como consciência.

Nesses moldes, as religiões, além de possuírem seus meios ritualísticos quanto morte-morrer, criaram no decorrer dos tempos formas de representação e mentalidades que foram apropriadas pelas pessoas. Como foi dito, a secularização

destruiu certas práticas como a ideia de “vida após a morte”. Independentemente disso, as religiões têm relações de poder-saber no que compete à preparação para a morte.

Em outros termos, morte-morrer é um processo de imortalização, no bojo das religiões, seja pelos rituais de canonização da Igreja Católica, seja pela mumificação, ou ainda, pelas “comprovações” de que após a morte a alma/espírito continuam tendo vida?. Embora o ideário da “boa morte” seja hoje dominado pelas ciências médicas, as religiões também apregoam uma educação para a morte, sobretudo, fundadas em princípios morais e éticos segundo cada preceito religioso. Alguns preceitos religiosos:

**Doutrina niilista:** a matéria é a única fonte do ser, a morte é considerada o fim de tudo.

**Doutrina panteísta:** o Espírito, ao encarnar, é extraído do todo universo.

**Dogmatismo Religioso:** a alma, independente da matéria, sobrevive e conserva a individualidade após a morte.

**Budismo:** prega o renascimento ou reencarnação. Após a morte, o espírito volta em outros corpos, homens ou animais, de acordo com a sua própria conduta.

**Hinduísmo:** é centrada na ideia de reencarnação. a alma se liga a este mundo por meio de pensamentos, palavras e atitudes.

**Islamismo (Religião Muçulmana):** Alá (Deus) criou o mundo e trará de volta a vida todos os mortos no último dia. As pessoas serão julgadas e uma nova vida começará depois da avaliação divina.

**Espiritismo:** defende a continuação da vida após a morte num novo plano espiritual ou pela reencarnação em outro corpo. Aqueles que praticam o bem evoluem mais rapidamente. Os que praticam o mal recebem novas oportunidades de melhoria através das inúmeras encarnações.

**Catolicismo:** a vida depois da morte está inserida na crença de um Céu, de um Inferno e de um Purgatório. Dependendo de seus atos, a alma se dirige para cada um desses lugares. A alma é eterna e única, o católico é julgado pelos seus atos em vida

**Igreja evangélica:** como no catolicismo, os evangélicos acreditam no julgamento, na condenação (céu ou inferno) e na eternidade da alma. A diferença é que o morto faz uma grande viagem e a ressurreição só acontecerá quando Jesus voltar à Terra, na chamada “Julgamento Final”.

**Igreja Adventista do Sétimo Dia:** os mortos dormem profundamente até o momento da ressurreição. Quem cumpriu seu papel na Terra recebe a graça da vida eterna, do contrário desaparece.

**Igreja Batista:** creem na morte física (separação da alma do corpo físico) e na morte espiritual (separação da pessoa de Deus).

**Judaísmo:** crê na sobrevivência da alma, mas não oferece um retrato claro da vida após a morte, e nem mesmo se existe de fato.

**Candomblé:** não existe uma concepção de céu ou inferno, nem de punição eterna. As almas que estão na terra devem apenas cumprir o seu destino, caso contrário vagarão entre céu e terra até se realizar plenamente como um ser consciente e eterno. Vê o poder de Deus em todas as coisas e, principalmente, na natureza.

**Umbanda:** sofre influências de crenças cristãs, espíritas e de cultos afros e orientais. Como não existe uma unidade ou um “livro sagrado”, alguns admitem o céu e o inferno dos cristãos, enquanto outros falam apenas em reencarnação e Carma. Morte e nascimento são momentos sagrados, que marcam a passagem de um estado a outro de manifestação espiritual.

Não obstante, Walter (2003) analisou que a secularização crescente nos séculos XX e XXI, engendrou um processo de desencantamento quanto à vida após a morte. Seu estudo mostra que 40% das pessoas acreditam nisso. Outras pessoas buscam na religião conforto e princípios éticos de boa conduta para guiarem sua vida terrena, não crendo que após a morte haja vida.

Isso demonstra que, mesmo seguindo uma religião e, em situação de morte, as pessoas amiúde buscam a fé para saber enfrentar o medo de morrer, mais do que uma perspectiva de “vida após a morte”. Por outro lado, há indícios nos estudos supracitados de que as pessoas tomam a religião como égide para o enfrentamento da morte. Com isso, há pessoas que tendem a acreditar na vida após a morte, como meio de confrontar seus medos. Desse modo, a fé religiosa atrelada ao suporte religioso das comunidades (igrejas, cultos, grupos de oração, etc.) servem para um maior controle interno das pessoas sobre o processo de morrer.

Wink (2006) infere que as grandes religiões dão aos seus seguidores soluções para a morte. Dentre as soluções, têm-se: a morte é controlada por Deus; a terra é só um *lócus* de passagem para a “vida real”; morrer é voltar para casa do senhor; morrer é encontrar com os companheiros mortos (amigos ou familiares). De

resto, esse autor diz que no âmago das religiões, a morte deve ser vista e encarada como um tempo de verdadeira paz, reflexão e harmonia, impossível de se ter quando se está vivo.

No mais, as religiões tentam controlar ou explicar o grande dilema da finitude humana. Resumidamente, as religiões criaram e se responsabilizaram sobre a questão da Morte e do Além, buscando, com isso, a ligação ao Transcendente (espírito não material para além do corpo físico). Por esse viés, morre-se no momento escolhido por Deus, que é a entidade que possui o conhecimento desse instante.

## **2.5 Sofrimento e dor perante a morte e o morrer**

Uma das autoras que mais se debruçou a respeito desse tema é a psiquiatra Kübler-Ross (2005) e o sociólogo alemão Norbert Elias (2001). Embora em perspectivas diferentes, ambos analisam os processos sofrimento (solidão, dor física, luto) e dor (em distintos contextos) diante da morte-morrer.

Elias (2001), por exemplo, pontua que o terrível na atualidade é a dor dos moribundos, isto é, a perda de uma pessoa querida sofrida pelos vivos. Para ele, a morte em si não é o problema, mas sim a situação de estar diante dela. Assim, o sofrimento é múltiplo, pois atinge o moribundo e seus entes queridos. São formas de dor e sofrimentos distintas. Conquanto hodiernamente as tecnológicas da medicina tenham avançado, garantindo uma morte menos dolorosa e sofrível, esse autor explica que as representações de morte e sofrimento são singulares/subjetivas, portanto, com menor ou maior alívio do sofrimento.

Kübler-Ross (2005) estudou pacientes em situação de morte próxima (em situação de morrer iminente). Nesse sentido, essa autora esquadrinhou a morte e o morrer, em termos de sofrimento e dor do próprio paciente, em etapas. Essas etapas são visíveis na situação homem diante da morte (em específico a situação do paciente terminal), não como fases estanques, mas como um processo dialético em que uma etapa pode anteceder ou se imbricar a outra.

Com isso, fundamentando-se numa abordagem psicológica para a morte, a autora supracitada analisou-se cinco (5) estágios que antecedem a fase terminal:

**Negação:** o período em que a pessoa sabe de seu prognóstico quanto à morte e reage com negação. A negação, em seguida à apresentação de um diagnóstico de morte, é tida como a etapa mais comum no paciente. Há diferentes enfrentamento quanto à essa questão. Por exemplo, o belo longa-metragem “Antes de Partir” (Rob Reiner, 2007), mostra dois homens que têm diagnóstico de morte certa por câncer em no máximo 6 meses (diagnóstico determinado por médicos baseado nas tecnologias para a morte). A situação é interessante, posto que os dois homens cientes disso começam a jogar cartas (negação) como se nada tivesse acontecido. Nesse contexto, o jogo foi um modo de negar a morte não comentando sobre ela.

Geralmente, a negação é uma defesa provisória, isto é, pode ser substituída por aceitação parcial. Há pessoas que ficam no estado de negação até o final da vida. Outras pessoas buscam negar, mas depois aceitar (saltando alguns estágios), realizando alguma obra ou se fixando em alguma atividade para tomar o tempo e fazer a vida valer nos últimos momentos. A título de ilustração, os filmes “Ikiru” (Kurosawa, 1952); “Antes de Partir”, citado acima (Reiner, 2007); “Tempo de recomeçar” (Winkler, 2001) são bons exemplos de aceitação da morte e busca por estratégias e táticas para se evitar pensar na mesma.

“Ikiru” (Kurosawa, 1952), narra a história de um veterano burocrata que há décadas trabalha diariamente na Prefeitura, onde apesar de nunca ter se ausentado, nada fez. Ao descobrir que está com câncer no estômago, ele decide dar um sentido à sua vida. Ele encontra companhias na noite e durante o dia, mas se realiza apenas quando realmente faz a diferença em seu trabalho.

“Tempo de recomeçar”, direção de Irwin Winkler no ano de 2001, conta a história de um arquiteto de meia idade que descobre repentinamente que está com câncer e tem pouco tempo de vida. Ele então decide aproveitar o tempo que lhe resta para se aproximar de seu filho problemático e rebelde, bem como fazer as pazes com sua ex-esposa. Ao mesmo tempo, George decide por construir uma casa, na intenção de deixá-la como herança para Sam.

Kübler-Ross (2005) analisa que a negação é um mecanismo necessário à pessoa, é uma defesa dela contra algo pelo qual não está preparada (morte). A solidão ou o isolamento são respostas (negação) e pode-se analisar que a negação já é o primeiro estado de sofrimento.

**Raiva:** é a etapa da revolta, do ressentimento, da ira, em que as pessoas atacam o médico ou familiares. Pessoas religiosas podem atacar Deus, e, com isso, gerar momentos de descrença religiosa.

**Barganha:** é a fase que a pessoas iniciam acordos, em troca de um tempo maior de vida. Deus é retomado como a figura responsável por isso. Há outras mais racionais, que buscam nos avanços tecnológicos para prolongar a vida. Há até mesmo as medicinas alternativas ou outras formas de religião. A barganha são as promessas, isto é, a pessoa diz que se for curada passará a realizar determinadas ações e atitudes benéficas. Coisas que antes não fazia.

**Depressão:** essa etapa concerne à fase final de barganha. A pessoa passa a acreditar que não pode ser curada, então, inicia-se a depressão em alguns casos. Nos filmes citados aparece a fase da depressão. Esta ocorreu pela tomada de consciência do enfermo de que não fez mais coisas enquanto estava saudável, de não ter se reconciliado com familiares, por exemplo. A vida se torna vazia, não há mais tratamento, o mundo se fecha e há a possibilidade da solidão e melancolia.

**Aceitação:** a pessoa passa a compreender a morte como algo inevitável e natural. Assim, busca reviver seus momentos de maior importância, visando obter uma significação para a sua vida. Nos dias atuais, as pessoas frente à tecnologia, não querem morrer e a aceitação é algo mais complexo. Há pessoas que conseguem atingir essa etapa após a negação (o filme "Ikiru" é um bom exemplo).

Em síntese, a dor no processo de morte é total. Esta contribui para o sofrimento em diversas dimensões: física, psicológica, social, espiritual e até financeira. No mais, é preciso mencionar que a dor é sempre subjetiva tal qual o sofrimento, dado que cada indivíduo aprende a utilizar este termo a partir de suas experiências prévias.

Assim, a dor torna-se um sintoma subdiagnosticado e, por isso subtratado, mormente, com pacientes terminais. Portanto, falar da dor e do sofrimento em situações de morte-morrer é entender, de antemão, que a dor é fisiológica extrínseca ou intrínseca. Uma pessoa que está acometida por uma doença em fase terminal terá dores dependendo do tipo de patologia. Pacientes sedados em grau menor, para não sentirem dor, não estão livres da dor psicológica e do sofrimento subjetivo de saber que poderão morrer e deixar esse mundo.

Destarte, a dor e o sofrimento geram queda da qualidade de vida. Tratar da morte é analisar a dor como algo total, sendo biopsicossocial, que carrega não

somente uma doença ou uma dor localizada, mas todo o sofrimento causado por ela, que vai desde as dores físicas (infecções, lesões, efeitos colaterais do tratamento) quanto às dores de ordem psicológica e social (solidão, depressão etc.).

## 2.6 A ciência e a morte na atualidade

Na atualidade, as relações entre ciência e morte estão estreitadas. Se antes a morte era doméstica e a relação entre religião e morte algo prevalente, hodiernamente, a morte “pertence” ao domínio científico.

Do século XX para os dias atuais, passamos por um processo de secularização porque, tivemos o advento de grandes descobertas para a ciência, como a decodificação do DNA, clonagem de animais, medicamentos que exterminam bactérias e vírus, estudos que ajudam na longevidade, avanços tecnológicos no tocante aos tratamentos das doenças e exames para diagnóstico, além de outras contribuições. Embora a ciência cuide da morte, ela ainda não a desvendou. Nem ao mesmo sabe se há vida após a morte, se existe alma/espírito, e não se sabe explicar o que é milagre. O que a ciência faz é conceituar a morte como algo natural e biológico, sendo a morte cardiorrespiratória e/ou encefálica que traz a falência múltiplas dos outros órgãos e tecidos humanos.

As escolas de Medicina e o estágio nos hospitais preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficial-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com a morte. A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer. (LOWN, 1997, p. 23).

Kovács (2008) salienta que com o avanço científico no bojo das tecnologias médicas, muitas doenças puderam ser erradicadas, bem como, outras patologias que já foram letais, hoje não mais o são. Esse acontecimento criou uma espécie de cronificação, ou seja, prolongamento da vida humana. Por outro lado, embora haja a sofisticação dos tratamentos, medicamentos e aparelhos tecnológicos precisos para se evitar a morte, amiúde, esses tratamentos são acompanhados também de intenso sofrimento e dor.

O avanço científico pode interditar a morte em muitos casos, mas não pode evitar possíveis sofrimentos decorrentes desse processo. Variadas pessoas sabem que mesmo com a naturalização da tecnologia para prolongar a vida, a morte ainda suscita desespero, medo e incerteza, que geram.

Bendassolli (2001) chama atenção para o fato de que o desenvolvimento técnico-científico dos transplantes, os tratamentos contra câncer, os medicamentos potentes para exterminar vírus e bactérias, modificaram as relações entre os humanos e a morte. A ciência trouxe consigo a possibilidade de rechaçar situações de morte e a possibilidade de prolongamento da vida. Contudo, ainda existem questões que a ciência não sabe lidar. Essas condizem com a subjetividade e individualidade do indivíduo em situação de possível morte.

O desenvolvimento de novas tecnologias para lidar com a morte gerou como corolário um aumento no consumo de atos médicos e de medicamentos. A medicalização do social pode ser referida à redefinição médica de eventos como gravidez, parto, menopausa, envelhecimento, morte e morrer, e de comportamentos sociais tidos como desviantes. Em suma, a medicalização tanto pode ser compreendida como a ampliação de atos, produtos e consumo médico como a interferência crescente da medicina no cotidiano individual, através da imposição de normas de conduta social. Pensar a medicalização em relação à morte implica necessariamente considerar a interferência da prática e do discurso médicos na construção dos sentidos e significados das ideias sobre o que é vida e de processos vitais, tais como saúde, doença e morte. (MENEZES, 2003, p. 129).

Kovács (2008) assinala que o desenvolvimento de pesquisas científicas voltadas ao controle da dor de doentes terminais, foi um dos grandes fatores na aplicação prática do ideário da “boa morte”, dos cuidados paliativos. Quando a ciência não consegue mais prolongar a vida, a morte é assumida socialmente como algo natural, evento do ciclo da vida.

Além disso, a autora acima esclarece que as propostas da boa morte não preterem a ajuda das ciências médicas (uso de analgesias, radioterapia, antidepressivos, anticonvulsivantes, bloqueios nervosos, etc.), desde que a intervenção médica fique a cargo do paciente, considerando que este possa decidir suspendê-las no final da vida (KOVÁCS, 2008).

Pessini (1996) sugere que o avanço científico no tocante às tecnologias a disposição do médico, basicamente, tem demonstrado criteriosamente que a ciência não apenas traz benefícios à saúde das pessoas, mas também pode, com todo esse aparato tecnológico, acabar atingindo a dignidade da pessoa em estado de risco de



morte ou em situação de morte certa. Com o desenvolvimento científico, o morrer tornou-se solitário e desumano em muitos casos, pois morre-se sobretudo em hospitais ou ainda a morte é seguida pelo sofrimento do tratamento.

Nesse contexto de advento da ciência e cuidados com a morte, emerge a Bioética. Segundo Neves (1996), a Bioética é uma área de conhecimento transdisciplinar que arquiteta as atitudes que a humanidade deve tomar, no que se respeita à interferência da ciência e da medicina no nascer, morrer, na qualidade de vida e interdependência de todos os seres vivos. A Bioética é decisão da sociedade acerca das grandes problemáticas que as tecnologias científicas trazem consigo. É uma expressão que, grosso modo, denota consciência pública da humanidade.

É nesse bojo que, na próxima seção, trata-se sobre a vida e a morte do ponto de vista sistêmico. Assim, analisa os princípios bioéticos, morais e uma “educação para a morte”.

## **2.7 Vida e morte – uma visão sistêmica**

Analisar vida e morte por uma visão sistêmica abarca, principalmente, analisar os princípios da Bioética e da Educação para a Morte.

De modo apriorístico, é essencial destacar que uma visão sistêmica da vida e da morte, como algo inseparável, diz respeito à maneira como uma instituição de saúde entende e organiza o binômio vida-morte na sua integralidade, quer dizer, como parte de um sistema orgânico e mutável, o qual é influenciado por múltiplos fatores internos e externos às próprias pessoas. Portanto, a visão sistêmica nesse campo compreende que a vida e a morte estão intrinsecamente ligadas e, por isso, a Bioética e a Educação para Morte, são meios de se controlar subjetivamente e com autonomia a sua própria vida-morte.

Em termos gerais, o pensamento sistêmico pode ser apreendido como as relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização (hospital, equipe médica), bem como entre a organização e o ambiente externo. Esse fundamento tem em vista a garantia de que todos da instituição possam exercer seus papéis cooperando para a melhoria contínua dos processos de vida-morte.

Nesse sentido, a visão sistêmica é essa visão do todo. É o analisar a complexidade das partes como integrantes do todo e vice-versa. Com isso, podemos inferir que uma visão sistêmica nesse contexto é perceber o movimento dialético e integrado entre o ambiente, ações, decisões, as articulações, os processos culturais da vida-morte, os indivíduos e a relação de interdependência entre as ações de todos os envolvidos no trabalho.

Morin (1976) pontua que vida e morte é um fenômeno capaz de distinguir o humano da máquina. Por essa razão, ao se tratar desse fenômeno natural que é atravessado por fatores socioculturais, o homem deve ter a autonomia para definir o que lhe é mais importante. Sob um viés sistêmico, o autor conjectura acerca da organização vital (tendo a morte como algo presente e possível) que, por seu turno, é reorganizada continuamente.

Nesse sentido, pode-se observar que os pensamentos de Morin (1976) corroboram para se entender a vida-morte como algo transdisciplinar (visão holística). Nesses moldes, pode-se compreender a vida-morte como um movimento da existência humana, parte do desenvolvimento humano desde o nascimento e por todo o seu ciclo vital. Ademais, o autor vê que a morte é indagada pelas religiões, ciência, literatura, artes, filosofias, sociologia, porém, nenhuma delas é completa e universal. Daí a necessidade de uma visão sistêmica sobre esse fenômeno.

Kovács (2008) assinala que para se compreender a vida-morte é precípua a educação para a morte. Esta, por sua vez, é vista como o desenvolvimento particular e o aprimoramento do individual, que igualmente pressupõe uma preparação para a morte, abrangendo comunicação, relacionamentos, perdas, situações limite, bem como formas de luto, doenças letais ou não, acidentes, catástrofes, até a própria morte.

A autora citada defende que uma educação para a morte tem o escopo de preparar as pessoas (doentes ou não) para a própria morte. A ideia central é encarar a morte não negando ou a tratando como algo ruim, mas como algo natural da vida de qualquer ser humano. A educação para a morte é um meio que permitiu o desenvolvimento pessoal de forma mais integral, sendo composto pelas pessoas (ou grupos sociais) ou instituições (hospitais etc.) que orbitam nesse contexto.

Portanto, uma visão sistêmica sobre vida-morte se fundaria nesses preceitos elencados por uma “Educação para a Morte”. Mas, também é preciso observar a qualidade da “boa morte” e, isso, é algo no tocante à Bioética.

Kovács (2003), em outro estudo, sintetiza que a morte é parte do processo da vida e, em casos de patologia, os tratamentos médicos devem objetivar à qualidade dessa vida e o bem-estar da pessoa doente. Se a cura não é aceitável, há um leque de opções no âmbito da bioética.

Zorzo (2004) considera que a bioética é o ramo da ética que focaliza problemáticas atinentes à vida e à morte. A bioética precisa possuir uma visão sistêmica desse processo, pois não visa somente a qualidade de vida e seus desdobramentos, mas também (e talvez com mais ênfase) prolongamento da vida de um enfermo, o processo de morrer com dignidade, a eutanásia e o suicídio assistido.

A bioética, como movimento social, teve sua origem nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1960. Antes de tornar-se uma disciplina, já era um movimento social, pois tentava responder aos conflitos éticos agravados ou originados pelo avanço da ciência, em especial no campo da biomedicina.

A discussão do tema bioética se cruza com as discussões de todas as profissões comprometidas com a qualidade de vida dos seres humanos, quer essas profissões sejam da área de humanas, exatas, biológicas, enfim todas as profissões precisam em algum momento discutir questões de bioética na atualidade. Todos somos atores na construção das “fronteiras do conhecimento” e como diz o próprio Pessini (2006, p. 95) “[...] a tentativa de se desincumbir da complicada tarefa de estabelecer limites à tecnologia será difícil, mas não se dedicar a essa tarefa é o cúmulo da irresponsabilidade.”

Drane e Pessini (2005, p. 17) chamam a nossa atenção para o fato de que “[...] a medicina e as ciências da vida são para nosso período da história o que a religião e a salvação foram em épocas medievais.”

Van Rensselaer Potter<sup>18</sup> recebe destaque no livro de Drane e Pessine (2005) pelo papel que desempenhou no surgimento da bioética. Ele foi um pioneiro nas discussões de bioética e a entendia como uma ciência “da sobrevivência humana”

---

<sup>18</sup> Potter recebeu o título de bacharel em ciências pela Universidade de Dakota do Sul em 1933, com posterior especialização em química e biologia. Em 1935 chegou ao *Wisconsin Alumni Research Foundation* (WARF), setor de investigação e pesquisas da Universidade de Wisconsin, na cidade de Madison. Posteriormente conclui o doutorado em bioquímica e estagiou após isso na Suécia e Inglaterra. Foi presidente da Sociedade Americana de Biologia Celular em 1964 e presidente da Associação Americana para Investigação contra o Câncer em 1974. Sua experiência com pacientes oncológicos o fez propor o surgimento de um novo conceito interdisciplinar, que correlaciona ética e ciência, o qual denominou de bioética. Potter tenta estabelecer um diálogo entre a ciência da vida e a sabedoria prática, ou seja, entre o *Bios* e o *Ethos*, criando desta forma a bioética.

Esta nova ciência, *bioethics*, combina o trabalho de humanistas e cientistas, cujos objetivos são sabedoria e conhecimento. A sabedoria é definida como o conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social. A busca da sabedoria tem uma nova orientação, porque a sobrevivência do homem está em jogo. Os valores éticos devem ser testados em termos de futuro e não podem ser divorciados dos fatos biológicos. Ações que diminuem as chances de sobrevivência humana são imorais e devem ser julgadas em termos do conhecimento disponível e no monitoramento de parâmetros de sobrevivência que são escolhidos pelos cientistas e humanistas (POTTER, 1971 apud DRANE; PESSINE, 2005, p. 35).

Bioética é o estudo interdisciplinar da biologia, da medicina e da filosofia (dessa, especialmente as disciplina da ética, da moral e da metafísica), que investiga todas as condições necessárias para uma administração responsável da vida humana (em geral) e da pessoa (em particular).

Eu proponho o termo Bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos. (POTTER, 1971, p. 2).

Bioética é o estudo sistemático das dimensões morais - incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas - das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar. (REICH, 1995, p. 21).

Canastra (2007) chama a atenção para o fato de que o cerne da bioética é o de analisar vida-morte como um processo dialético e intrínseco, o respeito ético pela vida humana, a ética por uma morte digna e a autonomia sobre os tratamentos; estes são valores fundamentais às decisões que tencionam antecipar ou prolongar a vida humana na sua fase terminal. Uma educação para a morte é algo contínuo e essencial para uma preparação para a morte; já a bioética é o processo que subsidia tal educação, posto que é um seguimento que foca nos valores da vida humana e da natureza biológica e cultural da interação humana.

Quando a discussão envolve uma visão sistêmica sobre a vida e a morte, deve-se, sobretudo, analisar que a qualidade do viver e seus desdobramentos, como por exemplo, a promoção de saúde, não está aquém da morte. A ideia de qualidade de vida não é a sua extensão, mas a sua qualidade em termos de que, ao se tratar da morte, haja preparação. Falar a respeito da qualidade de morte, não é apenas dar subsídios para uma boa morte, porém, preparar as pessoas, educá-las para que não haja sofrimento e sim aceitação (e.g. os filmes *Ikiru* de 1952, *Antes de partir* de 2007, ver observações anteriores).

## 2.8 A crise contemporânea da morte: a morte próxima versus a morte distante

No contexto atual, Kovács (2008) chama a atenção para o fato de que muitas pessoas evitam falar de morte-morrer, tal qual, em situação de morte, tentam uma busca pela morte (suicídio, eutanásia etc.) ou um prolongamento do processo morte-morrer (uso das ciências médicas). Diante da finitude humana, as pessoas estão constantemente interditando a morte, seja em busca de prolongamentos, seja a partir do evitar tal assunto, ou ainda, ocultar casos de doenças terminais do paciente ou de familiares. Todos estes aspectos confirmam uma crise contemporânea da morte-morrer.

[...] o grande valor do século XX é o dar a impressão de que “nada mudou”, a morte não deve ser percebida [...] A morte não é mais considerada um fenômeno natural, e sim fracasso, impotência ou imperícia por isso deve ser ocultada. O triunfo da medicalização está, justamente, em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio. (KOVÁCS, 2002, p. 38, grifos da autora).

Alguns autores (BOSS, 1977; GERT, 1995; KELLEHEAR, 2016) têm analisado que o desenvolvimento técnico-científico no âmbito médico se impôs na vida moderna; a vista disso, a morte-morrer entrou em crise. Não mais se prepara para morte, ou finda-se de vez com ela ou tenta-se a todo custo interditá-la. O homem moderno após secularizar-se e se afastar dos rituais religiosos, tem, cada vez mais, banalizado a morte. A morte-morrer tornou-se um mercado junto à medicina, segundo esses autores e, não apenas isso, as pessoas exigem que a ciência prolongue suas vidas, ou seja, cabe à ciência operar milagres.

Por outro lado, Kovács (2003, 2008) esclarece o problema de lidar de modo consciente com a morte na sociedade contemporânea. Para essa autora, se não houver uma educação para a morte no sentido de preparar as pessoas para confrontar tal realidade, a nossa sociedade continuará numa “crise da morte”, a começar pelo vazio existencial e pela superficialidade das relações sociais, espirituais e culturais no âmago da sociedade moderna. É precípua dar mais sentido à própria existência e refletir sobre a morte como algo inevitável.

Destarte, as concepções de morte próxima e morte distante são uma criação moderna, principalmente, do século XX. Diante de tantas possibilidades de agir, ser

e ter, o indivíduo se vê diante do impossível, isto é, prolongar a morte, evitar a morte, não crer na mesma, ainda que esta seja algo inevitável. Alguns estudos, segundo Lima (2005), têm mostrado que pensar na morte para o homem é sinônimo de sofrimento psíquico, insuficiência e finitude humana. Na sociedade moderna, não se tem tempo para analisar ou pensar sobre a morte. A vida é rápida e efêmera, a morte vem em velocidade similar.

A título de exemplo, McNamara (1999) analisa que a crise contemporânea da morte é fruto do emprego e da obsessão pela tecnologia médica para a manutenção da vida. Ele observa que a criação e utilização do ventilador artificial (por exemplo), gerou profundas modificações tanto no processo do morrer quanto no próprio conceito de morte. A morte então passa a ser cerebral; morte das partes do corpo (paraplégico, tetraplégico), etc.

Kovács (2008) amplia o debate ao mencionar que a sociedade atual e sua relação com a ciência, preteriu preceitos religiosos e espirituais que, de certo modo, corroboravam para uma Educação para a Morte. Não no sentido da “Boa Morte”, porém, dando respaldo para as pessoas pensarem mais a respeito desse fenômeno natural. A autora diz que na sociedade atual, não é a morte que está em crise, e sim as pessoas, a sociedade em si. Estamos vivendo um período do vazio, da melancolia e depressão. Tais patologias (sentimentos/expressões de sofrimento) mostram a incapacidade das pessoas em lidarem com morte, dor ou sofrimento.

Em vista disso, o individualismo e o capitalismo levaram as pessoas a escolherem outro estilo de vida, menos reflexivo, efêmero, superficial nas relações culturais e religiosas. A morte, nesse bojo, entra também em crise, posto que há uma descaracterização da expressão de sentimentos quanto à morte e morrer. As pessoas evitam tal assunto, não querem sofrer, têm medo da morte e da dor (KELLEHEAR, 2016).

Autores que estudam a pós-modernidade ou contemporaneidade buscam, constantemente, analisar que existe um quadro de mal-estar na sociedade, engendrado pela perda gradual de sentido na vida, na fé, na religião. A ciência se torna um “deus”. Com isso, tem-se a obliteração da moral e da ética; emergiu um eclipse dos valores humanos. A nossa sociedade hoje é personalizada por atitudes insanas das pessoas como violência, desonestidade, falta de respeito para com o próximo, corrupção, entre outras. A Educação para a Morte e a Bioética, nesse conjunto social atual, ainda sofrem certos entraves. O mundo está sendo quase

totalmente administrado pela tecnologia, o qual não há espaço para exercitar a autonomia e a liberdade no que tange à vida e a morte.

Ziegler (1977) enfatiza que diante da morte certa, algumas pessoas não mais recorrem à figura de Deus. O homem pós-moderno procura conforto na lógica de mercado que, por seu turno, nos mostra que tudo parece ter um preço, tudo é vendido e comprado, até as técnicas mais modernas e eficazes para atenuar o sofrimento, a dor e a morte.

Esse autor entende que a sociedade contemporânea esquadrija o homem de tal modo que este se reduz à sua simples funcionalidade capitalista. Em outros termos, o homem não tem uma experiência substancial e reflexiva sobre a vida e a morte (dilemas existenciais). Por isso, a morte é esvaziada de sentido e significado.

Vive-se não numa era de vazio, e sim numa era de fuga e evasão do pensamento, da reflexão e até do vazio. Ao aceitar a vida, também aceita-se o binômio morte-morrer. Tudo acaba e se reconstrói em um processo dialético.

Defende-se que na sociedade atual, a consciência da finitude precisa ser retomada e trabalhada, visando superar essa “crise da morte”. Buscar um prolongamento da vida pelas ciências médicas pode também trazer consigo um vazio, pois prolongar a morte igualmente pode ser continuar morto por mais tempo (ex.: o belo livro/filme “O escafandro e a borboleta”<sup>19</sup> de Jean-Domenique Bauby ou o clássico “Tempo de Despertar”<sup>20</sup>, filme baseado nas experiências de Oliver Sacks com pacientes em situação de encefalite letárgica). Portanto, morte-morrer nos permite a vida e seu ciclo natural e, quem sabe, isso não seja algo limitador. Pode-se viver um “infinito” no próprio “finito”.

---

<sup>19</sup> Narra a história de Jean-Dominique Bauby, 43 anos, é editor da revista Elle e um apaixonado pela vida. Mas, subitamente, tem um derrame cerebral. Vinte dias depois, ele acorda. Ainda está lúcido, mas sofre de uma rara paralisia: o único movimento que lhe resta no corpo é o do olho esquerdo. Bauby se recusa a aceitar seu destino. Aprende a se comunicar piscando letras do alfabeto, e forma palavras, frases e até parágrafos. Cria um mundo próprio, contando com aquilo que não se paralisou: sua imaginação e sua memória.

<sup>20</sup> Conta a história de um médico neurologista Malcolm Sayer trabalha em um hospital psiquiátrico. Lá, encontram-se vários pacientes que, aparentemente, estão catatônicos. Sayer sente que eles estão só “adormecidos” e que, se forem medicados da maneira certa, poderão ser despertados. Pesquisando sobre o assunto, ele chega à conclusão de que os pacientes sofrem de encefalite letárgica, e que a droga L-DOPA, usada em pacientes com o mal de Parkinson, poderia ser o medicamento ideal para tratá-los. Sayer é autorizado pelo diretor do hospital a submeter apenas um paciente ao novo tratamento; ele escolhe Leonard Lowe, que estava “adormecido” há décadas. Gradualmente, Lowe se recupera, e Sayer passa a administrar o L-DOPA nos outros pacientes, que imediatamente apresentam sinais de melhora e mostram-se ansiosos em recuperar o tempo perdido. Mas, infelizmente, Lowe começa a apresentar estranhos e perigosos efeitos colaterais.

É nesse contexto que se erigem os processos de cientificação e hospitalização da morte. Autores como Michel Foucault, Edgar Morin, Robert Castell, Jean Ziegler, dentre outros, irão denunciar tal faceta da morte que, até o início do século XVIII era um processo ainda familiar (com menos ênfase do que em comparação ao século X). À vista disso, na próxima seção debater-se-á a hospitalização da morte.

## **2.9 Hospitalização da morte**

Com o advento da cientificação e institucionalização do homem, a morte e o morrer se tornaram discursos puramente médicos. O que se debate fora desse âmbito é mera superstição, religiosidade ou filosofia. Nesse contexto, Brustolin (2007) ressalta que, nos meios médicos e científicos, criou-se um discurso de posse face à morte. Elaboraram-se políticas de morte, condutas, comportamentos e práticas de boa morte no âmago de hospitais.

Por essa razão, a morte é agora institucionalizada e medicalizada. Nos hospitais há aparelhos de alta tecnologia que são empregados com vistas à manterem o organismo do doente terminal em funcionamento e profissionais são cada vez mais treinados para manipulá-los. No entanto, ainda há uma imprecisão quanto a assistir às reais necessidades do paciente, em iminência de morte, e, sobretudo, de seus familiares (SOUZA, 2009).

Elias (2001) traz à luz das ideias a questão do morrer como ato individual e impessoal. A pessoa em situação de morte, geralmente, é retirada do âmbito familiar e hospitalizada. Esse autor não critica o processo de hospitalização no sentido de tentar salvar a pessoa, mais do que isso, ele tece duras críticas em virtude do “silenciamento” do paciente no tocante às suas decisões, necessidades, autonomia e liberdade sobre a sua vida.

Canastra (2007) analisa que o paciente pode até idear por repouso, paz, dignidade e autonomia, contudo, ao se inserir no hospital, habitualmente é institucionalizado, recebendo infusões, transfusões, medicamentos, etc. Tudo é controlado, medido e interdito. O objetivo é salvar a vida do paciente e dispensar atenções às suas carências subjetivas.



Para Foucault (2008), o discurso gerado por instituições como o hospital, constitui-se de relações entre sujeitos, entre poderes. Qualquer agrupamento humano estará sempre permeado por relações de poder, uma vez que o pressuposto básico para a manifestação desse tipo de poder são as relações inerentes à vida social. Relações estas atravessadas pelo efeito da normalização, nesse caso, a normalização da morte como uma conduta hospitalar. No cerne da sociedade, os hospitais tornam as relações isomorfas, quer dizer, toda resistência ou oposição é dirimida por seu discurso normatizador e científico. Pode-se dizer então que o indivíduo é constituído e não constituinte. Constituído, sobretudo, por práticas disciplinares (cuidados sobre sua morte), as quais fazem emergir um tipo de saber organizado em torno das normas, das formas de controle, de punição e de vigilância.

A esse respeito, Foucault (2010) infere que nas diferentes instituições sociais, como o hospital, existem um conjunto estratégico, formado por saberes e discursos sobre o indivíduo, com vistas a produzir uma subjetividade (assujeitamento) que, por sua vez, se atrele a um determinado discurso, isto é, aos interesses das estratégias de poder-saber já estabelecidas (discursos médicos, tecno-científicos sobre a morte). O exercício do poder, nestas instituições, engendra saber e este saber gera efeitos de poder. Vale dizer que o poder, por sua vez, opera por intermédio de discursos, mormente, os que veiculam e produzem uma verdade.

Com o processo de hospitalização da morte, cunhou-se uma espécie de “governo da morte”, isto é, um parâmetro de institucionalização e normalização da morte. Assim sendo, há uma relação de interdependência entre o exercício do governo (controle, práticas e discursos acerca da morte) e as mentalidades que sustentam tais práticas (as concepções criadas sobre a morte-morrer).

Nesse âmbito, produziu-se técnicas e saberes médicos que, se por um lado foram importantes para o avanço no tratamento de doenças, cuidados e múltiplas visões a respeito da morte-morrer, por outro, a hospitalização trouxe consigo todo um aparato de técnicas que visam criar sujeitos governáveis. A morte também é controlada, normalizada e moldada (ALVES; DULCI, 2014).

Sobre isso, Agambem (2008, p. 175) explica:

[Em linhas gerais], o caráter mais específico da biopolítica do século XX: já não fazer morrer, nem fazer viver, mas fazer sobreviver. Nem a vida nem a morte, mas a produção de uma sobrevivência modulável e virtualmente infinita constitui a tarefa decisiva do biopoder de nosso tempo. Trata-se, no homem, de separar cada vez a vida orgânica da vida animal, o não humano

do humano, o muçulmano da testemunha, a vida vegetal mantida em funcionamento mediante as técnicas de reanimação da vida consciente até alcançar um ponto-limite que, assim como as fronteiras da geopolítica, é essencialmente móvel e se desloca segundo o progresso das tecnologias científicas e políticas. A ambição suprema do biopoder consiste em produzir em um corpo humano a separação absoluta entre o ser vivo e o ser que fala, entre a *zoé* e o *bíos*, o não homem e o homem: a sobrevivência.

Assim sendo, a hospitalização da morte é um dado da biopolítica. Não no sentido da morte em si, mas do processo de viver-morrer (momentos que antecedem a morte). Isso é controlado, medicado, mensurado. Escolhe-se quem sofrerá a eutanásia e quem ficará por mais tempo. Ligam-se pessoas em aparelhos e as mantêm em situação de sedação ou coma induzido. É por esse caminho que se tem que analisar a hospitalização da morte. Ora, quando o poder sobre a vida não se exerce mais sobre as pessoas, quer dizer que morte é iminente. A saída é então evita-la (ALVES; DULCI, 2014).

Enfim, finaliza-se o presente subitem com uma fala contundente de Kübler-Ross (2005, p. 276): “[...] aprendemos que a morte em si não é um problema para o paciente, mas o medo de morrer que nasce do sentimento de desesperança, de desamparo e isolamento que a acompanha”. Em outras palavras, no que tange à hospitalização da morte, deve-se conduzir uma “boa morte” com a permissão do paciente, norteando-se pelos princípios de uma “educação para a morte” e preceitos bioéticos.

## **2.10 O Serviço Social no processo morte-morrer**

O processo morte-morrer é pouco estudado; entre os assistentes sociais, apenas os que estão inseridos no âmbito hospitalar têm maior aproximação com o tema. Há também uma ausência do assunto na formação e uma certa escassez pelo CFESS sobre a atuação do assistente social no processo morte-morrer.

Existe uma ampla bibliografia desenvolvida em torno das dificuldades dos seres humanos em lidarem com suas doenças e da morte (BECKER, 1976; ARIÈS, 1977; MORIN, 1997; ELIAS, 2001; RODRIGUES, 2006). Elias (2001, p. 16-17) chama a atenção para a dificuldade que a morte representa para os grupos humanos de todas as esferas da civilização atual:

[...] um dos problemas mais gerais de nossa época – nossa incapacidade de dar aos moribundos a ajuda e afeição de que mais que nunca precisam quando se despedem dos outros homens, exatamente porque a morte de outro é a lembrança de nossa própria morte [...].

No caso específico do Serviço Social, como todas as demais profissões que estão inseridas nas equipes de saúde, o contato com o usuário que está fora de qualquer possibilidade científica de dar continuidade à sua vida, projeta para o assistente social a noção de que sua intervenção chegou ao fim. Afinal, são profissionais que atuam a serviço da vida, nas suas mais abrangentes determinações. Entretanto, teria a morte menor valor para o assistente social?

Até que ponto o saber do Serviço Social tem discutido a questão da morte de modo a preparar seus profissionais? Qual o efeito que a morte produz sobre a prática do assistente social? Em que medida este profissional, com o seu saber técnico, encontra-se apto para compreender e agir diante de situações que envolvem morte, luto e sofrimento, situações nas quais o usuário poderá estar necessitando tanto de apoio afetivo quanto da materialidade?

Outros campos das ciências humanas (Filosofia, Antropologia, História, em especial a Psicologia) já estão se aprofundando nas questões que dizem respeito à morte e ao morrer. Contudo, no Serviço Social a morte ainda é um aspecto “ignorado” (ou um tema considerado irrelevante), ainda prevalece o silêncio e o fortalecimento da negação acerca desta problemática. E um dos resultados é a ausência dos assistentes sociais nas pesquisas ou nas práticas multidisciplinares que abordam o assunto. Nota-se uma ausência de material sobre o tema; apesar de haver um índice elevado de assistentes sociais atuando na área da saúde, não se encontram bibliografias suficientes e adequadas para contribuir com a ação profissional.

Encontrou-se o estudo de Lima (2014), que buscou analisar como os assistentes sociais de uma unidade hospitalar atuam no processo de morte e morrer de um hospital de doenças infecciosas. A análise dos dados deu-se pelo Discurso do Sujeito Coletivo, os resultados obtidos da investigação mostram a morte como dor e sofrimento para a equipe do Serviço Social. O lidar com a morte e o morrer traz sofrimento e a partir da história de vida de cada assistente social são elaboradas suas Representações Sociais sobre o processo. Em linhas gerais, este estudo é importante para mostrar que esse profissional não consegue naturalizar o processo

de confronto com a morte, dado que este não pode ser quantificado e nem protocolado. Isto é, trata-se de um processo de dor, luto, choro, em suma, as Representações Sociais identificadas evidenciam uma imagem da morte como natural e certa, mas como um processo bem doloroso.

O Serviço Social é um saber que surgiu para preocupar-se com a manutenção da vida, com a preservação do corpo do vivo que, devido às precárias condições de existência, vai deteriorando-se, morrendo gradativamente. A prática do assistente social está direcionada exclusivamente no sentido de pensar nos vivos. Deste modo, esse profissional não se encontra suficientemente preparado para compreender e agir perante situações que envolvem a morte e o morrer.

A negação da morte não deixa de produzir efeitos sobre a prática do assistente social, especialmente aquele que lida diretamente com os serviços hospitalares.

**CAPÍTULO 3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A TEORIA DAS  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

### 3.1 Teoria das representações sociais

O contexto sociocultural, tal qual o ambiente físico e natural é, basilaramente, formado por imagens, símbolos, signos e representações, os quais, de modo dialético, são produtos de nossa significação. De uma imagem cria-se outras imagens, relega-se certos signos, criamos representações e assim sucessivamente. De fato, o processo de representação abarca um processo semiótico dessimétrico entre decodificação e codificação, significação e ressignificação, abrangendo ainda os estímulos físicos (gestos, percepções, sensações, etc.), em uma categoria específica.

Por isso, pode-se analisar que a representação é, então, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes. Assim, coisas que nos parecem estranhas e perturbadoras têm, igualmente, algo a nos ensinar sobre a maneira como as pessoas pensam e o que as pessoas pensam (MOSCOVICI, 2004).

Conforme Jovchelovitch (1998), o termo “representação” denota, em termos etimológicos, o verbete latino *repraesentare* que, por seu turno, significa fazer presente ou apresentar de novo. Ou seja, fazer presente alguém e/ou alguma coisa ausente, seja uma ideia, mediante a presença de um objeto. No mais, a autora entende que “representação” foi tido como sinônimo de cópia, de espelho do mundo. Com isso, representar é copiar, retratar ou reproduzir o social. Tal ideia influenciou, por muitas décadas, as ciências sociais e a própria psicologia, gerando a ilusão da sobreposição perfeita entre os mundos psicológico e social.

É nesse mote que surgem estudos e pesquisas referentes à Representação Social, mormente, no contexto da Psicanálise na França dos anos de 1950. Tendo como cerne investigar a transformação do pensamento social e os seus desdobramentos de acordo com os grupos sociais, as representações sociais tornaram-se um tipo de saber especializado e específico, já que os discurso e mentalidades postos no âmbito público, basicamente, geravam representações. Em linhas gerais, o que era particular e de contexto individual passou para o coletivo, perpassando por ideários de senso comum (DOISE, 1986).

As Representações Sociais trabalham, portanto, com a passagem de um saber/conhecimento de domínio individual para o mundo coletivo da socialização de

ideias, mentalidades e debates entre sujeitos comuns, quer dizer, analisar o senso comum e seu processo de internalização e formas de significação tornou-se um fenômeno psicossocial a ser investigado pelas correntes psicológicas, sociológicas, antropológicas e históricas.

Doise (1986) explana que toda Representação Social abrange a mobilização de questões psicológicas, afetivas, psíquicas, memorialísticas, superstições, etc., imbricadas de conteúdo sociocultural (linguísticos, estruturais, éticos, etc.). Desse modo, há um entrelaçamento entre o social e o individual de forma dialética e intrínseca, diluindo a dicotomia indivíduo-sociedade.

Historicamente, teoria das representações sociais é uma área de pesquisa e interesse de outras ciências humanas, como psicologia, sociologia, história e antropologia. Pode-se considerá-la uma teoria científica respeitante aos processos pelos quais os indivíduos em interação social constroem explicações referentes à objetos e situações sociais (ARRUDA, 2005).

No que tange especificamente ao termo “Representação Social”, este foi construído e consolidado por Serge Moscovici em seu doutoramento, ocorrido em 1961, sob a orientação do psicanalista francês Daniel Lagache. Para definir este termo e campo de estudo, Moscovici precisou de mais de duas décadas de trabalho intelectual entre sua tese *La Psychanalyse: son image et son public*, de 1961, e a apresentação da teoria no livro *Social Cognition*, de 1984. Destarte, Moscovici defendeu que a Representação Social é um “fenômeno”, o que era, antes da década de 1960, concebido como um “conceito” (JOVCHELOVITCH, 1998).

Ademais, a autora supramencionada ressalva que Serge Moscovici, além de tomar emprestado de Durkheim o conceito de Representações Coletivas (alterando-o para Representações Sociais), tomou de Freud a ideia de que os processos inconscientes determinam a produção dos saberes sociais.

O verdadeiro inventor do conceito é Durkheim, na medida em que fixa os contornos e lhe reconhece o direito de explicar os fenômenos mais variados na sociedade. Ele o define por uma ampla classe de formas mentais (ciências, religiões, mitos, espaço, tempo), de opiniões e saberes sem distinção. (MOSCOVICI, 2001, p. 47).

A teoria das representações sociais, proposta por Moscovici (2001), se desenvolve a partir de uma teoria que prioriza a mudança. Em outras palavras, visa o que acontece quando os atores sociais são levados a desenvolver práticas sociais,

as quais estão em contradição com seu sistema de representação. De acordo com Moscovici (1978, p. 41),

[...] as relações sociais que estabelecemos no cotidiano são fruto de representações que são facilmente apreendidas. Portanto, a Representação Social possui uma dupla dimensão, Sujeito e Sociedade, e situa-se no limiar de uma série de conceitos sociológicos e psicológicos.

Jean Claude Abric, um dos seguidores dessa teoria, defende a importância do estudo da Representação Social, asseverando que “[...] para além das tomadas de posição ideológicas, a análise científica das mentalidades e das práticas sociais será um dos elementos indispensáveis à evolução e ao progresso social.” (ABRIC, 1996, p. 78).

No âmago da teoria das representações sociais fundou-se, com isso, um sistema teórico particularmente precípuo para se alcançar o objetivo mencionado por Abric, dado que uma de suas vantagens é que esta teoria subsidia abordagens diversas e complementares, isto é, sejam etnológicas e antropológicas, sociológicas e/ou históricas (ABRIC, 1996).

Os estudos de Guareschi (1996) e Reis e Bellini (2011) sinalizam que a teoria das representações sociais está no cerne de um debate multidisciplinar e também transdisciplinar, pelo qual se ampliam as possibilidades de entendimento acerca das relações entre o conhecimento e as práticas sociais que lhes dão origem.

Quanto ao mais, é uma área de pesquisa que vem exigindo certo tipo de produção de conhecimento e que este se engabele dialeticamente com diferentes fundamentos teóricos e procedimentos metodológicos. É preciso mencionar que, embora haja a contribuição de outros teóricos, tais como Michel Maffesoli ou Erving Goffman para a veiculação da Sociologia do Conhecimento, é precisamente no bojo da Psicologia Social que Serge Moscovici mais contribuiu para a consolidação do conceito de Representação Social e, subsequentemente, para o diálogo teórico e metodológico entre a Sociologia e a Psicologia (SPINK, 1999; ABRIC, 1996).

Daniel Lagache no Prefácio da obra “A Representação Social da Psicanálise”, afirma que o pensamento de Serge Moscovici é algo que estimula e incita ao diálogo. Assim, foi um empreendimento novo e audacioso atacar os problemas da Sociologia do Conhecimento no terreno de uma atualidade próxima e viva. Serge Moscovici é o responsável por uma “virada metodológica” no âmbito da Psicologia



Social no que corresponde à valorização do conhecimento de senso comum (SPINK, 1999).

Por seu turno, o senso comum é objeto de estudo das representações sociais, em virtude de que essa modalidade de conhecimento é dialética e dinâmica, variando segundo as incursões específicas num contexto de relações sociais. Em outros termos, esta forma de conhecimento está atrelada à realidade dos grupos e categorias sociais, possibilitando às pessoas uma visão de mundo e, no mais, contribuindo para sua identidade social (ABRIC, 1996).

Guareschi (1996) explana que as representações sociais dão ênfase no estudo do conhecimento de senso comum e como este contribui para a compreensão da gênese dos comportamentos sociais, tal como, para a possibilidade de redefinição do papel de uma ciência, tomando como norte o poder e a força que o semiótico tem diante do processo de construção do real.

Moscovici (2001) preconiza que seu interesse não é em determinar uma teoria estanque, mais do que isso, é propor uma perspectiva que vise “ler” os mais diversos fenômenos e objetos do mundo social. Para tal, ele organiza intencionalmente os preceitos básicos de sua teoria ao redor da complexidade do mundo social, com vistas a analisar e observar os indivíduos num contexto sociocultural mais amplo das relações interindividuais.

Portanto, é por meio dos estudos de Moscovici que desponta uma teoria que se debate metodicamente e epistemologicamente, bem como trabalhos de representações sociais. É necessário mencionar que as pesquisas que assumem essa teoria abarcam diversos segmentos de atividade científica, sem respeitar as fronteiras tradicionais erigidas pela especialização acadêmica, tais como: Serviço Social, Educação, Saúde, Sociologia, Psicologia, etc. (ARRUDA, 2005).

De resto, vale dizer que tal teoria foi estimulada pela Psicologia Social e, por isso, ganhou espaço e suporte para desenvolver não tão somente em suas aplicações, mas, igualmente, em estudar outras tendências divergentes.

### **3.2 Elementos básicos da formação das representações sociais**

O conceito de representação nasceu no bojo da Sociologia e na Antropologia.

Os estudos de Émile Durkheim e de Lévi-Bruhl se desenvolveram nas teorias de Ricoeur. Contudo, a teoria das Representações Sociais, molde sociológico da Psicologia Social, tem procedência nas teorias de Serge Moscovici.

A teoria das representações sociais é um produto e um processo. Por esse motivo, representa uma gama variada de definições e denotações. No campo da Psicologia Social, Jodelet (2001, p. 22) afirma que “[...] a representação social é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.”

Com isso, as representações sociais, a partir dos estudos de Moscovici e seguidores (Jean Claude Abric, Sandra Jovchelovitch Denise Jodelet, Pedrinho Guareschi, Mary Jane Spink e outros), foi-se desenvolvendo por intermédio de metodologias e teorizações, englobando novas formas de abordagem de pesquisa, ganhando *status* próprio de abordagem metodológica e campo de pesquisa.

Pode-se dizer que, se o elemento base para as representações sociais é a atuação do sujeito em seu cotidiano gerando discursos e práticas (engendrando um senso comum de um grupo de indivíduos sobre um dado fenômeno ou a própria sociedade em geral), a Psicologia Social cumpre sua função de alicerçar teórica e metodologicamente análises acerca desse senso comum, em conjunto com a Sociologia, Antropologia e História, por exemplo, dando orientação teórica inicial, para que se possa analisar o campo de estudo das representações sociais.

Vala (1996), na mesma linha de pesquisa de Jodelet e Moscovici, analisa que a representação social é concomitantemente conteúdo cognitivo estruturado, sendo avaliativo, afetivo, cultural e semiótico, acerca de um fenômeno social relevante, o qual assume o formato de imagens ou metáforas e, por conseguinte, é conscientemente partilhado com outros membros do grupo social. Por essa razão, é um processo público de construção e criação, elaboração e difusão, culminando em mudanças contínuas do conhecimento compartilhado.

Wagner (1995) considera as representações sociais como os princípios geradores de tomadas de posição atreladas às incursões específicas dentro de um conjunto de relações sociais. Esse processo, por sua vez, organiza o desenvolvimento de elementos semióticos que intervêm nessas relações.

Por isso, Moscovici (2001) buscou em diferentes áreas do conhecimento fundamental e solidificar sua teoria. Nessa busca por uma compreensão atinente à

mudança dinâmica das relações e imaginários entre indivíduo e sociedade, o autor citado concluiu que essas relações são inseparáveis e se interligam. Em vista disso, a Psicologia e as Ciências Sociais, no sentido geral, não podem explicar tais fenômenos isoladamente. Embora as Representações Sociais sejam uma variante da Psicologia (tendo a Psicologia social como área de interface), outras áreas corroboram para as análises, tais como Antropologia Cultural, Sociologia, Psiquiatria, Psicanálise, e até mesmo a História e seus desdobramentos (História da Arte, da Música, do Cinema, da Infância etc.).

Spink (1999) já entende que o elemento base da representação social é um diálogo permanente entre a ciência e o senso comum. Em outros termos, concerne à circulação simbólica de conhecimentos, saberes e imagens (relevantes aos grupos sociais) atinentes à dimensão sistematizada do conhecimento para a dimensão sensitiva e informal do conhecimento do cotidiano.

Abric (1996) complementa ao citar que as representações sociais ajudam nas próprias reinterpretações dos construtos pessoais. Entender o que uma pessoa diz ou discursa sobre algo é, essencialmente, compreender como seu grupo social pensa ou age ou mesmo as formas de compactuar de um mesmo ideário. Portanto, uma de suas bases é tomar a visão de mundo dos indivíduos como ponto de partida para interpretar comportamentos, ações, formas de pensamento, linguagens, etc.

Assim, as representações sociais servem como fundamento para se apreender as complexas relações sociais e estruturar argumentos inferenciais sobre a sociedade; têm também a função de explicação, previsão e síntese de situações e comportamentos contidos nas relações sociais (produção dos discursos de senso comum).

Evitando certas confusões com a Sociologia, Guareschi (1996, p. 196) diferencia habilmente os conceitos de representação social e representações coletivas:

[...] algumas delas se transmitem vagarosamente por gerações; são o que chamamos de tradições e são comparadas à endemia. Outras representações, típicas das culturas modernas, se espalham rapidamente por toda a população, mas possuem um curto período de vida; são o que chamamos de moda e são comparadas à epidemia. O primeiro tipo corresponderia ao conceito de representações coletivas de Durkheim; o segundo, ao conceito de representações sociais de Moscovici. (GUARESCHI, 2000, p. 196).

Visando diferenciar representações sociais de coletivas, autores como Guareschi (1996), Jodelet (2001), Moscovici (2001), Bourguignon (2001) e Mendes e Almeida (2014), explicam que os elementos principais, encadeados ao conceito de representação social, são:

- É um conceito dinâmico e explicativo, que explana tanto a realidade social, quanto as física e cultural. Por esse motivo, tem uma dimensão histórica, simbólica e transformadora;
- É um conceito que engloba aspectos culturais, cognitivos e valorativos, quer dizer, aspectos ideológicos;
- É uma teoria que se faz presente nos meios sociais (externo) e nas mentes (interno). Nesse sentido, ela se consolida numa realidade presente nos objetos e nos sujeitos, portanto, é um conceito relacional e social. Em suma, o ato de representar não é simples, já que além da imagem, o ato em si traz consigo sempre um sentido simbólico e histórico.

Há quatro características fundamentais no ato de representar, de acordo com Jodelet (2001, p.27):

- A representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito);
- A representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações);
- A representação será apresentada como uma forma de saber: de modelização do objeto diretamente legível em diversos suportes linguísticos, comportamentais ou materiais - ela é uma forma de conhecimento;
- Qualificar esse saber de prático se refere à experiência a partir da qual ele é produzido, aos contextos e condições em que ele o é e, sobretudo, ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro.

É um saber prático que atina à experiência pelo qual ele é produzido, partindo da experiência, de seus contextos e de suas condições e, sobretudo, ao fato de que a representação é profícua para agir sobre o mundo e o outro (JODELET, 2001).

Nessa esteira conceitual, a teoria das Representações Sociais se mostra como campo de conhecimento e abordagem metodológica, tendo como cerne a produção dos saberes sociais, objetivando a análise da construção e da transformação do conhecimento social. Estes saberes atinam a quaisquer tipos de

saberes que são produzidos no cotidiano.

Spink (1999) afirma que uma das funções precípuas das Representações Sociais é o estudo do conhecimento prático. Este saber incute-se mais precisamente no conhecimento do senso comum e na prática social do indivíduo em seu meio sociocultural (elemento base das Representações Sociais). Assim, esta autora explica que o uso de tal teoria rompe com os paradigmas clássicos atinentes às teorias do conhecimento positivista, construtivista e funcionalista.

Nesse viés, Jodelet (2001) exemplifica que seis perspectivas de linhas de estudo das Representações Sociais foram erigidas mediante os aludidos estudos:

- Primeira: dá-se realce à atividade intimamente cognitiva pelo qual uma representação é construída pelo sujeito. A transformação dessa representação em social somente se dá mediante duas dimensões: a de contexto e a de pertencimento.
- Segunda: pontua-se os aspectos mais significativos da atividade representativa. O indivíduo é ideado como um produtor de sentido, manifestando na representação o significado que empresta à sua experiência no mundo social.
- Terceira: a representação como uma forma de discurso. Nesse sentido, o discurso situa a prática social do indivíduo.
- Quarta: essa abordagem considera a prática social do sujeito (elemento base para análise), pressupondo que as representações retratam as normas institucionais postas pela posição e/ou pelas ideologias atreladas ao lugar ocupado pelo indivíduo na sociedade.
- Quinta: as Representações Sociais levam em conta as relações intersubjetivas como sendo determinantes da dinâmica das representações. O desenvolvimento das interações entre pessoas é considerado como influente nas representações que os membros têm de seu grupo, da sociedade em geral e de outros grupos, isto é, sua visão de mundo.
- Sexta: as Representações Sociais como método para se analisar o indivíduo como alguém portador de determinações sociais. Assim, a atividade social representativa situa-se na reprodução de pensamentos socialmente estabelecidos pelos indivíduos.

Ainda que existam estas linhas de estudo, Moscovici (2001; 2004) considera que as funções da Teoria das Representações Sociais seguem duas linhas diametralmente ligadas:

[Primeira], elas “convencionalizam” os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Elas lhes dão uma forma definitiva, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as põem como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Todos os novos elementos se juntam a esse modelo e se sintetizam nele. Mesmo quando uma pessoa ou objeto não se adequam exatamente ao modelo, nós o forçamos a assumir determinada forma, entrar em determinada categoria, na realidade, a se tornar idêntico aos outros, sob pena de não ser nem compreendido, nem decodificado. Nós pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos, de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura.

[Segunda, as] representações são “prescritivas”, isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado. (MOSCOVICI, 2004, p. 34, grifos do autor).

Em termos genéricos, a teoria das representações sociais alia Psicologia, Sociologia e Antropologia, dado que estas áreas corroboram entre si para a consolidação dessa teoria e, ademais, servem para jogar luz à construção do pensamento cotidiano pelos seus múltiplos atores. Essa teoria para a academia serve como suporte para analisar processos socioculturais em mudança e que levam a modificações no pensamento e nas práticas sociais. Por outro lado, a teoria também ratifica os processos de obliteração quanto às dicotomias existentes entre processos e estruturas sociais.

De resto, Moscovici (2001) infere que a teoria das representações sociais trata, precipuamente, de operacionalizar o pensamento social em sua dinâmica simbólica, em sua diversidade, em sua contradição. Destarte, parte do pressuposto de que há forma de conhecer e de se comunicar orientada por objetivos diferentes, modos que são móveis. É nesse contexto que o referido autor entende que há duas formas (usos) basilares para mencionada teoria: “a consensual”; e “a científica”, sendo que cada uma gera seu próprio universo de saberes e conhecimentos. Arruda (2002, p. 130, grifo do autor) explica:

O **universo consensual**: [...] aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana. As Representações Sociais constroem-se mais frequentemente na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente estanques. As sociedades são representadas

por grupos de iguais, todos podem falar com a mesma competência. A Representação Social é o senso comum, acessível a todos. Enquanto o **universo reificado**, se cristaliza no espaço **científico**, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. A sociedade é de especialistas onde há divisão de áreas de competência. Aqui é a Ciência que retrata a realidade independente de nossa consciência; estilo e estrutura fria e abstrata.

Em síntese, é uma teoria que considera, além do coletivo, o fator individual, pois, para Moscovici (2011, p. 79), a teoria "[...] toma, como ponto de partida, a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda a sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade."

### 3.3 As estruturas e os processos das representações sociais

A teoria das representações sociais é uma teoria acerca da produção dos saberes sociais. Saber, nesse viés, concerne a qualquer tipo de saber, contudo, a teoria está notadamente apontada aos saberes que se produzem no cotidiano e que competem ao mundo vivido. Com isso, há a divisão entre consensual e reificado (científica) (JOVCHELOVITCH, 1998).

Moscovici (2001) alude que no campo do consensual há a partilha de imagens e ideias de modo coletivo, por intermédio de discursos compartilhados e internalizados, gerando estabilidade e recorrência. Com isso, as representações sociais são uma forma qualitativa para compreender o universo consensual (um produto das representações sociais), dando voz e visibilidade às representações e explicando acontecimentos.

O referido autor, já no tocante ao universo reificado, diz que para entender este é essencial recorrer às ciências. Assim, as representações são produtos de evidências empíricas (não se preocupando então com valores e vantagens). Sob este prisma, há a importância de as Representações Sociais serem analisadas pela ótica da Psicologia Social, como meio profícuo de se estudar e investigar adequadamente a origem das ideologias e, no mais, submeter o mundo consensual ao reificado promovendo a passagem de um para o outro.

Nesse sentido, "[...] as representações, que são partilhadas por tantos,

penetram e influenciam a mente de cada um, elas não são pensadas por eles; melhor, para sermos mais precisos, elas são repensadas, recitadas e rerepresentadas.” (MOSCOVICI, 2004, p. 37).

Por esse motivo, ao analisar as representações, suas facetas (consensual e científico), é importante, sobretudo, considerar que esta é uma abordagem dedicada à investigação dos processos mentais e construtos atinentes aos modos como as pessoas pensam o e no cotidiano. Dessa forma, a Representação Social é tão só uma dentre outras variedades de construtos do senso comum, em conjunto com ideologias, atitudes, nexos, imagens sociais etc.

No âmbito das pesquisas acadêmicas, Moscovici (2004) indica que usar a Teoria das Representações Sociais visando à investigação requer lidar com o não familiar, que são as ideias ou as ações que nos perturbam e nos causam tensão. Assim, essa tensão entre o familiar e o não familiar é sempre colocada em nossos universos consensuais, em favor do primeiro. Entretanto, na pesquisa, o que nos é incomum, não familiar, é precípua ser assimilado e pode modificar também nossas crenças. Esse é o processo de rerepresentar o novo na pesquisa.

No que compete ao uso desta teoria em pesquisas de diferentes áreas de conhecimento, Jodelet (2001) explica que o objetivo é pesquisar a representação social como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com vistas a analisar o objetivo prático em que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Para Sá (1996), o propósito da representação social é transformar algo não conhecido (o novo) em conhecido, por intermédio de dois processos básicos: a objetivação e a ancoragem. A “ancoragem” é, basicamente, o processo em que procuramos classificar, isto é, encontrar um lugar e dar nome a alguma coisa para encaixar o não familiar. Ora, a ancoragem sustenta a memória em movimento, pelo qual é direcionada para a subjetividade (interno) e, ademais, está sempre armazenando e excluindo objetos, pessoas e acontecimentos classificados e/ou designados por essa ancoragem segundo os seus tipos. Por sua vez, a “objetivação” é mais ou menos dirigida para o externo (o fora, para os outros) e, igualmente, elabora conceitos e imagens para reproduzi-los no mundo exterior (MOSCOVICI, 2004).

Levando isto em conta, deve-se observar a lógica/organização interna da teoria das representações sociais. Esta é constituída por dois sistemas: o sistema



central e o sistema periférico. O sistema central se organiza em torno do Núcleo Central e sistema periférico é tido como aquele que dá sustentação ao Núcleo Central.

Abric (1994) sintetiza que as representações sociais se organizam em torno de um núcleo conceituado de “elemento fundante”, o qual é responsável por determinar a significação e a organização interna dessas representações.

Ademais, tal núcleo tem por finalidade

[...] descobrir caminhos possíveis para desencadear modificações das Representações Sociais de um grupo, por se entender que as mesmas representam um obstáculo para o desenvolvimento de práticas sociais alternativas às vigentes. (ABRIC, 1994, p. 4).

Por consequência, o sistema periférico tem grande flexibilidade e apresenta funções que vão desde proporcionar que a representação seja formulada em termos concretos, ancorados na realidade imediata a proteger o núcleo central, absorvendo e reinterpretando as mudanças nas situações concretas (ABRIC, 1994).

Quanto à pesquisa em representação social, Spink (1999), Abric (1994), Reis e Bellini (2011), Wagner (1995) e Moscovici (2004) indicam duas facetas concernentes às metodologias que, em geral, são empregadas em estudos que aplicam a Teoria das Representações Sociais.

Primeira, a “Observação”. Este método sistemático é útil como pré-requisito para qualquer passo à frente no campo. Spink (1999) explica que este é o mais adotado pela maioria de estudiosos no mundo, uma vez que tem a função de libertar a teoria da quantificação e da experimentação precoce com a consequente fragmentação do fenômeno estudado. A observação, para Moscovici (2004), é um método analítico que dá suporte para se entender a gênese e a estrutura das representações sociais *in loco*.

Segunda, coleta de dados é a produção dos dados por meio de pequenas amostras de diferentes populações, objetivando evidenciar processos e produtos sociais a serem estudados numa conjuntura maior, por instituições de pesquisa com mais recursos. Em outros termos, tentando o uso de uma linguagem mais próxima possível da realidade naturalística dos investigados, bem como de suas representações desta realidade, usa-se além das notas de campo (observação), a entrevista com roteiros abertos ou semiestruturados (WAGNER, 1995).

De resto, usar a teoria das representações sociais implica em analisar que estas correspondem à processos dinâmicos, dialéticos, tal como produtos de determinações tanto históricas quanto cotidianas (presente). Portanto, a Teoria das Representações Sociais pode contribuir de modo a problematizar a produção de saberes, rechaçar a tendência à homogeneização no campo social, abrir lacunas para possíveis deslocamentos e rupturas paradigmáticas, fazer emergir concepções, reflexões, discursos, por fim, “significados” coletivos atinentes a determinados fenômenos sociais que culminam em experiências atuais, vivenciadas no cotidiano, isto é, na presente e constante trama das relações e das interações sociais.

### **3.4 As representações sociais e sua importância para o estudo do significado morte-morrer**

No contexto das pesquisas voltadas à morte e ao morrer, a teoria das representações sociais tem contribuído substancialmente para a compreensão de questões compartilhadas acerca da natureza e do impacto das crenças religiosas na conformação das imagens da morte, ou ainda, sobre a representação social no que diz respeito à morte, construída por médicos intensivistas, enfermeiros, familiares, assistentes sociais que tratam dos cuidados paliativos (boa morte) e até mesmo pacientes.

Um estudo substancial nessa temática é o de Freitas (2005), que analisou as representações sociais de estudantes do início e do final do curso de Medicina. Objetivou-se entender a evolução de suas representações e crenças atinentes ao papel do médico diante dos pacientes em situação de morte iminente, tal qual detectar as expectativas e avaliações no tocante à forma de abordagem do assunto durante o curso.

Os resultados do supraindicado estudo mostraram um conjunto de papéis identificados pelos estudantes como atribuições do médico no acompanhamento ao paciente, pertinentes à importância de dar a este uma morte digna, ao cuidado com os familiares e aos aspectos legais do óbito. Enfim, concluiu-se que não houveram mudanças qualitativas na percepção dos estudantes entre o início e o final do curso de Medicina. Porém, os estudantes iniciais apresentaram expectativa de que a

faculdade os capacitassem a desempenhar os papéis citados. Já os estudantes em fase final do curso, admitiram que a abordagem do tema não é satisfatória e que, por esse motivo, não se consideravam aptos a acompanhar tais pacientes.

Um estudo posterior na mesma esteira teórica é o de Falcão e Mendonça (2009). Estes autores investigaram as representações, visões e valores de médicos docentes da Clínica Médica, em relação ao processo de morrer. Os resultados evidenciaram que tais médicos perceberam sofrimentos em si próprios e nos estudantes, bem como, que tais sofrimentos estavam concatenados tanto à influência de determinadas formas de uso de tecnologias das biociências (insumos, fármacos, medicamentos), como à ausência de espaços institucionais para reflexões a respeito de estudos da morte. Os autores ressaltam que a percepção geral dos médicos da Clínica Médica se aproxima da convicção de que representações em torno do tema da morte são formadas previamente ao curso de Medicina e não são influenciáveis pela formação médica.

Outro estudo nessa linha de pesquisa é o de Almeida e Falcão (2013), que analisaram a representação social sobre a morte construída por médicos intensivistas, visando compará-la aos resultados alcançados entre os médicos docentes da Clínica Médica. Para tanto, realizou-se entrevistas semiestruturadas com 27 médicos atuantes nas UTIs (Unidades de Tratamento Intensivo) de um hospital universitário ligado a uma instituição federal de ensino superior do Brasil. A partir do conceito e da abordagem da Representação Social, construiu-se como método um estudo quali-quantitativo do discurso do sujeito coletivo (DSC). DSC é uma forma metodológica de resgatar e apresentar as Representações Sociais obtidas de pesquisas empíricas. Os resultados obtidos mostram que o contexto da UTI gera esforços de objetivação e naturalização da morte, entretanto, não neutraliza os sentimentos vividos pelos médicos intensivistas. A pesquisa mostrou que eles concebem seu despreparo para trabalhar com situações que envolvem a morte e o morrer. No processo educacional, a ausência de abordagens sistemáticas ao longo do curso de Medicina que discutam aspectos cognitivos, sociais e afetivos relacionados ao processo da morte e do morrer.

A pesquisa de Oliveira (2008) investigou o estudo do imaginário e das representações sociais das diversas formas de morte, real e simbólica, que atinge as concepções de mundo, as utopias, os ecossistemas, as múltiplas memórias dos povos, entre outras mortes, presentes no ideário de alguns alunos do ensino

fundamental, entre 2006 e 2007, numa escola pública do estado de São Paulo. A pesquisadora concluiu que a compreensão complexa da morte e do morrer abrange explicações, visões múltiplas, mitos, crenças, compreensão objetiva e subjetiva, tende a tomar em conjunto as dimensões ou diversos aspectos da sua pessoa. Nesse sentido, as representações sociais servem para analisar o senso comum que orbita em torno das fontes psíquicas e individuais dos atos e das ideias concernentes à morte e ao morrer. Essas representações são perpassadas por fontes culturais e sociais, condições históricas e materiais.

A pesquisa de Borges e Mendes (2012) teve como cerne conhecer as representações sociais de familiares de pacientes fora de possibilidades de cura. Por meio de um estudo de abordagem qualitativa, sendo de cunho exploratório-descritiva, as pesquisadoras analisaram uma amostra de cinco familiares de pacientes sem possibilidades de cura com idade entre 19 e 45 anos. Utilizou-se a técnica de entrevista guiada, com roteiro semiestruturado.

Em linhas gerais, os resultados desse estudo indicam a fragilidade do grupo familiar frente à um acontecimento doloroso que é a morte. Eles reclamam da ausência de apoio da equipe de saúde, de uma comunicação efetiva que poderia fortalecer os vínculos que beneficiam a emergência de mecanismos de adaptação no auxílio quanto ao enfrentamento da doença e do subsequente luto. Enfim, neste estudo mostrou que as representações dos sujeitos pesquisados são que a morte é um momento de amparo, negação, proteção e palição, por isso, deve ser algo cuidado pelos profissionais de saúde no que compete a atender às necessidades desse tipo de paciente.

### **3.5 Representações sociais nas pesquisas em Serviço Social**

Nos últimos anos, observa-se que as bases de sustentação epistemológica e teórico-metodológica, no campo do Serviço Social, emergem de variadas maneiras, sejam nos grupos de pesquisa ou por discentes da pós-graduação, até mesmo nos diversos projetos de pesquisas tramitando pelo país.

É precípua citar que o interesse em analisar a pesquisa no Serviço Social e a sua relação com a produção do conhecimento é recente no país. Desde a criação

dos primeiros programas de pós-graduação em Serviço Social, na década de 1970, até a inserção dos pesquisadores do Serviço Social nas agências de fomento brasileiras, tais como Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - *National Counsel of Technological and Scientific Developmen* - (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) e as agências estaduais Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), entre outros, a partir da década de 1980.

Autores como Bourguignon (2001), Prates (2013) e Mendes e Almeida (2014), ressaltam o amadurecimento do Serviço Social no Brasil, apesar de ser uma profissão muito jovem se comparada a profissões milenares. Não obstante, é um campo que vem se tornando consistente na pesquisa e na produção de conhecimentos, principalmente, após o final do século XX.

Entretantes, é inegável que a pesquisa e a produção de conhecimentos dele advindas constituíram um verdadeiro divisor de águas no processo de consolidação do acúmulo intelectual do Serviço Social nos últimos quarenta anos. Isso se deve à ampliação de uma produção de conhecimentos mais densa na área, em especial, da maturidade intelectual advinda dos cursos de pós-graduação (GUERRA; ORTIZ, 2009).

Sinteticamente, pode-se deduzir que a criação dos programas de Pós-Graduação no país foi, inegavelmente, um fator de impulsão na produção do conhecimento e, subsequentemente, da pesquisa no campo do Serviço Social e, de resto, é tema de pesquisa de vários autores da área (SETÚBAL, 1995; KAMEYAMA, 2004; SILVA e SILVA, 2007; CARVALHO, 2006; LARA, 2008; SPOSATI, 2007; BOURGUIGNON 2001, 2005, 2008; PRATES, 2013; MENDES, ALMEIDA, 2014).

Assim sendo, neste caminho de contínua reconstrução do saber, observa-se que o acúmulo do conhecimento teórico e prático dos assistentes sociais no Brasil, como produto histórico do seu trabalho profissional, tem formado um solo fértil para novas pesquisas dentro da área.

O Serviço Social é uma área de conhecimento que demanda compreender a teoria das representações sociais como uma nova forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com escopo prático e bem delineado, que contribui expressivamente para a reconstrução de uma realidade concreta comum a um determinado conjunto social mais extenso.

Em outros termos, implica asseverar que as representações sociais são necessariamente dinâmicas, dialéticas, bem como produtos de determinações tanto históricas quanto cotidianas (presente).

No campo de atuação do assistente social, a Teoria das Representações Sociais concerne aos seus instrumentos de intervenção e de produção de conhecimento, podendo ser usada para a compreensão das construções cognitivas dos próprios sujeitos envolvidos com sua prática profissional.

Como exemplo, tem-se o estudo de Negreiros (1995) realizado em Portugal. Neste, o citado pesquisador preocupou-se em analisar o pensamento social sobre a profissão assistente social. Por conseguinte, constatou que a Teoria das Representações Sociais pode vir a introduzir uma alteração, não só no campo de representações desta profissão em termos sociais, como também na estrutura das relações simbólicas com ela estabelecidas, contribuindo para a formação profissional em Serviço Social.

Outro exemplo é o estudo realizado por Sarmiento (2013), a qual teve como objetivo conhecer as representações sociais da morte e do morrer de recém-nascidos para profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Assumindo o referencial teórico da teoria das representações sociais de Moscovici, esta pesquisa fez uso de entrevista semiestruturada, com perguntas norteadoras, com 28 profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Estes profissionais faziam parte de uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais). Como resultado, a TRS possibilitou observar que a morte representa o fracasso do profissional que luta para salvar vidas. De igual maneira, a falta dessa temática na academia, possivelmente gera conflitos que repercutem na representação da morte e do morrer. De resto, a religiosidade e as vivências do cotidiano, privado e do trabalho, foram importantes para estes profissionais lidarem com a finitude e, com isso, construir estratégias de enfrentamento da terminalidade.

A pesquisa de Bourguignon (2001), a título de exemplo, analisou que a teoria das representações sociais permite construções teórico-metodológicas muito profícuas a atuação do assistente social, visto que fazem surgir concepções, reflexões, discursos e “significados” referentes a determinados fenômenos sociais que resultam de experiências atuais, vivenciadas no cotidiano. Por estas

considerações, tal estudo possibilita analisar a não só atuação do assistente social, no âmbito hospitalar, mas também intervir na mesma significativamente.

Ramos (2003), em seu estudo analisando a atuação do assistente social no contexto da saúde, constatou que a teoria das representações sociais no Serviço Social auxilia na construção do ser e do fazer do assistente social no trabalho em equipe (multidisciplinar) em hospitais, ambulatórios e, igualmente, à formação do assistente no campo da saúde em geral.

A teoria das representações sociais pode contribuir para o Serviço Social, de modo a problematizar a produção de saberes, rechaçar a tendência à homogeneização no campo social, abrir lacunas para possíveis deslocamentos e rupturas paradigmáticas, fazer emergir concepções, reflexões, discursos, por fim, “significados” coletivos atinentes a determinados fenômenos sociais que culminam com experiências atuais, vivenciadas no cotidiano, isto é, na presente e constante trama das relações e das interações sociais. É importante fazer uso da teoria das representações sociais no campo do Serviço Social, como um importante referencial epistemológico e metodológico de pesquisa.

## **CAPÍTULO 4 REVISÃO DA LITERATURA CIENTÍFICA**



#### 4.1 Resultados e discussões dos dados

Na presente pesquisa, nos restringimos a investigar as dissertações de mestrado e teses de doutorado, em que foi utilizada a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”, desenvolvida nos programas de pós-graduação do Brasil e que estão no repositório da CAPES.

A busca das teses e dissertações nos Bancos de Dados da CAPES foi concluída nos meses de janeiro e fevereiro de 2018. Desenvolvemos um formulário de coleta de dados, de forma manual, para facilitar o alcance do objetivo proposto pela pesquisa, que foi preenchido para cada tese e dissertação pertencente à amostra do estudo.

Apresentamos, a seguir, os resultados e a discussão dos dados. Estes serão apresentados pela ordem das questões que constituem o protocolo de coleta de dados (Apêndice nº 1).

**Tabela 1:** Frequência de dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.

	<b>Teses</b>	<b>Dissertações</b>	<b>Total</b>
<b>Quantidade</b>	01	14	<b>15</b>

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

Ao analisarmos o conjunto da amostra, verificamos que o número de dissertações é bem maior que o número de teses (14 dissertações *versus* 01 tese). No que se refere ao ano de defesa, verificamos que as publicações se intensificaram no ano 2013 e 2015 (Tabela 2).

**Tabela 2:** Frequência por ano de defesa das dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.

<b>Ano de Defesa</b>	<b>Quantidade</b>
2007	02
2009	01
2011	02
2013	04
2014	01
2015	04
2016	01
<b>Total</b>	<b>15</b>

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

Em relação à cidade de origem das dissertações e teses, observamos que as cidades que apresentam maior destaque são: Ribeirão Preto, Rio de Janeiro e São Paulo; isso pode se justificar pela maior concentração de programas nesses lugares (Tabela 3). Em relação à região, temos a Sudeste e Nordeste com maiorias (de) defesas dentro do tema de nossa pesquisa (Tabela 4).

**Tabela 3:** Frequência de dissertações e teses por local (cidade) sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.

<b>Local de Defesa</b>	<b>Quantidade</b>
Aracaju – SE	01
Brasília – DF	01
Canoas – RS	01
Florianópolis – SC	01
Fortaleza – CE	01
Ribeirão Preto – SP	02
Rio de Janeiro – RJ	02
Salvador – BA	01

<b>Local de Defesa</b>	<b>Quantidade</b>
São Cristovão – SE	01
São Luís – MA	01
São Paulo – SP	02
Uberlândia – MG	01
<b>Total</b>	<b>15</b>

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

**Tabela 4:** Frequência de dissertações e teses por região sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.

<b>Cidade de Defesa</b>	<b>Quantidade</b>
Norte	00
Nordeste	05
Centro-Oeste	01
Sul	02
Sudeste	07
<b>Total</b>	<b>15</b>

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

Realizamos a identificação de todos os autores de cada dissertação e tese, mas não faremos referência aos seus nomes, pois estão apresentados na lista de referências bibliográficas e na amostra do estudo no próximo item.

Na Tabela 5 apresentamos a formação acadêmica dos pesquisadores. Este dado possibilita identificar quais profissionais estão inseridos no desenvolvimento científico em relação ao tema morte e morrer nos cuidados paliativos em oncologia.

**Tabela 5:** Formação acadêmica dos autores de dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer de profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.

<b>Formação Acadêmica</b>	<b>Quantidade</b>
Serviço Social	03

<b>Formação Acadêmica</b>	<b>Quantidade</b>
Enfermagem	05
Psicologia	06
Fisioterapia	01
<b>Total</b>	<b>15</b>

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

Em relação à formação, a maioria dos pesquisadores é psicólogo, seguida pelo enfermeiro e assistente social. Estão ligados a Ciências Humanas, Sociais e de Saúde. Todas estas profissões compõem a equipe multidisciplinar de cuidados paliativos, no entanto não localizamos nenhum estudo desta temática dos profissionais formados em medicina.

Com o objetivo de articular os resultados desta pesquisa, optamos por demonstrar a distribuição dos trabalhos analisados quanto aos programas de pós-graduação e universidades em que foram desenvolvidos (Quadro 1). Sobre este aspecto, salientamos que 07 dos programas são da área da saúde. Verificamos também que as dissertações e teses analisadas eram provenientes de diferentes universidades.

**Quadro 1:** Programa de pós-graduação e universidade das dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.

<b>Programa de Pós-Graduação</b>	<b>Universidade</b>
Mestrado em Serviço Social	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC
Mestrado em Ciências da Saúde	Universidade Federal de Sergipe – UFS
Mestrado em Ciências da Saúde	Universidade de São Paulo – USP
Mestrado em Serviço Social	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC
Mestrado em Psicologia	Universidade de São Paulo – USP
Mestrado em Ciências da Saúde	Universidade Federal de Uberlândia – UFU
Mestrado em Enfermagem	Universidade Federal do Maranhão – UFMA
Mestrado em Saúde Pública	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENPS
Mestrado em Psicologia Clínica	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC
Mestrado em Psicologia	Universidade Federal da Bahia – UFBA

<b>Programa de Pós-Graduação</b>	<b>Universidade</b>
Mestrado em Saúde Coletiva	Universidade de Fortaleza - UNIFOR
Mestrado em Psicologia Social	Universidade Federal de Sergipe – UFS
Doutorado em Educação	Universidade de Brasília – UnB
Mestrado em Saúde Coletiva	Universidade Luterana do Brasil – ULBRA
Mestrado em Psicologia	Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

Elegemos aplicar as palavras-chave como indicadores das temáticas abordadas nas teses e dissertações analisadas. Assim, constatamos que a soma de todas as palavras-chave identificadas nos resumos das 15 teses e dissertações estudadas foi igual a 63, representando uma média de 3,80 palavras-chaves por trabalho. Identificamos 37 palavras-chaves distintas, cuja distribuição está exposta no Tabela 6.

**Tabela 6:** Palavras-chave das dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.

<b>Palavras-chave</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Palavras-chave</b>	<b>Quantidade</b>
Morte	10	Criança	01
Morrer	01	Adolescente	01
Serviço Social Hospitalar	01	Morte	01
Cuidados Paliativos	11	Sofrimento	01
Representações Sociais	01	Pediatria	01
Profissional de Saúde	05	Etnografia	01
Percepção de médicos e enfermeiros	01	Educação em Saúde	01
Enfermagem	02	Subjetividade	01
Desenvolvimento Humano	01	Humanização	01
Dignidade Humana	01	Tanatologia	01
Unidade de Cuidado	01	Câncer	01
Luto Complicado	01	Cuidados	01
Serviço Hospitalar de Oncologia	01	Brasil	01
Saúde do Trabalhador	01	Paciente Terminal	01
Equipe Multiprofissional	02	Ensino	01

Palavras-chave	Quantidade	Palavras-chave	Quantidade
Neoplasias	01	Docente	01
Doente Oncológico	01	Discente	01
Assistência Paliativa	01	Assistência Terminal	01
Enfermagem Oncológica	01		01

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

Em uma percepção de todas as palavras-chave localizadas, podemos identificar dois grandes grupos temáticos: morte e cuidados paliativos; seguidos de profissionais de saúde. Utilizamos estas palavras-chave em nossa pesquisa para a busca ativa no Banco de Dados da CAPES.

Identificamos os objetivos gerais das dissertações e teses analisadas neste estudo. Para um maior esclarecimento destes estudos analisados, no Quadro 2 citamos os objetivos.

**Quadro 2:** Objetivo geral das teses e dissertações sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.

	Objetivo Geral
01	Descobrir se existe humanização no cuidar e se o tratamento oferecido nos hospitais concede ao doente respeito e dignidade pela sua situação
02	Analisar a percepção de médicos e enfermeiros sobre o seu preparo para o enfrentamento de situações de morte e morrer de pacientes.
03	Levantar dados da literatura científica identificando como a temática Morte tem sido abordada na formação acadêmica de Enfermagem.
04	Analisar a prestação de serviços de cuidados paliativos na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público na cidade de São Paulo, Brasil.
05	Compreender a vivência de profissionais de uma equipe de oncologia pediátrica na prática dos cuidados paliativos.
06	Contribuir com a geração de conhecimentos relacionados à fase final da vida
07	Compreender os significados que emergem das relações de cuidado do enfermeiro com o paciente oncológico terminal e as expressões destes significados nas dimensões de sua existência
08	Buscou analisar o trabalho em cuidados paliativos sob o ponto de vista das relações que se estabelecem no cuidado ao paciente, particularmente quando se tem que lidar com o processo de morrer.
09	Compreender e analisar a formação dos profissionais em relação ao processo de morrer do paciente e as percepções daqueles em relação às suas contribuições para

	a prevenção de luto complicado da unidade de cuidado.
	<b>Objetivo Geral</b>
10	Compreender os significados sobre cuidados paliativos em crianças com câncer presentes nos relatos dos profissionais de saúde envolvidos na assistência e identificar as práticas imbricadas nestes significados.
11	Identificar como o profissional da enfermagem enfrenta a morte de seus pacientes que se encontra em fase terminal de sua doença, seja ela oncológica ou doença crônica avançada.
12	Examinar a conduta adequada em relação a pacientes que se acham próximos da morte. Evitar a medicalização da morte, dando suporte amplo, espiritual, psicológico, familiar, de modo a promover atitudes que minimizem o sofrimento e a angústia perante a morte.
13	Desenvolver um modelo teórico de Ações Educativas sobre a Vida e o Morrer a partir das produções subjetivas de profissionais da saúde, inseridos no contexto de Cuidados Paliativos.
14	Investigar a percepção dos profissionais de uma unidade oncológica acerca da morte e do morrer dos pacientes, com vistas à compreensão desse processo em sua vida profissional e pessoal.
15	Compreender a relação entre as representações sociais de morte e a prática profissional da equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos.

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

Em relação a metodologia, a maioria das dissertações e teses analisadas empregou a abordagem qualitativa, sendo que 03 estudos utilizaram abordagem qualitativa e quantitativa, como veremos na Tabela 7.

**Tabela 7:** Abordagem da pesquisa utilizada nas dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.

<b>Abordagem da Pesquisa</b>	<b>Quantidade</b>
Qualitativa	12
Quantitativa	00
Qualitativa e quantitativa	03
<b>Total</b>	<b>15</b>

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

Identificamos e examinamos o emprego de cada técnica/instrumento de coleta de dados. Deste modo, constatamos que a técnica/instrumento mais

empregada foi a entrevista (semiestruturada, entrevista não estruturada, entrevista narrativa). Tivemos 02 pesquisas realizadas por revisão da literatura e documental. Tivemos 28 técnicas/instrumentos diferentes utilizados nas pesquisas analisadas, sendo que algumas empregaram 02 ou mais instrumentos. Veja a seguir a variação de técnicas/instrumentos utilizados.

**Tabela 8:** Técnicas/Instrumentos de coleta de dados utilizados nas dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.

<b>Técnicas/Instrumentos de Coleta de Dados</b>	<b>Quantidade</b>
Entrevista Semiestruturada	06
Questionário	01
Estudo Exploratório Documental	01
Entrevista Não estruturada	08
Observação Participante	02
Questionário Autoaplicativo	01
Estudo de Casos	03
Entrevista Narrativa	01
Revisão integrativa da Literatura	01
Grupo Focal	02
Estudo Etnográfico	01
Dinâmica conversacional individual	01
<b>Total</b>	<b>28</b>

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

A principal técnica de análise dos dados adotada nas dissertações e teses estudadas foi a de análise de conteúdo, em 06 trabalhos, conforme indica a Tabela 9. Uma das pesquisas empregou mais de uma técnica de análise dos dados.

**Tabela 9:** Técnica de análise dos dados utilizada nas dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.



<b>Técnicas de Análise dos Dados</b>	<b>Quantidade</b>
Análise de Conteúdo	06
Análise com Base na Literatura	02
Redução Fenomenológica	02
Análise do Discurso	01
Não Explicitado	04
Outras Técnicas	01
<b>Total</b>	<b>16</b>

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

A seguir, apresentamos as categorias dos sujeitos investigados nas pesquisas analisadas. Temos um total de 20 categorias, sendo que alguns estudos tiveram mais de uma categoria e a maioria foi de profissionais de saúde.

**Tabela 10:** Categoria dos sujeitos pesquisados nas dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.

<b>Categoria dos Sujeitos Pesquisados</b>	<b>Quantidade</b>
Profissionais de Saúde	13
Pacientes	02
Outros Profissionais	02
Voluntários	01
Sem Sujeitos	02
<b>Total</b>	<b>20</b>

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

Os dados das dissertações e teses analisadas foram divididos em categorias ou área temáticas pelos pesquisadores. Para termos uma visão geral dos resultados obtidos nestas pesquisas, expomos estas categorias / áreas temáticas no Quadro 3.

**Quadro 3:** Resultados das análises dos dados por categoria das dissertações e teses sobre a temática “representações sociais sobre a morte e o morrer

para profissionais de saúde em cuidados paliativos nos serviços de oncologia”.

	<b>Categorias / Áreas Temáticas</b>
<b>Título 1</b>	Morte
	Dignidade Humana
	Humanização
	Modo como os profissionais lidam com os pacientes
<b>Título 2</b>	Percepções e significados da morte e do morrer
	O preparo diante da morte e do morrer dos pacientes: a visão dos profissionais
	O enfrentamento das situações de morte e morrer: mecanismos e fatores contribuintes
	A formação acadêmica dos médicos e enfermeiros como fator favorável (ou desfavorável) para o enfrentamento da morte e do morrer dos pacientes
<b>Título 3</b>	A morte e a tentativa de conceituá-la
	A tanatologia e a Universidade
	A formação acadêmica dos Enfermeiros sobre a temática morte-morrer
	Os discentes de enfermagem e o convívio com a morte
	O docente em enfermagem convivendo com a morte e as habilidades para ensinar
	A formação acadêmica dando suporte para visão crítico-reflexiva sobre a temática morte-morrer
<b>Título 4</b>	Implantação da hospedaria de cuidados paliativos
	Processo de efetivação do atendimento na hospedaria de cuidados paliativos (análise das percepções dos entrevistados)
<b>Título 5</b>	O convívio com a morte
	O sentimento de fracasso e impotência
	Vinculação e envolvimento existencial
	O autêntico cuidado da vida
<b>Título 6</b>	Assistência espiritual
	Comunicação do diagnóstico
	Aceitação do diagnóstico e da morte pela família
	Sua escolha de local para morrer
	O período de luto
	Sufrimento vivenciado pelo cuidador principal
	Consciência da morte e o medo que ela provoca
	Reação diante da iminência da morte

	Relação médico paciente
	A esperança
	<b>Categorias / Áreas Temáticas</b>
<b>Título 7</b>	O ser-no-mundo em meio a paradoxos, singularidades e fragilidades
	O ser-com-o-outro numa condição existencial a partir do entrelaçamento de vivências: O ser-com-o-outro em fase terminal; Quando o outro em fase terminal é a criança; Quando o outro em fase terminal é um adulto; Quando o outro é a família do paciente em fase terminal; Quando o outro é o profissional de enfermagem; Quando o outro é a sua própria família; O ser-aí e a comunicação com os outros no cuidado em fase terminal
	O ser-para-a-morte que se desvela no cotidiano das relações de cuidado
<b>Título 8</b>	Aspectos do trabalho em cuidados paliativos (sua organização, o trabalho em equipe, a relação com pacientes e familiares)
	A vivência em cuidados paliativos (a inserção, o sentido do trabalho e sua relação com a saúde)
	O lidar com o processo de morrer
<b>Título 9</b>	Formação
	Trajetória acadêmica profissional
	Entrada na equipe de cuidados paliativos
	Conferências familiares
	Atuação da especialidade nos cuidados paliativos
	Atuação e contribuições da especialidade no processo de morrer
	Percepção sobre a influência de sua atuação no processo de morrer do paciente em relação à unidade de cuidados
	Compreensão sobre o luto
	Estratégias criadas e utilizadas no dia a dia
Histórias pessoais relacionadas ao tema de cuidados paliativos	
<b>Título 10</b>	Os significados de cuidados paliativos narrados pelos profissionais de saúde: caracterização geral sobre os cuidados paliativos; Práticas de assistência à saúde; Relação com a família; Percepção do paciente; Morte; Processo de luto
	A dinâmica da experiência dos profissionais de saúde nos Cuidados Paliativos
<b>Título 11</b>	Sentimentos que emergem diante da terminalidade

	Dificuldades para lidar com a morte
	Criação de mecanismos de defesa
	O paradigma entre cura e cuidado: uma lacuna na formação acadêmica
	Tríade: Paciente, Família e Profissional da Saúde
	<b>Categorias / Áreas Temáticas</b>
<b>Título 12</b>	O grupo Rodas da Vida
	O encontro com o velório
	A atenção aos familiares
	O discurso religioso
	Uso do discurso médico
	O tempo de espera
<b>Título 13</b>	Formação do profissional de saúde
	O lugar do paliativista na instituição médica: contradições de seu exercício profissional
	Aprendendo a ser paliativista com pessoas
	Outros níveis de aprendizado e desenvolvimento em Cuidados Paliativos: a espiritualidade
	Propostas de ações educativas sobre a vida e o morrer
<b>Título 14</b>	O significado da morte e do morrer para os profissionais
	Os mecanismos utilizados para lidar com a morte
	O conhecimento sobre os estágios da morte
	A influência da morte na vida profissional e pessoal dos participantes
	O tema morte e morrer nos currículos de graduação
<b>Título 15</b>	Temática Morte: Significados atribuídos à morte (Para os profissionais; Para as pessoas atendidas); Cuidado do morrer (Formas de cuidado; Aspectos marcantes no cuidado); O trabalhar com a morte (Aspectos facilitadores; Aspectos dificultadores; Mudanças pessoais).
	Temática Cuidados Paliativos: Cuidados Paliativos e sua prática; Papel do paciente e família

Fonte: elaboração de Rosely de Melo Grillo, 2018.

Para uma melhor compreensão dos estudos analisados, traremos no item 4.2 os seguintes campos: título, autor (a), orientador (a), coorientador (a), área do conhecimento, tipo de trabalho, local da publicação e ano, resumo, palavras-chave, metodologia e resultados.

## 4.2 Dissertações e teses analisadas

### **1ª - O Sentido da vida perante o morrer: a visão dos profissionais que lidam com doentes oncológicos.**

**Autor (a):** Maria Jorge Afonso Dias de Almeida – Graduiu-se em Serviço Social no Instituto Superior Miguel Torga, em Coimbra, Portugal, em 2004. Ingressou no curso de Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio de Janeiro, em 2005, tendo concluído em 2007 (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Ilda Lopes Rodrigues da Silva – Possui Graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1964) e Mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1976). É Livre-Docente em Serviço Social pela Universidade Gama Filho (1994). Atualmente é professora associada do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, com atuação na Graduação e Pós-Graduação. Coordenadora do Grupo de Estudos "Diálogos com Hannah Arendt: Espaço Público e Política" no Departamento de Serviço Social da PUC rio. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em família, criança, adolescente, idoso e área de saúde. Desenvolve pesquisas, principalmente nos seguintes temas: violência doméstica, direitos da criança e do adolescente, direitos da mulher, direitos do idoso, serviço social e família. Estuda ética em pesquisa e filosofia política (Informações coletadas da Plataforma Lattes)

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio de Janeiro.

**Local da defesa e Ano:** Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ, Brasil, 2007.

**Resumo:**

O estudo apresentado trata da forma como a morte é entendida no contexto hospitalar junto dos profissionais, e como eles veem o processo de fim de vida de seus doentes. Descobrir se existe humanização no cuidar e se o tratamento oferecido nos hospitais concede ao doente respeito e dignidade pela sua situação, foram os objetivos da pesquisa. Foi realizada no Serviço de Oncologia do Hospital de Santa Maria da Feira, em Portugal, junto de 6 profissionais (3 médicos, 1 enfermeira, 1 psicóloga e 1 assistente social). O que se observou é que a morte é entendida como “algo inevitável”, um processo de aceitação para uns, e uma derrota e frustração para outros. No entanto, por parte dos profissionais não se observa desprezo ou afastamento em relação ao doente. Outra observação foi o fato de não existir um assistente social permanente no serviço, o que constitui um lapso na equipe multidisciplinar existente. A comunicação, a solidariedade, bem como a preocupação de proporcionar uma boa qualidade de vida que se traduz em autonomia, liberdade de escolha e o poder de decidir sobre suas coisas, assim como conferir dignidade ao doente, mostraram ser as prioridades dos profissionais deste serviço. (ALMEIDA, 2007, p. 7, grifos da autora).

**Palavras-chave:** morte; doente oncológico; serviço social hospitalar; cuidados paliativos; dignidade humana.

### **Metodologia:**

Os objetivos deste estudo foram: Compreender como os profissionais de saúde entendem a morte, com a finalidade de perceber as limitações e possibilidades no seu enfrentamento junto aos pacientes oncológicos; Analisar as formas de humanização desenvolvidas no contexto hospitalar junto ao paciente oncológico; Levantar as funções do assistente social nesse contexto junto ao paciente, sua família e equipe hospitalar; Apontar o que pode ser feito no sentido de melhorar as condições psicossociais dos pacientes no hospital ou em casa (através dos cuidados paliativos); Aprender como o assistente social desenvolve suas atividades nos cuidados paliativos.

A pesquisa foi de abordagem qualitativa sendo realizada no norte de Portugal, no Hospital São Sebastião de Santa Maria da Feira, com serviço de oncologia e também com serviço de Cuidados Paliativos. Foram realizadas 06 entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais que lidam com os pacientes oncológicos: 03 Médicos, 01 Assistente Social, 01 Enfermeira e 01 Psicóloga.

A pesquisa teve como orientação as categorias básicas: Morte, Dignidade Humana, Humanização e o modo como os profissionais lidam com os pacientes. Cada sujeito expressou as ideias ou pensamentos, emoções ou sentimentos que as três categorias questionadas lhes suscitaram.

**Resultados:**

A pesquisa foi realizada com 06 profissionais de saúde do serviço de oncologia de um hospital em Portugal. Cada sujeito expressou suas ideias, pensamentos, emoções, sentimentos, de acordo com as 03 categorias empregadas: Morte, Dignidade Humana, Humanização. A autora apresenta os relatos dos profissionais, sendo que todos narraram que se assustam com a situação morte-morrer e tentam fugir do processo. Afrontam a morte de formas diferentes, alguns utilizam da fé em qualquer tipo de religião e outros não.

Os profissionais compreendem morte-morrer de seus pacientes, como algo natural, acrescentam que em alguns casos criam laços de amizade com determinado paciente, tornando o processo complicado e doloroso. Os sujeitos descreveram que tentam atingir o bem-estar dos pacientes oferecendo uma qualidade de vida que se configura em dignidade humana, e os cuidados paliativos aparecem como a melhor resposta de progresso para essa dignidade. Há um esforço conjunto dos profissionais para que se efetive a humanização do cuidar no final da vida.

**2ª - Enfrentamento de situações de morte e morrer: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu preparo.**

**Autor (a):** Daniele Martins de Lima – Doutoranda em Biotecnologia Industrial, PBI-UNIT. Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe (2002) e Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (2007). Pós-graduada em Administração Hospitalar pela UFBA e em Educação Profissional na área da saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ. Professora da disciplina Enfermagem na Saúde do Adulto II e Ensino Clínico na Universidade Tiradentes desde 2007, onde também leciona as disciplinas TCC e Interpretação de exames laboratoriais e diagnósticos. Também ministra aulas e orientações no Programa de Pós-Graduação da Instituição. Membro colaborador da comissão instaladora do GEE-Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. Editora executiva do periódico Caderno de Graduação da UNIT. Servidora Pública da Prefeitura Municipal de Aracaju e da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe com ambos os vínculos lotados como Enfermeira Supervisora da Central de

Regulação Médica no SAMU 192 Sergipe. Tem ampla experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Emergência, atuando principalmente nos seguintes temas: Enfermagem em pronto socorro e emergência, violência no trânsito, processo de Morte e Morrer, Administração Hospitalar e Educação Permanente (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Maria Jésia Vieira – Graduação em Enfermagem pela Universidade Católica do Salvador (1971), Licenciatura em Disciplinas Especializadas do 2º grau pela Universidade Federal da Bahia (1976), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1982) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1998). Professora aposentada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. Membro da *Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. Avaliadora de cursos e Instituições pelo INEP. Tem experiência na área de Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, sistematização da assistência, imagem cultural, representação social, motivação e escolha da profissão, história e saúde, formação de recursos humanos em saúde Permanente (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-graduação em Medicina, da Universidade Federal de Sergipe, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Local da defesa e Ano:** Aracaju, Sergipe, Brasil, 2007.

**Resumo:**

A pesquisa tem como objetivo geral, analisar a percepção de médicos e enfermeiros sobre o seu preparo para o enfrentamento de situações de morte e morrer de pacientes. O estudo é descritivo de abordagem qualitativa, realizado em um Hospital público do município de Aracaju-SE, com dados coletados de Agosto de 2006 à Maio de 2007, sendo a amostra composta de 85 médicos e enfermeiros. Para a coleta utilizou-se um questionário construído com base em entrevistas realizadas em um primeiro momento da pesquisa. Após a análise de conteúdo foram estabelecidas categorias empíricas. Os profissionais apresentaram diversos conceitos acerca da morte e do morrer, muitas vezes considerando os dois fenômenos como únicos. Em maioria, 70,58%, dos sujeitos pesquisados consideraram-se parcialmente preparados para o enfrentamento da morte de seus pacientes. Vários sentimentos foram expressos pelos pesquisados diante da iminência de morte de um paciente. Aspectos como idade, estado



de saúde e sexo do paciente foram considerados fatores que influenciam no enfrentamento. Dos respondentes, 64,70% relataram que experiências pessoais anteriores podem influenciar o lidar com a morte. Quanto ao preparo, 82,35% afirmaram não terem recebido nenhum preparo para lidar com a morte durante a graduação, sendo que 90,58% acreditam em futuras melhorias do ensino dos profissionais para o tema, acreditando que uma maior discussão do tema poderia ajudá-los nesse processo. Diante dos resultados apresentados conclui-se que os profissionais de saúde sentem-se angustiados ao falar sobre a morte de seus pacientes, têm dificuldade de aceitá-la e acreditam que o tema Morte e Morrer deve ser mais debatido durante sua formação. (LIMA, 2007, p. 7).

**Palavras-chave:** morte; morrer; percepção de médicos e enfermeiros.

### **Metodologia:**

Esta pesquisa priorizou os seguintes questionamentos: Qual a percepção de médicos e enfermeiros acerca de seu preparo para o enfrentamento das situações da morte e do morrer? Quais são as formas de enfrentamento mais frequentes diante destes eventos? Quais são os fatores que contribuem para este enfrentamento?

O objetivo geral foi analisar a percepção de médicos e enfermeiros sobre o seu preparo para o enfrentamento de situações de morte e morrer de pacientes. Os objetivos específicos foram: Identificar significados de morte e morrer para os profissionais da amostra; Conhecer a percepção destes profissionais acerca do seu preparo para lidar com situações de morte e morrer de pacientes; Identificar suas formas de enfrentamento; Verificar quais os fatores que contribuem para este enfrentamento; Conhecer aspectos da formação que possam ter contribuído positiva ou negativamente para este preparo.

O método foi o descritivo com abordagem qualitativa, o *lócus* da pesquisa foi um Hospital Público de grande porte, localizado na 2ª Regional do município de Aracaju, Estado de Sergipe/Brasil.

A amostra da população foi composta por médicos e enfermeiros da unidade estudada. O questionário foi aplicado para 85 profissionais do referido Hospital, sendo que 47% destes são médicos e 53% enfermeiros.

Foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada, tendo como instrumento um roteiro constituído de perguntas abertas. Ocorreram 16 entrevistas, sendo que 12 foram concluídas em sua totalidade e quatro foram interrompidas durante sua realização, por solicitação dos sujeitos entrevistados. Estes relataram não sentirem-se bem diante dos questionamentos iniciais, evitando a continuação da coleta.

Depois foi construído um questionário autoaplicável de 10 questões, sendo duas abertas e oito com múltipla escolha para se atingir o objetivo proposto. No tratamento e interpretação dos dados utilizou-se a modalidade temática da análise de conteúdo

Foram enumeradas 04 categorias: Percepções e significados da morte e do morrer; O preparo diante da morte e do morrer dos pacientes: a visão dos profissionais; O enfrentamento das situações de morte e morrer: mecanismos e fatores contribuintes; A formação acadêmica dos médicos e enfermeiros como fator favorável (ou desfavorável) para o enfrentamento da morte e do morrer dos pacientes.

### **Resultados:**

Esta pesquisa foi realizada com médicos e enfermeiros de um hospital em Sergipe. Morte-morrer são tabus, questões pouco discutidas e negadas pelos profissionais de saúde. A autora observou que houve várias restrições para debater o processo morte-morrer por parte dos sujeitos, algumas vezes estas se tornaram obstáculos à continuação da pesquisa para alguns. Foram expressos vários sentimentos, pensamentos, emoções. Alguns se consideram parcialmente preparados para lidar com morte-morrer, o restante não. A maioria dos entrevistados se identificou como praticante de alguma religião ou crença espiritual.

A morte foi conceituada pelos sujeitos como algo natural, parte do ciclo vital. Ao mesmo tempo, relatam que a convivência com o paciente e seus familiares faz do profissional um indivíduo vulnerável à angústia, à perda, à separação. Representaram a morte como derrota e fracasso e isso reflete na formação voltada para a cura e para a manutenção da vida. A autora concluiu que os profissionais de saúde se sentem angustiados ao falar sobre a morte de seus pacientes, têm dificuldade de aceitá-la e acreditam que o tema morte-morrer deve ser mais debatido durante sua formação. A autora observou que há a necessidade de mudanças na prática pedagógica, com revisão da grade curricular dos cursos de Medicina e Enfermagem.

**3ª - Revisão documental da literatura científica sobre educação para a morte a docentes e discentes de Enfermagem**

**Autor (a):** Janaina Luiza dos Santos – Doutora em Ciências da Saúde pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP - USP. Leciona na Universidade Estácio de Sá, campus de Nova Friburgo no curso de Enfermagem. Lecionou como Professora Dedicção Exclusiva do Departamento de Medicina da UNICESUMAR - PR. Mestre em Ciências da Saúde pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP - USP. Membro Efetivo do Grupo CAESOS - DEPCH - EERP / USP. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Clínica Cirúrgica, atuando principalmente nos seguintes temas: Morte e Morrer, Cuidados Paliativos, Saúde Coletiva, Enfermagem Educacional, Assistência de Enfermagem e Emergência Permanente (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Sonia Maria Villela Bueno – Professora Associada Nível 03. Possui graduação em Pedagogia com Licenciatura Plena pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade Moura Lacerda (1973), Especialista em Psicologia (1974), Complementação Curricular em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1975), Equivalência de Mestrado em Sociologia e Psicologia da Educação pela Universidade de Sorbonne - Paris (1975-1976), Diploma de Estudos Aprofundados - Paris / França (1977), Mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1981) e Doutorado em Educação pela Universidade de São Paulo (1992). Atualmente é Livre Docente e Professor Associado pela Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Educação, com ênfase na Saúde (Educação para a Saúde), atuando principalmente nos seguintes temas: Educação Preventiva em Sexualidade, DST/AIDS, Drogas e Violência; Lazer e Saúde Mental; Educação em Enfermagem / Saúde/ Ensino/ Currículo, etc. Possui várias produções científicas: artigos publicados em periódicos, anais, eventos nacionais e internacionais. Tem inúmeros livros publicados, como também capítulos de livros. É consultora dos Ministérios da Saúde, da Educação e da ONU. É membro efetivo das Academias de Ciências e Artes, bem como de Educação. Tem título de cidadania Ribeirão-pretana. É docente da EERP-USP Permanente (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica. Linha de Pesquisa: Educação em saúde e formação de recursos humanos.

**Local da defesa e Ano:** Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2009.

**Resumo:**

A Morte, ao menos na grande maioria das culturas do Ocidente, seja por questões pessoais, sociais, e/ou religiosos não se apresenta como tema preferido dos cidadãos, tampouco costuma ser tratada com naturalidade. Mas, se é assim, como se apresentam àqueles que todos os dias, por força do seu ofício, precisam conviver e enfrentar a questão da Morte? Qual o significado que ela assume para esses profissionais? Seriam essas pessoas diferentes das demais? Elas não se importariam com a Morte, do mesmo modo que a maioria das pessoas? Não seriam seres humanos? Por tantas interrogações, objetivamos então, levantar dados da literatura científica identificando como a temática morte vem sendo abordada na formação acadêmica de Enfermagem. A metodologia utilizada foi à qualitativa, com um estudo exploratório documental, caracterizando-se na pesquisa bibliográfica. As bases de dados acessadas foram MEDLINE, LILACS, BIREME, SCIELO, BDNF e a Biblioteca Central de Ribeirão Preto-USP, durante um período de cinco anos (2005, 2006, 2007, 2008, 2009). Utilizamos como palavras chave: “Educação a Morte e o morrer e Docente e discente de Enfermagem, Morte e o morrer” As buscas se deram no período de julho a outubro de 2009. Foram encontrados 12 artigos em periódicos com qualis A1, A2 e B1, B2. Ainda encontramos quatro capítulos de dois livros diferentes, abordando a temática da morte na formação acadêmica dos alunos de graduação em enfermagem. Emergiram então, três categorias para revisão de literatura dos livros e três categorias para revisão de literatura dos artigos respectivamente: 1 A morte e a tentativa de conceituá-la; 2 A tanatologia e a Universidade; 3 A formação acadêmica dos Enfermeiros sobre a temática morte-morrer; e; 1 Os discentes de enfermagem e o convívio com a morte; 2 O docente em enfermagem convivendo com a morte e as habilidades para ensinar; 3 A formação acadêmica dando suporte para visão crítico-reflexiva sobre a temática morte-morrer. Consideramos, portanto, que apesar de estarem havendo investimentos, esses ainda são ínfimos, em relação à necessidade da formação dos acadêmicos de enfermagem e que esses investimentos sejam publicados com maior frequência para toda comunidade, e que haja uma mudança de conduta neste sentido, na formação do futuro enfermeiro, e que novos estudos possam aprofundar o conhecimento na temática morte e morrer assim, trazendo efetivas mudanças para a realidade atual. (SANTOS, 2009, p. 8).

**Palavras-chave:** Enfermagem; Brasil; morte; ensino; docente; discente.

**Metodologia:**

O objeto de estudo desta pesquisa foi a Morte, o objetivo geral foi levantar dados da literatura científica identificando como a temática Morte tem sido abordada na formação acadêmica de Enfermagem.

A metodologia utilizada foi a investigação qualitativa e o estudo foi exploratório documental. A técnica utilizada foi a da documentação indireta. O trabalho foi realizado através de buscas em teses e dissertações produzidas nos Programas de Pós-graduação da Universidade de São Paulo (USP) e nos periódicos com conceito Qualis A1, A2 e B1, B2, visto serem os periódicos com melhor avaliação. Foram acessados os conteúdos das bases de dados: MEDLINE, LILACS, BIREME, SCIELO, BDNF, relativas às publicações restritas ao período de produção dos últimos cinco anos (2005-2009).

Utilizou-se para a busca a combinação das seguintes palavras-chave: educação, morte, morrer, docente e discente, enfermagem. Não foi encontrada nenhuma tese ou dissertação produzida por discentes da Universidade de São Paulo. Foram encontrados 12 artigos em periódicos com qualis A1, A2 e B1, B2. Ainda, quatro capítulos de dois livros diferentes abordando a temática da morte na formação acadêmica dos alunos de graduação em Enfermagem.

### **Resultados:**

Este estudo fez um levantamento bibliográfico da literatura científica sobre a temática morte. O material analisado fundamentou-se no enfoque da necessidade da produção e publicação de mais estudos sobre esta temática, sinalizando também para a urgência na introdução de uma visão crítico-reflexiva para o processo morte-morrer na formação acadêmica, para que haja uma modificação no pensar que a morte é sinônimo de fracasso e frustração para o profissional. Este tema, segundo a autora, deve ser trabalhado de forma efetiva.

A autora destaca a necessidade de novas pesquisas junto aos docentes das áreas da Saúde e Educação, para sejam definidos as carências e os melhores métodos de capacitação para estes profissionais sobre a temática morte-morrer. Ela vê a necessidade do desenvolvimento de grupos interdisciplinares que possam contribuir para os avanços no diálogo e na compreensão do processo morte-morrer. É necessário um maior diálogo entre outras áreas como: Educação, Antropologia, Sociologia, Psicologia, Psiquiatria e a Enfermagem, áreas que têm se ocupando do tema, há mais tempo.

#### **4ª - O cuidado na morte: as concepções da equipe da hospedaria de cuidados paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM.**

**Autor (a):** Vera Lucia Iha – Possui graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1986). Atua no momento como Assistente Social do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS (2009 - atual). Mestrado em Serviço Social pela PUC/SP. Possui experiência na área da saúde, com atuação na atenção hospitalar e saúde preventiva (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Prof.<sup>a</sup> Dra. Úrsula Margarida Karsch – Possui graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1962), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1971), mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1975) e doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1986). Atualmente é professor titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: envelhecimento, serviço social, cuidadores familiares, idosos e cuidados a idosos. É pesquisadora 1A do CNPq (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

**Local da defesa e Ano:** São Paulo, São Paulo, Brasil, 2011.

#### **Resumo:**

O objetivo deste estudo é analisar a prestação de serviços de cuidados paliativos na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público na cidade de São Paulo, Brasil. O estudo teve como objetivo identificar e analisar o significado desse serviço para o supervisor e sua equipe de profissionais da Unidade de Cuidados Paliativos. Para os fins deste estudo, partimos do pressuposto de que os serviços de cuidados paliativos na unidade vêm sendo efetuados de forma gradual e sistemática, com desafios e oportunidades. A metodologia compreendeu pesquisa bibliográfica e documental, bem como pesquisa de campo qualitativa. Utilizamos a técnica de entrevistas semiestruturadas com 10 sujeitos. Para a análise dos dados, foi usada a técnica de análise de conteúdo. Os conceitos de referência escolhidos foram Morte, Cuidados Paliativos,

Humanização e equipe multiprofissional. Os resultados mostraram que a filosofia de cuidados paliativos no âmbito hospitalar apresenta importantes limitações e desafios institucionais para sua efetivação cotidiana, porém as práticas profissionais na Hospedaria de Cuidados Paliativos do HSPM têm se consolidado por meio de um processo que inclui o atendimento integral ao usuário e à família, ações interdisciplinares e o estímulo da autonomia profissional na prestação dos serviços. (IHA, 2011, p. 8)

**Palavras-chave:** morte, cuidados, cuidados paliativos, humanização e equipe multiprofissional.

### **Metodologia:**

A hipótese desta pesquisa foi: como o processo de efetivação do trabalho da Hospedaria de Cuidados Paliativos vem se construindo gradativamente, apresentando limites institucionais, quer pela visão tradicional acerca dos cuidados dos pacientes na morte, quer pela natureza desgastante do trabalho em saúde? O objeto de estudo foi as análises do processo de implantação da Hospedaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM/SP), na visão do coordenador da equipe de profissionais, bem como o seu processo de efetivação, sob a ótica da equipe de profissionais.

A pesquisa foi de natureza qualitativa e a técnica utilizada foi a entrevista. A pesquisa se desenvolveu em quatro etapas: 1ª dedicada ao levantamento bibliográfico; 2ª compreendeu a pesquisa documental; 3ª realização da pesquisa de campo, ou seja, a aplicação das entrevistas; 4ª análise de conteúdos.

Os sujeitos foram: o coordenador da equipe responsável pelo serviço, o segurança, o médico, o enfermeiro, o assistente social, o auxiliar de enfermagem, o psicólogo, o orientador espiritual, o cozinheiro, o faxineiro e o voluntário, totalizando 10 sujeitos.

Para se analisar o conteúdo das entrevistas foram definidos dois eixos analíticos: implantação da hospedaria de cuidados paliativos e o processo de efetivação do atendimento na hospedaria de cuidados paliativos (análise das percepções dos entrevistados).

### **Resultados:**

Segundo a autora, esta pesquisa permitiu uma maior aproximação com a teoria e a prática dos Cuidados Paliativos. Entende que esta área de atuação

médica é reconhecida recentemente e sua produção acadêmica ainda é escassa no Brasil, principalmente sobre a efetivação de sua prática.

De acordo com a análise da autora, os resultados mostraram que a filosofia de cuidados paliativos no âmbito hospitalar apresenta limitações e desafios institucionais para sua efetivação cotidiana, e as práticas profissionais na Hospedaria de Cuidados Paliativos do HSPM têm se consolidado através de um processo onde se inclui o atendimento integral ao usuário e à família, ações interdisciplinares e o estímulo da autonomia profissional na prestação dos serviços.

Percebeu que há um despreparo dos profissionais no momento de indicar o serviço ao paciente e à família. Proporcionou também uma reflexão sobre a condição e o processo de trabalho, como fatores determinantes do resultado produtivo, bem como do grau de saúde dos trabalhadores; assinala a ausência de uma supervisão terapêutica aos profissionais.

A autora constatou que acima de quaisquer tecnologias ou rotinas preestabelecidas emerge como mais importante a ação humana, coesa e identificada com um trabalho que anseia o alívio da dor e do sofrimento da pessoa perante o processo da morte.

#### **5ª - Cuidados Paliativos: a vivência de profissionais de uma equipe interdisciplinar na assistência a crianças e adolescentes com câncer.**

**Autor (a):** Nichollas Martins Areco - Possui graduação em Psicologia, Bacharelado em Psicologia e Bacharelado Especial em Pesquisa pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP (2007). Realizou Aperfeiçoamento Profissional em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas - FMRP-USP (2009). Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP - USP, bolsista do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq de 2008 a 2010. Realiza o Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP - USP (área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento). Atualmente é pesquisador do Centro de Pesquisa em Psicodiagnóstico, e psicólogo do Setor de Oncologia e Hematologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Atua



principalmente nos seguintes temas: Psico-oncologia, Práticas em Saúde, Avaliação Psicológica e Orientação Vocacional (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Prof.<sup>a</sup> Dra. Elizabeth Ranier Martins do Valle - Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1973), mestrado em pela Universidade de São Paulo (1982) e doutorado pela Universidade de São Paulo (1988). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Tratamento e Prevenção Psicológica, atuando principalmente nos seguintes temas: câncer infantil, fenomenologia, morte, criança com câncer e psico oncologia pediátrica (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Local da defesa e Ano:** Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2011.

**Resumo:**

Os avanços nas técnicas de diagnóstico e tratamento do câncer pediátrico possibilitaram a melhora na qualidade de vida e as chances de cura de crianças e adolescentes acometidos por este tipo de enfermidade. Entretanto, alguns tipos de neoplasias ainda são de difícil controle, não sendo viável a remissão completa da enfermidade, nem a recuperação da saúde, fato que torna a morte uma probabilidade presente. Neste contexto se torna fundamental que a equipe de saúde invista no cuidado paliativo, zelando pelo controle da dor e de outros eventos desagradáveis, oferecendo condições para a preservação da qualidade de vida destas pessoas. Ao adentrar neste campo da assistência, o cuidador se depara com o desafio de conviver com pessoas que experimentam a facticidade da morte, lidando com angústias, incertezas frente ao futuro, e sentimentos relacionados ao embate da preservação da vida e a finitude. Assim, este estudo tem como objetivo compreender a vivência de profissionais de uma equipe de oncologia pediátrica na prática dos cuidados paliativos. Foram entrevistados oito profissionais de uma equipe multidisciplinar pertencentes a um hospital-escola, e mediante o consentimento prévio, seus depoimentos foram audiogravados e transcritos na íntegra. A compreensão do relato dos colaboradores foi realizada a partir do referencial teórico-metodológico da Fenomenologia, e para que fosse possível descrever a essência da vivência e os significados atribuídos a ela, utilizei o envolvimento existencial e o distanciamento reflexivo como etapas inter-relacionadas que compõem a redução fenomenológica. Ao investir nos cuidados paliativos, os componentes desta equipe prezam pelo combate e prevenção do sofrimento físico e psicossocial, valorizando a excelência técnica de suas intervenções. Em complemento, parte essencial do cuidado paliativo reside na construção do vínculo e envolvimento existencial com as pessoas assistidas, e este clima de afetuosidade e confiança se torna uma via para a

concretização da assistência. Assim, o pessoal de saúde sente que tem mais condições de compreender a criança e o adolescente, reunindo recursos para intervir e auxiliar o paciente e sua família na promoção da vitalidade mesmo estando diante das incertezas trazidas pela morte. Todavia, ao se colocar numa relação tão próxima com jovens em grande sofrimento, não há garantia de proteção emocional dos profissionais, que passam a vivenciar os sentimentos pertinentes a perda de um ente querido, bem como ambivalência, culpa e frustração. Há uma tendência de integração dos aspectos positivos e negativos desta vivência, trazendo ao trabalhador a sensação de bem-estar e realização por ter compartilhado com seus pacientes todos os momentos de sua trajetória de vida e o desenrolar de sua morte. (ARECO, 2011, p. 13).

**Palavras-chave:** neoplasias, criança, adolescente, cuidados paliativos, profissional de saúde.

### **Metodologia:**

O autor optou pelo referencial teórico da fenomenologia. O estudo foi desenvolvido no Setor de Oncologia Pediátrica inserido em uma Instituição hospitalar de assistência, ensino e pesquisa, localizado em um município de médio porte do estado de São Paulo. A equipe multidisciplinar é composta por profissionais da área da Medicina, Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, e Serviço Social, além da colaboração de especialistas na área da Fisioterapia e Fonoaudiologia. Participaram da pesquisa: 02 médicos, 02 assistentes sociais, 02 enfermeiras, 01 nutricionista e 01 psicóloga, totalizando 08 sujeitos.

O instrumental utilizado foi a realização de entrevista aberta, constituída pela seguinte questão: “Em sua experiência como profissional de uma unidade de oncologia pediátrica, como você vivencia a prática dos cuidados paliativos?”.

Para a análise dos dados foi utilizada a redução fenomenológica, composta por duas etapas inter-relacionadas: o envolvimento existencial e o distanciamento reflexivo.

Os dados foram agrupados de acordo com as nas seguintes categorias: O convívio com a morte; O sentimento de fracasso e impotência; Vinculação e envolvimento existencial; O autêntico cuidado da vida.

### **Resultados:**

O autor coloca que pode perceber com esta pesquisa que a vida e a morte andam de mãos dadas e, ao buscar a face de uma, se vê a feição da outra. Os resultados da análise de dados podem ser divididos nas seguintes categorias: O

convívio com a morte; O sentimento de fracasso e impotência; Vinculação e envolvimento existencial; O autêntico cuidado da vida.

Para estes profissionais é fundamental estar junto do paciente desde o período da investigação diagnóstica e, ao longo do percurso da assistência, persistirem ao lado do paciente e de seus familiares com o intuito de oferecerem todo o suporte que necessitam. Mesmo diante do fracasso com o insucesso dos procedimentos terapêuticos que visam à cura, o profissional se sente movido a melhorar seu vínculo com a criança, o adolescente e seus pais. Através dos relatos, os profissionais manifestam o papel relevante que assumem para que o cuidado seja gerado de forma efetiva.

O autor percebeu que não há uma concreta integração entre os diversos profissionais da equipe multidisciplinar; estes se relacionam melhor entre os da mesma área. A vivência destes profissionais é intensa no convívio com morte-morrer, sendo que não há preparo prévio ou treinamento que o isente do sofrimento desencadeado pelo trabalho de acompanhar o jovem paciente no final da vida.

O autor destaca a importância da formação para a capacitação do profissional que lida com a vida e com a morte. Os profissionais problematizam que em grande parte da formação recebida foi deficiente o preparo para lidar com situação de perda e da finitude.

#### **6ª - Reflexões sobre o morrer: a experiência do Setor de Oncologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**

**Autor (a):** Lílian Machado de Sá – Possui graduação em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Uberlândia (1978). Foi Coordenadora do Setor de Humanização - HCU da Universidade Federal de Uberlândia, Coordenadora de Recursos Humanos do Hospital de Clínicas da UFMG, Pró-Reitora de Recursos Humanos da UFU e Diretora Administrativa do Hospital de Clínicas da UFU. Atualmente coordena o Projeto Conclusões Necessárias, no Hospital do Câncer em Uberlândia (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Prof. Dr. Elmiro Santos Resende – Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Uberlândia (1977), com doutorado em Cardiologia pela

Universidade Federal de São Paulo (1986). É professor Titular, desde Fevereiro/2015, no Departamento de Clínica Médica - Especialidade Cardiologia, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia e médico dos serviços de Cardiologia e de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. É coordenador do laboratório de medicina experimental e do centro de pesquisas clínicas do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) desenvolvendo pesquisas em aterosclerose e em remodelação cardiovascular, com ênfase nos processos regenerativos e terapia celular. Também coordena o setor de Telessaúde do HC-UFU e supervisiona estudos em captação, processamento e transmissão de sinais elétricos celulares e sistemas de telemedicina. Reitor da Universidade Federal de Uberlândia, mandato 2012/2016. Líder dos seguintes grupos de pesquisa - CNPQ: Cardioexufu, Cardiogrupo e Cardionco (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

**Local da defesa e Ano:** Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2013.

**Resumo:**

Evento natural e certo na vida de todas as pessoas, a morte é encarada com muito sofrimento e rodeada de mecanismos de defesa consolidados socialmente, na vã tentativa de diminuir os efeitos angustiantes que sua presença traz. Embora muitos estudiosos tenham se debruçado sobre o tema, observa-se ainda muita dificuldade por parte dos profissionais de saúde na assistência a pessoas na fase final da vida. O objetivo deste trabalho foi contribuir com a geração de conhecimentos relacionados à fase final da vida. É um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista não estruturada, gravada no setor de Oncologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Participaram dez voluntários do Grupo Luta pela Vida, seis pacientes, oito familiares e quatro membros da equipe técnica, totalizando vinte e oito pessoas entrevistadas. Os discursos dos sujeitos foram organizados utilizando-se a análise de conteúdo, com consequente identificação de categorias de discussão. Os resultados permitem levantar hipóteses acerca das condições de ocorrência da “boa morte”, além do conhecimento da necessidade de modificações na assistência à pessoas na fase final da vida. (SÁ, 2013, p.7, grifo da autora)

**Palavras-chave:** morte, assistência paliativa, sofrimento.

**Metodologia:**

O estudo foi exploratório descritivo e de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas não estruturadas, gravadas no Setor de Oncologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, no período de março a setembro de 2012.

Foram participantes da pesquisa pacientes portadores de câncer, sem possibilidades terapêuticas de cura, e seus familiares, todos maiores de 18 anos e inscritos no programa de Cuidados Paliativos. Participaram também membros da equipe técnica e voluntários do referido programa.

Foram entrevistados 6 pacientes, 8 familiares, 4 profissionais e 10 voluntários, totalizando 28 sujeitos. Os dados foram separados pelas seguintes categorias: assistência espiritual; comunicação do diagnóstico; aceitação do diagnóstico e da morte pela família; sua escolha de local para morrer; o período de luto; sofrimento vivenciado pelo cuidador principal; consciência da morte e o medo que ela provoca; reação diante da iminência da morte, relação médico paciente e a esperança.

**Resultados:**

Os resultados foram divididos em: assistência espiritual; comunicação do diagnóstico; aceitação do diagnóstico e da morte pela família; sua escolha de local para morrer; o período de luto; sofrimento vivenciado pelo cuidador principal; consciência da morte e o medo que ela provoca; reação diante da iminência da morte, relação médico paciente e a esperança.

A autora coloca que refletir sobre o morrer representa um encontro de subjetividades, pois as pessoas compreendem a morte de formas variadas. Os sujeitos manifestaram dificuldades em abordar o tema da morte pelo simples fato de ser mencionada. Outros manifestaram-se de forma contrária a esse pensamento, acreditando que falar sobre morte pode facilitar sua aceitação.

Segundo a autora, os resultados permitiram levantar hipóteses acerca das condições de ocorrência da “boa morte”, além do conhecimento da necessidade de modificações na assistência a pessoas na fase final da vida, assim como a falta de capacitação durante a formação acadêmica.

**7ª - Significados de ser enfermeiro que cuida de pacientes oncológicos na fase terminal em hospital especializado.**

**Autor (a):** Sara Fiterman Lima – Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (1998). Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e em Magistério Superior pela Universidade do CEUMA. Mestre em Enfermagem pela UFMA. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFMA. Professora Assistente I da UFMA. Enfermeira efetiva SEMUS São Luís, lotada no SAMU. Principal interesse sobre os seguintes temas: Enfermagem em Saúde Mental, Enfermagem Oncológica, Tanatologia e Urgência e Emergência (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Wildoberto Batista Gurgel – Nasceu em Alexandria-RN, em 07.08.1971. É Bacharel em Filosofia (1997, UFPB), Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (2013, Estácio de Sá), Mestre em Filosofia (2001, UFPB) e Doutor em Políticas Públicas (2008, UFMA), com a tese Direitos Sociais dos Moribundos, premiada pela Capes com Menção Honrosa na Edição 2010 do Prêmio Capes de Teses. Professor da UFMA (Universidade Federal do Maranhão) de 1998 a 2014 onde desenvolveu pesquisas na área de políticas públicas voltadas para a morte-morrer e na área de saúde mental. Desde 2014, Professor da UFERSA (Universidade Federal Rural do Semiárido). Tem experiência na área de Filosofia, com ênfase em Ética, Bioética, Tanatologia e Saúde Mental (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde. Linha de Pesquisa: O cuidado em Saúde e Enfermagem.

**Local da defesa e Ano:** São Luís, Maranhão, Brasil, 2013.

**Resumo:**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, embasada no referencial fenomenológico existencial de Maurice Merleau-Ponty, com o objetivo de compreender os significados que emergem das relações de cuidado do

enfermeiro com o paciente oncológico terminal e as expressões destes significados nas dimensões de sua existência. Foram realizadas entrevistas abertas com vinte e sete enfermeiros integrantes do quadro funcional de um hospital de referência em tratamento oncológico de São Luís – MA, no período de dezembro de dois mil e doze a junho de dois mil e treze. Por meio da trajetória fenomenológica realizou-se uma aproximação com o fenômeno interrogado, através dos momentos de descrição, redução e compreensão fenomenológica e, nessa perspectiva, as convergências das unidades de significados que emergiram dos discursos foram agrupadas em três categorias temáticas denominadas: o Ser-no-mundo em meio a paradoxos, singularidades e fragilidades; o Ser-com-o-outro numa condição existencial a partir do entrelaçamento de vivências; e o Ser-para-a-morte que se desvela no cotidiano das relações de cuidado. As falas demonstraram diversos incômodos em relação ao tema morte presentes na existência dos seres entrevistados que, revelaram-se afetados pelo vivido e, verbalizaram suas necessidades de acolhimento, atenção e apoio. Os entrevistados revelaram que possuem instintos de obstinação terapêutica, que a inevitabilidade da morte ao mesmo tempo que afeta sua existência no mundo, induz a uma prática paliativista e desperta diferentes incômodos e vivências relacionados com as fases do desenvolvimento humano de seus pacientes, potencializados nas vivências com crianças. Os enfermeiros discutiram ainda sobre as aproximações e vivências com os familiares dos pacientes, com seus próprios familiares e com outros profissionais, desvelaram dificuldades de compreensão e enfrentamento junto ao processo de morte e morrer dos pacientes e, revelaram que a constatação da dor do outro e suas concepções religiosas são utilizadas para amenizar seus incômodos e, demonstraram em meio a discursos impregnados de emoção que os significados de viver esse fenômeno traduzem-se em um turbilhão de sentimentos, que clamam por uma melhor compreensão e um melhor convívio com a morte. (LIMA, 2013, p. 9).

**Palavras-chave:** enfermagem oncológica, assistência terminal, cuidados paliativos, morte.

### **Metodologia:**

Objetivo geral: Que significados emergem das relações de cuidado do enfermeiro com o paciente oncológico terminal e como estes se expressam nas dimensões de sua existência?

Os objetivos específicos são: Compreender os significados que emergem das relações de cuidado do enfermeiro com o paciente oncológico terminal; Descrever como estes significados se expressam nas dimensões de sua existência.

A abordagem teórico-metodológica da pesquisa foi a Fenomenologia de Merleau-Ponty. Trata-se de um estudo do tipo exploratório, de abordagem qualitativa, dentro dos pressupostos do referencial fenomenológico.

O local escolhido foi o Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo (IMOAB), que é um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. Foram entrevistados 27 enfermeiros.

Os dados foram divididos nas categorias: 1. O ser-no-mundo em meio a paradoxos, singularidades e fragilidades; 2. O ser-com-o-outro numa condição existencial a partir do entrelaçamento de vivências (o ser-com-o-outro em fase terminal; quando o outro em fase terminal é a criança; quando o outro em fase terminal é um adulto; quando o outro é a família do paciente em fase terminal; quando o outro é o profissional de enfermagem; quando o outro é a sua própria família; o ser-aí e a comunicação com os outros no cuidado em fase terminal); 3. O ser-para-a-morte que se desvela no cotidiano das relações de cuidado.

### **Resultados:**

A autora relata que os resultados das entrevistas demonstram incômodos em relação ao tema morte; os profissionais revelaram-se afetados pelo vivido e verbalizaram suas necessidades de acolhimento, atenção e apoio. Eles relataram que inevitabilidade da morte afeta sua existência no mundo e induz a uma prática paliativista despertando diferentes incômodos e vivências relacionados com as fases do desenvolvimento humano de seus pacientes.

Os enfermeiros discorreram sobre as aproximações e vivências com os familiares dos pacientes, com seus próprios familiares e com outros profissionais, mostrando dificuldades de compreensão e enfrentamento junto ao processo morte-morrer dos pacientes; a constatação da dor do outro e suas concepções religiosas são utilizadas para amenizar suas doenças e demonstraram em suas falas emoção e sentimentos que precisam de uma melhor compreensão e melhor convívio com a morte.

### **8ª - Assistência em cuidados paliativos: o trabalho em saúde no lidar com o processo de morrer.**

**Autor (a):** Nádia Roberta Chaves Kappaun – Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2007). Especialização em Fisioterapia em Oncologia. Especialização em Aspectos Metodológicos e Conceituais da Pesquisa. Mestrado em Saúde Pública. Atualmente é fisioterapeuta do Instituto Nacional de Câncer. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com ênfase em Saúde do Trabalhador (Informações coletadas da Plataforma Lattes).



**Orientador (a):** Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez – Possui graduação em Licenciatura em Ciências pela Universidad de Santiago de Compostela (1962), mestrado em Pós-graduação em Sociologia pela New York University (1977) e doutorado em Doctorado en Ciencias pela Universidad de Salamanca (1967). Tem experiência na área de Saúde Coletiva. Atuando principalmente nos seguintes temas: complexos químicos, terras raras (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Coorientador (a):** Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos – Possui graduação em Medicina pela Escola de Medicina e Cirurgia (1973) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2007). É médico do Ministério da Saúde cedido à Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Medicina e Saúde Pública, com ênfase em Medicina do Trabalho, Saúde do Trabalhador e Políticas de Saúde. Atua em pesquisa e ensino principalmente nos seguintes temas: política de saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável, organização de serviços, fiscalização de ambientes de trabalho e vigilância em saúde (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

**Local da defesa e Ano:** Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 2013.

**Resumo:**

O cuidado paliativo moderno é um movimento que surgiu no sentido de superar manifestações de destituição da autonomia do paciente em relação a decisões referentes à sua vida e até mesmo à sua morte. Diz-se que esse movimento defende um novo modelo de morte, a “boa morte”, em que ela ocorra sem dor nem angústia, no local e na companhia de quem o paciente desejar. Esse cuidado implica em uma peculiar relação entre equipe de saúde e pacientes, trazendo também a família para participar ativamente das decisões e das ações de cuidado. Assim, a relação de serviço nessa modalidade ganha centralidade, apontando para a importância de se compreender esse processo de trabalho a partir dessa relação. Nesse sentido, este estudo buscou analisar o trabalho em cuidados paliativos sob o ponto de vista das relações que se estabelecem no cuidado ao paciente, particularmente quando se tem que lidar com o processo de morrer. Constituiu-se em uma pesquisa qualitativa com abordagem compreensiva, que utilizou observação participante e entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde das diversas áreas de formação em um hospital federal que oferece cuidados paliativos oncológicos. Observou-se que a

maioria absoluta de profissionais era do sexo feminino e não conhecia a proposta dos cuidados paliativos quando começou a trabalhar na unidade, percorrendo uma trajetória de identificação, mas também de questionamento quanto à atuação profissional, tanto em relação aos conhecimentos da formação educacional como aos próprios valores pessoais. As entrevistadas destacaram aspectos da organização do trabalho e seu impacto na saúde, a atuação em equipe e a relação com pacientes e familiares, enfatizando como característica mais marcante desse trabalho o lidar constante com o sofrimento dos pacientes e das famílias. Porém, a frequência com que ocorrem óbitos também traz elementos que determinam o trabalho e mobilizam as trabalhadoras. Assim, é necessária uma relação diferenciada entre profissional de saúde, pacientes e familiares, revelando-se como o campo do qual emanam as principais questões vivenciadas pelas trabalhadoras; quando vínculos são estabelecidos e surge a identificação, o compartilhamento do sofrimento, mas também o conflito entre culturas, opiniões e decisões. Isso influencia o processo de trabalho, onde há exigências, mas também reconhecimento por parte dos usuários, gerando, paradoxalmente, desgaste e satisfação. Conclui-se que o caráter de imprevisibilidade inerente ao trabalho em cuidados paliativos aponta para a necessidade de se considerar a relação de serviço como elemento importante para se desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de agravos relacionados a esse trabalho. (KAPPAUN, 2013, p. 7, grifo da autora)

**Palavras-chave:** cuidados paliativos; profissionais de saúde; saúde do trabalhador; paciente terminal.

### **Metodologia:**

O objetivo geral foi analisar o trabalho em cuidados paliativos a partir das relações que se estabelecem no cuidado ao paciente, particularmente quando se tem que lidar com o processo de morrer. Tendo como objetivos específicos: conhecer as características e a organização do trabalho na unidade de cuidados paliativos; compreender as principais questões que os profissionais destacam na realização desses cuidados e refletir sobre questões do trabalho relevantes para a saúde do trabalhador.

A pesquisa utilizou abordagem qualitativa; buscou compreender o trabalho em cuidados paliativos a partir da percepção dos profissionais que atuam em um hospital especializado nesse serviço. As técnicas utilizadas para coleta de dados foram observação participante e entrevista individual semiestruturada. O *lócus* foi o setor de internação hospitalar do Hospital do Câncer IV do Instituto Nacional do câncer (INCA), unidade destinada a prestar cuidados paliativos. Realizaram-se 14 entrevistas com representantes de todas as categorias profissionais.

O delineamento deste estudo se fundamenta na hermenêutica (conjunto de teorias voltadas para a interpretação de algo, não somente um texto escrito, mas de

tudo o que se possa atribuir significado e sentido; é a ciência para a aplicação da interpretação (MAXIMILIANO, 2003)) e tem como categoria básica o senso comum; outras categorias importantes são: vivência e símbolo.

As categorias identificadas foram: aspectos do trabalho em cuidados paliativos (sua organização, o trabalho em equipe, a relação com pacientes e familiares); a vivência em cuidados paliativos (a inserção, o sentido do trabalho e sua relação com a saúde) e o lidar com o processo de morrer.

### **Resultados:**

Para os sujeitos entrevistados, os cuidados paliativos como prática em saúde apresentou-se como novidade para muitos que desconheciam a filosofia e precisavam aperfeiçoar-se no cotidiano do trabalho. Alguns profissionais enfatizavam a satisfação por poderem promover um processo de morrer com qualidade; alguns relataram uma recusa inicial ao serem informados sobre o tipo de atuação e também destacaram a dificuldade de criarem, em suas funções técnicas.

Demonstraram que as relações dos profissionais com os pacientes e seus familiares influenciam o processo de trabalho; são fontes de desgaste e cobranças, mas também de reconhecimento e satisfação.

As entrevistadas destacaram, segundo a autora, aspectos da organização do trabalho e seu impacto na saúde, a atuação em equipe e a relação com pacientes e familiares. Ela finaliza apontando para a necessidade de se considerar a relação de serviço como elemento importante para se desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de agravos relacionados a esse trabalho

### **9ª - Prevenção de luto complicado em cuidados paliativos: percepções dos profissionais de saúde acerca de suas contribuições nesse processo.**

**Autor (a):** Mariana Sarkis Braz – Possui graduação em Psicologia pela Faculdade Ruy Barbosa (2009). Psicóloga, Terapeuta Familiar Sistêmica pelo Instituto Humanitas Salvador/Bahia. Especialista em Psicologia Hospitalar pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Mestre em Psicologia Clínica, Núcleo de Família e Comunidade pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), Especialista em Luto pelo Instituto de Psicologia 4 Estações. Psicóloga

atuante na área clínica e hospitalar (áreas de atuação: pronto-socorro, UTI, oncologia, cuidados paliativos e domicílio); Psicóloga voluntária na Associação Brasileira de Esclerose Múltipla. Psicóloga clínica atende adultos e casais. Interessa-se por questões relacionadas às famílias, ao âmbito hospitalar, no que tange ao acompanhamento de paciente e família; pelos temas de Cuidados Paliativos, morte e luto e comunicação. Realiza treinamento de comunicação através de simulação realística e aulas sobre luto e cuidados paliativos (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Dra. Maria Helena Pereira Franco - Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1975), mestrado (1986) e doutorado (1993) em Psicologia Clínica pela PUC de São Paulo. É professora titular da PUC de São Paulo, no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica e na Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, fundadora (1996) e coordenadora do Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto - LELu, da PUC-SP, que pesquisa sobre luto e amplia sua ação na formação de psicoterapeutas para pessoas enlutadas, que realizam atendimento especializado supervisionado. Coordenadora do GT Formação e Rompimento de Vínculos na ANPEPP, de 2005 a 2011. Cofundadora do 4 Estações Instituto de Psicologia, em São Paulo. Membro desde 1997 do International Work Group on Death, Dying and Bereavement - IWG. Autora de livros, capítulos e artigos sobre luto, terminalidade, desastres e emergências, cuidados paliativos. Membro da Comissão de Emergências e Desastres do Conselho Federal de Psicologia, de novembro de 2014 a dezembro de 2016. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Tratamento e Prevenção Psicológica, atuando principalmente nos seguintes temas: luto, morte, famílias enlutadas, psico-oncologia, cuidados paliativos, emergências e desastres e luto familiar (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

**Local da defesa e Ano:** São Paulo, São Paulo, Brasil, 2013.

**Resumo:**

Os cuidados paliativos buscam qualidade de vida baseada principalmente na prevenção e no alívio do sofrimento de pacientes que possuem doenças ameaçadoras de vida, englobando as esferas de ordem física, psicossocial e espiritual. Além disso, estende-se ao pós-morte do paciente, oferecendo suporte e apoio à família no processo de luto. O tema proporciona discussões acerca de educação para morte e processo de morrer para os profissionais de saúde, que têm uma formação em sua maioria voltada para a valorização do saber técnico em detrimento de uma formação humanista, o que afasta o tema da morte como foco de aprendizado. Esta pesquisa qualitativa teve como objetivo compreender e analisar a formação dos profissionais em relação ao processo de morrer do paciente e as percepções daqueles em relação às suas contribuições para a prevenção de luto complicado da unidade de cuidado. A Teoria do Apego fundamentou teoricamente esta pesquisa, oferecendo respaldo para a análise. Participaram voluntariamente desta pesquisa profissionais de saúde, que integram formalmente equipes de cuidados paliativos. Foi utilizado um questionário autoaplicativo para obtenção de dados acadêmicos, profissionais e de cursos realizados e uma entrevista semiestruturada, que permitiu compreender os seguintes tópicos: a escolha de trabalhar em cuidados paliativos; as estratégias utilizadas (para si mesmo e para com a unidade de cuidado) no dia a dia para lidar com a questão do processo de morrer e a percepção sobre a sua contribuição para a prevenção de um luto complicado de paciente e família. Os resultados confirmaram que a formação dos profissionais em relação ao processo de morrer é escassa. Ademais, observou-se que os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos possuem comportamentos de apego, os quais são identificados como naturais nesse contexto, o que acaba por dificultar a percepção de que são importantes contribuições para a prevenção de luto complicado da unidade de cuidado. (BRAZ, 2013, p. 9).

**Palavras-chave:** cuidados paliativos; unidade de cuidado; luto complicado; profissionais de saúde.

**Metodologia:**

O objetivo geral foi: Compreender e analisar a formação dos profissionais que integram equipes multidisciplinares de cuidados paliativos acerca do processo de morrer do paciente.

Os objetivos específicos foram: Investigar e analisar a formação dos profissionais de equipes multidisciplinares de cuidados paliativos em relação aos processos de morrer e de luto; Compreender e analisar a percepção que os profissionais de equipes multidisciplinares de cuidados paliativos possuem em relação à necessidade de oferecer suporte e assistência à unidade de cuidado no processo de morrer do paciente, Identificar e analisar as estratégias utilizadas pelos profissionais de equipes multidisciplinares de cuidados paliativos em relação ao processo de morrer do paciente e Compreender e analisar a percepção que os profissionais de equipes multidisciplinares de cuidados paliativos possuem em

relação à influência de sua formação no processo de morrer do paciente e no luto de sua família.

Foi utilizado o método qualitativo nesta pesquisa, sendo que o instrumento foi a entrevista semiestruturada. Utilizou-se um questionário autoaplicativo referente a dados acadêmicos, profissionais e principais cursos realizados pelo profissional.

A amostra foi constituída por profissionais da área de saúde que integram equipes multidisciplinares de cuidados paliativos. Os profissionais são: assistente social, enfermeira, farmacêutica clínica, fonoaudióloga, médica, musicoterapeuta e psicóloga.

Foi utilizada a análise de conteúdo e as temáticas pré-estabelecidas são: Formação, trajetória acadêmica profissional, entrada da equipe de cuidados paliativos; Conferências familiares; Atuação da especialidade nos cuidados paliativos; Atuação e contribuições da especialidade no processo de morrer; Percepção sobre a influência de sua atuação no processo de morrer do paciente em relação à unidade de cuidados; Compreensão sobre o luto; Estratégias criadas e utilizadas no dia a dia; Significado de boa morte; Histórias pessoais relacionadas ao tema de cuidados paliativos.

### **Resultados:**

A autora constatou que a formação dos profissionais em relação ao processo morte-morrer é escassa. Observou que os profissionais de saúde em cuidados paliativos possuem comportamentos de apego, os quais são naturais nesse contexto; isso pode dificultar a percepção de que são importantes contribuições para a prevenção de luto complicado da unidade de cuidado.

Os profissionais que trabalham em cuidados paliativos se utilizam de estratégias de enfrentamento: o trabalho em equipe e a valorização do seu trabalho pelo colega; ter empatia com a situação da unidade de cuidado; valores de família em relação à finitude; o conhecimento e estudos; psicoterapia; realização de atividade física e religião.

Foi compreendido pela autora que esta especialidade, cuidados paliativos, está crescendo e se desenvolvendo, sendo assim é importante a relevância de realização de pesquisas que possam servir de arcabouço teórico e prático para a educação e formação dos profissionais de saúde.

## **10ª - Significados de cuidados paliativos narrados pela equipe de saúde na Oncologia Pediátrica**

**Autor (a):** Ana Clara de Sousa Bittencourt Bastos – Graduada em Psicologia pela Faculdade Ruy Barbosa (2009). Mestre e Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento pelo Instituto de Psicologia da UFBA. Especialista em "Psicologia Sistêmica e Terapia Familiar", assim como em "Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto". Docente da Universidade Católica de Salvador (UCSal). Possui experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia do Desenvolvimento Humano e Terapia Familiar Sistêmica, Psicologia da Saúde e Hospitalar, Luto e Avaliação de Políticas Públicas (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Prof.<sup>a</sup> Dra. Marilena Ristum – Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto), mestrado em Psicologia pela Universidade de São Paulo, doutorado em Educação pela Universidade Federal da Bahia e pós-doutorado na Clark University (US) e na Universidad de Cordoba (ES). Foi Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UFBA durante o período entre 2012 e 2015. Atualmente é Professor Titular da Universidade Federal da Bahia, nos cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia. Orienta alunos de Mestrado e Doutorado. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Cultura e Sociedade. Sob a perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural e da Psicologia Cultural, atua principalmente nos seguintes temas: violência e escola, bullying escolar, violência e família, violências contra a criança e o adolescente, medidas socioeducativas, psicologia escolar e educacional, inclusão escolar, relação professor-aluno em escolas públicas e particulares (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento.

**Local da defesa e Ano:** Salvador, Bahia, Brasil, 2014.

**Resumo:**

Acredita-se que a morte é uma das experiências mais traumáticas para o ser humano, por originar uma carga pessoal de dor, e por também ser, culturalmente, um assunto tabu na maioria das sociedades. Aprender a lidar com a morte acarreta desafios para os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados paliativos, que se caracterizam como uma abordagem emergente que adota uma política assistencial de dar suporte aos indivíduos e a suas famílias em momentos cruciais diante da morte. O presente estudo buscou analisar os significados de cuidados paliativos para os profissionais de saúde que atuam na oncologia pediátrica. Foram realizadas entrevistas narrativas, baseadas em um temário previamente elaborado, sendo tópicos relevantes: cuidados paliativos, estratégias de enfrentamento, redes sociais de apoio, crença religiosa, práticas de atenção à saúde. As entrevistas foram realizadas em dois hospitais filantrópicos de Salvador, Bahia, com cinco profissionais: médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista e psicóloga. Foi utilizado o modelo de análise narrativa proposto por Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber (1998). Os significados de cuidados paliativos, de uma forma geral, apresentaram-se associados a uma abordagem que prioriza medidas de conforto e a redução da dor. As práticas de atenção à saúde que mais se destacaram foram a comunicação e a tomada de decisão, ambas sob a responsabilidade do médico, sendo ressaltadas as dificuldades de informar a uma mãe sobre a morte iminente de um filho, e de incluir a criança no processo de tomada de decisão. Os cuidados paliativos vieram associados a um sofrimento, e são formados fortes vínculos afetivos entre a equipe de saúde, o paciente e os familiares. A iminência do rompimento de tal vínculo foi representada nas narrativas pelo processo do luto antecipatório e, dentre as estratégias para enfrentamento, os participantes incluíram: a tentativa de adotar um distanciamento afetivo e cognitivo do cuidado paliativo, uma separação entre a vida pessoal e a vida profissional, o apoio da equipe de saúde e a espiritualidade. O contato com a morte no ambiente de trabalho apresentou-se como uma ruptura, sendo seguida por um processo de transição e adaptação à rotina dos cuidados paliativos. Propõe-se, desta forma, uma reflexão sobre a formação profissional voltada para uma educação para a morte, assim como sobre a necessidade de um suporte para o profissional lidar com o luto vivenciado diante da perda. (BASTOS, 2014, p. 7).

**Palavras-chave:** cuidados paliativos; profissionais; morte; pediatria.

**Metodologia:**

A pergunta de investigação e o pressuposto foi: Como se configuram os significados sobre os cuidados paliativos de crianças com câncer para os profissionais de saúde e como estes atores atuam nesta área?

O objetivo geral foi compreender os significados sobre cuidados paliativos em crianças com câncer presentes nos relatos dos profissionais de saúde envolvidos na assistência e identificar as práticas imbricadas nestes significados.

Os objetivos específicos foram: Caracterizar as práticas de assistência à saúde presentes no cuidado paliativo através das atitudes relacionadas à comunicação, à tomada de decisões e aos cuidados físicos oferecidos ao paciente;



Descrever a percepção dos profissionais da equipe de saúde sobre a participação da família nas práticas de assistência à saúde, assim como sobre a vivência da mesma, Verificar como os profissionais da equipe de saúde significam a morte, analisando na construção do significado as crenças, os sentimentos e as estratégias de enfrentamento perante a morte e Analisar as estratégias de enfrentamento do luto antecipatório para os profissionais da equipe de saúde.

É um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa. Estrutura-se como um estudo de casos, sendo que foram realizadas entrevistas narrativas com os sujeitos. Os participantes foram profissionais da equipe de saúde multidisciplinar que trabalham na assistência a essas crianças na situação de cuidados paliativos.

Foram selecionadas duas instituições que possuem serviço de oncologia pediátrica. O hospital 1 é caracterizado por ser um hospital geral e filantrópico, a equipe é composta por 04 médicos, 01 psicóloga, 01 dentista, fisioterapeutas, 1 assistente social, enfermeiras, técnicas de enfermagem, nutricionistas, 1 pedagoga. O hospital 2 é caracterizado por ser um hospital especializado em oncologia e filantrópico, a equipe é composta por 06 médicos, 02 psicólogas, 01 assistente social, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta, enfermeiras, técnicas de enfermagem.

Dentre as entrevistas realizadas nas duas instituições, foram selecionadas 5 para compor a análise dos dados, sendo dos seguintes profissionais: médico, técnica de enfermagem, enfermeira, dentista e psicóloga.

A análise dos dados obtidos nas entrevistas se deu através de um sistema de temas e subtemas: Tema 1: os significados de cuidados paliativos narrados pelos profissionais de saúde. Subtemas: caracterização geral sobre os cuidados paliativos; práticas de assistência à saúde; relação com a família; percepção do paciente; morte; processo de luto. Tema 2: A dinâmica da experiência dos profissionais de saúde nos Cuidados Paliativos. Neste tópico, buscou-se realizar a síntese de cada caso a partir de uma visão dinâmica da rede de significados sobre os cuidados paliativos, de acordo com a narrativa de cada participante. O caso apresentado foi o do médico, escolhido devido ao papel central que ocupa na equipe multiprofissional, sendo o principal responsável pela comunicação e pela tomada de decisão. Ao final, são apresentadas apenas as redes de significados dos outros quatro casos.

## **Resultados:**

A autora identificou que a compreensão acerca dos cuidados paliativos, em uma abordagem que prioriza o conforto, a redução da dor e do sofrimento, assim como a compreensão de que o cuidado paliativo é introduzida quando não há mais possibilidade de cura para a doença.

A autora observou que tanto a comunicação quanto a tomada de decisão são responsabilidades da equipe médica. Existiram contradições nas narrativas dos profissionais quanto ao trabalho em equipe, ora visto como um suporte para enfrentar a situação de cuidados paliativos, ora por ser colocado como um obstáculo, devido à falta de clareza na comunicação e na definição dos cuidados paliativos.

Quanto à formação de vínculo da equipe com a família existe uma ambivalência entre uma boa relação (algo positivo) e um maior sofrimento diante da iminência da morte e após a perda do paciente.

Em relação ao tema da morte, este está associado ao sofrimento. Os significados sobre morte apresentados pelos sujeitos são tidos como um processo natural, assim como há falha na formação dos profissionais de saúde para lidar com a morte, há falta de suporte e espaço para compartilhar os sentimentos, a espiritualidade e a dificuldade de aceitação da morte da criança.

A autora destaca uma inadequada formação do profissional para lidar com a morte, não lhe sendo oferecidos subsídios para que enfrente os sentimentos de impotência, de culpa e de insatisfação consigo mesmo. O estudo apresentou uma reflexão acerca da falha na formação profissional e da dificuldade para enfrentar a morte de um paciente por parte dos profissionais pesquisados.

### **11ª - A morte no cotidiano dos profissionais de Enfermagem de Cuidados Paliativos: uma revisão integrativa.**

**Autor (a):** Tathiana Alves Nunes Rodrigues Tavares – Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (2004) e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (2014). Na graduação, por dois anos, bolsista da extensão, desenvolvendo um trabalho de formação de “cuidador infantil”, na comunidade do Dendê. Experiência na área de Saúde Coletiva, atuando por 6 anos na atenção básica, gerenciando a unidade básica de saúde, atuando na saúde da

mulher, da criança, do idoso e do adolescente, com ênfase na promoção e proteção da saúde. No mestrado, tive a oportunidade de desenvolver conhecimentos a cerca dos Cuidados Paliativos (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Rosendo Freitas de Amorim – Possui doutorado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (2001), mestrado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (1995). Especialista em Lógica Dialética pela Universidade Estadual do Ceará (1989). Licenciado em Filosofia e História pela Universidade Estadual do Ceará (1983). Atualmente é professor titular da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e assessor técnico da Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC). Professor efetivo do mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e professor colaborador do Programa de Pós-Graduação (mestrado e doutorado) em Direito da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Tem experiência na área de Direito, com ênfase no ensino e pesquisa jurídica, direitos humanos e política. No campo da saúde tem experiência com a socioantropologia relacionada à saúde, ao corpo, ao gênero e à etnia. Editor Chefe da Revista DoCEntes, Revista de Educação (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada como requisito para título de Mestre em Saúde Coletiva, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na linha de pesquisa Cultura e Humanização da Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

**Local da defesa e Ano:** Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014.

**Resumo:**

O presente trabalho objetivou identificar como o profissional da enfermagem enfrenta a morte de seus pacientes que se encontra em fase terminal de sua doença, seja ela oncológica ou doença crônica avançada. Através de uma revisão integrativa, foram incluídos 16 artigos de fontes primárias, todos de natureza qualitativa. Integram a pesquisa, artigos publicados no período de 1997 a 2013, período este que emergiu sem nenhuma definição prévia, pesquisados nas bases de dados Lilacs, Scielo, BDENF, por terem maior impacto na área da saúde, no mês de dezembro de 2013. Como critério de inclusão, fazem parte desse estudo os artigos que tratam da relação dos enfermeiros diante da morte de seus pacientes que se encontram com doença incurável que estejam ou não recebendo cuidados paliativos. Percebemos, através desse estudo, a grande dificuldade que o enfermeiro e o técnico de enfermagem têm em lidar com a terminalidade de seus pacientes, estando essas dificuldades relacionadas a fatores

intrínsecos e extrínsecos, como a sua formação acadêmica, que exerce o maior peso diante dessa dificuldade. Percebe-se também, uma necessidade de mudar a perspectiva educacional quanto à formação voltada para o tema da morte em todo as suas peculiaridades e também um apoio institucional aos profissionais que já trabalham com a morte no seu cotidiano. (TAVARES, 2014, p. 6).

**Palavras-chave:** Enfermagem; morte; cuidados paliativos.

### **Metodologia:**

O estudo propôs analisar os significados do processo de morte e do morrer que permeiam a relação dos enfermeiros e seus pacientes diante da terminalidade da vida. Utilizou-se da perspectiva antropológica. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, conhecendo a fundo a produção sobre a relação da enfermagem com a finitude humana de seus pacientes que se encontram com doença terminal.

A questão era: Os enfermeiros que trabalham diretamente com pacientes terminais estão preparados para vivenciar a morte de seus pacientes?

Esta pesquisa teve abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada utilizando-se as seguintes bases de dados: Lilacs e Scielo, BDEF. Também foi realizada uma busca manual nas bases de dados da Universidade de Fortaleza. Utilizou-se os descritores presentes no Descritores em Ciências da Saúde (DECS), de maneira combinada: enfermagem e morte e cuidados paliativos. Desta pesquisa, emergiram 41 artigos na primeira busca que foi realizada no Lilacs. Na Scielo, emergiram 09 artigos e a BDEF 2 artigos. Na busca manual na base de dados da Universidade de Fortaleza, emergiram 2 artigos que se diferenciavam dos demais. Após leitura do resumo de cada artigo encontrado, foram feitas as exclusões daqueles que não se encaixavam nos parâmetros da pesquisa.

Agrupam-se os dados nos seguintes temas: Sentimentos que emergem diante da terminalidade; Dificuldades para lidar com a morte; Criação de mecanismos de defesa; O paradigma entre cura e cuidado: uma lacuna na formação acadêmica; Triade: Paciente, Família e Profissional da Saúde.

### **Resultados:**

A autora apontou grandes dificuldades e desafios a serem vivenciados e vencidos pelos profissionais da enfermagem, que sofrem muito diante da

terminalidade da vida. A interpretação dos artigos analisados culminou com que fossem agrupados nos seguintes temas: Sentimentos que emergem diante da terminalidade; Dificuldades para lidar com a morte; Criação de mecanismos de defesa; O paradigma entre cura e cuidado: uma lacuna na formação acadêmica; Tríade: Paciente, Família e Profissional da Saúde.

Através dessa pesquisa, a autora pôde perceber que a relação dos profissionais de saúde com a morte vem sendo discutida. O assunto morte ainda será muito discutido e os profissionais terão a oportunidade de levantar questionamentos e buscar o conhecimento para que consigam desenvolver com qualidade os princípios dos cuidados paliativos.

Percebeu-se, também, uma necessidade de mudar a perspectiva educacional quanto à formação voltada para o tema da morte e um apoio institucional aos profissionais que já trabalham com a morte no seu cotidiano.

## **12ª - A perspectiva dos cuidados paliativos e a questão do morrer no contemporâneo**

**Autor (a):** Denise de Souza Silva – Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Sergipe (2015), possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Sergipe (2008), especialização em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (2010), e especialização em Saúde do Adulto e do Idoso pela Universidade Federal de Sergipe (2013) (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Prof. Dr. Rogério da Silva Paes Henriques – Graduação em psicologia (UFES, 1999). Mestrado em Saúde Coletiva (IMS/UERJ, 2003). Doutorado em Saúde Coletiva (IMS/UERJ, 2008). Pós-doutorado em Teoria Psicanalítica (PPGTP/UFRJ, 2013). Atuou como psicólogo estatutário componente de uma equipe matricial em saúde mental (Serra/ES), de 2004 a 2007, período esse no qual foi ligado à Escola Brasileira de Psicanálise (EBP-delegação/ES). Autor dos livros: "Psicopatologia Crítica: guia didático para estudantes e profissionais de psicologia" (Editora da UFS, 2012); "Freud e a narrativa paranoica: Schreber revisitado" (Editora da USP, 2014) - 1º lugar no Prêmio Jabuti 2015 na Categoria

Capa; "A psiquiatria do DSM: pílulas para que te quero" (Editora da UFS, 2015). Coautor do livro: "A fabricação do humano: psicanálise, subjetivação e cultura" (Editora Zagodoni, 2014) - 2º lugar do Prêmio Jabuti 2015 na Categoria Psicologia. Desde 2009, atua como professor associado da Universidade Federal de Sergipe (UFS) na graduação (psicologia / medicina) e na pós-graduação (residência multiprofissional / mestrado em psicologia). Foi membro-fundador e é atual colaborador da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso da UFS. Foi membro-fundador e ex-coordenador (2013-2015) da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFS. Foi membro-fundador e participa do Grupo de Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (GT da ANPEPP) "Psicanálise, Subjetivação e Cultura Contemporânea" (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Centro de Ciências de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia Social.

**Local da defesa e Ano:** São Cristóvão, Sergipe, Brasil, 2015.

**Resumo:**

A morte é o que há de mais individualizador e ao mesmo tempo de mais igualitário na existência humana. O problema não é a morte, mas o fato de que o sujeito morre. Este trabalho se propôs a estudar a experiência da perspectiva dos Cuidados Paliativos, de modo a compreender como os sujeitos vivenciam a morte e o morrer. Para tanto, foi realizada uma incursão etnográfica num serviço de Cuidados Paliativos, o que possibilitou a vivência *in loco* do lidar cotidiano com a morte que se aproxima e a discussão sobre a morte e o morrer a partir dos sujeitos (profissionais, pacientes e familiares) e suas singularidades nesse tempo de espera particular – não sem, antes, retomar uma perspectiva histórica dessa temática. Em cada época há uma forma de morrer e um olhar sobre a morte. O discurso dos Cuidados Paliativos produz um jeito de morrer que atende as demandas desse tempo, embora seja uma tentativa de escapar da racionalidade neoliberal, é o modelo do pensamento científico e das tecnociências que permite a sua emergência. Como um modelo assistencial inserido no campo biomédico tem uma versão generalista de como lidar com a doença ou morte, no entanto o estudo evidenciou que quando o sujeito é confrontado com os fatos cruciais da vida emerge a sua singularidade. (SILVAa, 2015, p. 8).

**Palavras-chave:** cuidados paliativos; morte; etnografia.

**Metodologia:**

O objetivo foi examinar a conduta adequada em relação a pacientes que se acham próximos da morte. O uso da etnografia como método de inserção nessa realidade teve como objetivo auxiliar na descrição de um modo de vida – vida dos que estão esperando a morte; a abordagem foi a qualitativa.

As atividades foram desenvolvidas dentro da equipe de visita domiciliar em Cuidados Paliativos do maior hospital público do Estado de Sergipe e principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para os casos de alta complexidade.

O programa de visita domiciliar é executado por uma equipe multiprofissional composta por médica, enfermeira, assistente social, psicólogo e nutricionista, sendo que a fonoaudióloga atende esses pacientes quando solicitado pela equipe.

Foram visitados no período da pesquisa 24 pacientes da atenção domiciliar e suas respectivas famílias. O grupo Rodas da Vida acontece semanalmente em algumas alas do hospital e tem como principal objetivo oferecer aos pacientes e acompanhantes um espaço de troca com a equipe que seja facilitador para a vivência da hospitalização. É um grupo coordenado por um médico da instituição juntamente com uma assistente social e um psicólogo.

Agrupam-se os dados nos seguintes temas: o grupo Rodas da Vida; o encontro com o velório; a atenção aos familiares; o discurso religioso; uso do discurso médico; o tempo de espera.

**Resultados:**

A autora traz que a morte, tão presente no cotidiano desses profissionais, ainda aparece como algo a ser afastado, ao mesmo tempo, acompanhar e cuidar de um paciente que está morrendo fez com que esses profissionais se se aproximassem da mesma.

Para cada tema estabelecido pela autora (o grupo Rodas da Vida; o encontro com o velório; a atenção aos familiares; o discurso religioso; uso do discurso médico; o tempo de espera) houve a narrativa dos sujeitos na íntegra.

Segundo a autora, os profissionais tornam-se educadores da moral da sociedade e das atitudes, face ao sofrimento e a morte. Os cuidados paliativos devem dar atenção à qualidade de vida, à vida interior e às relações interpessoais. Para além do alívio da dor, a atividade de escuta passa a ser fundamental para viabilizar um modo de lidar com a angústia, fazendo emergir um sujeito desejante.

Para finalizar, ela relata que o campo da Visita Domiciliar tem como particularidade o fato da morte sair do contexto hospitalar e ser incluída na vida dos sujeitos.

### **13ª - Cuidados Paliativos e subjetividade: ações educativas sobre a vida e o morrer**

**Autor (a):** Giselle De Fátima Silva – Diretora de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (DISAM - SESDF). Anteriormente foi Gerente da Gerência de Psicologia (GePsi/ SESDF 2016 - 2017) e Chefe do Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP 2013 - 2015). Doutora em Educação pela Universidade de Brasília (UnB - 2015). Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP - 2008). Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB - 2005). Psicóloga Clínica CRP01/10963. Título de Distinção de Conhecimentos em Psico-oncologia emitido pela Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (2008). Especialista em Terapia e Hipnose Ericksoniana pelo Instituto Milton Hyland Erickson (IMHE, 2010). Título de Especialista em Psicologia Hospitalar concedido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP - 2013). Foi vice-presidente da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (entre 2015 a 2017). Realiza pesquisas em Psicologia e Saúde Pública, Psico-oncologia, Processos de Subjetivação de Sujeitos Portadores de Câncer, Cuidados Paliativos, Epistemologia Qualitativa, Sentidos Subjetivos, Teoria da Subjetividade, Educação sobre a Vida e o Morrer e Tanatologia, Saúde Mental e Políticas Públicas em Saúde (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Prof. Dr. Fernando Luis González Rey – Possui graduação em Psicologia - Universidad de La Habana (1973) e doutorado em Psicologia pelo Instituto de Psicologia Geral e Pedagógica de Moscou (1979). Bolsista 1-D de produtividade em pesquisa do CNPq, área de psicologias no período 2007-2010. Pós-doutorado em psicologia pelo Instituto de Psicologia da Academia de Ciências de Moscou (1987). Prêmio Interamericano de Psicologia (1991). Atualmente, é professor titular do Centro Universitário de Brasília. Foi professor visitante institucional da Universidade Autônoma de Madri (2004-2012), assim como



professor e assessor do Programa de Doutorado em Psicologia da Universidad de San Carlos em Guatemala (2002-2012). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Cultural-Histórica. Seu foco de atenção teórica é o desenvolvimento do tema da subjetividade numa perspectiva cultural-histórica e os problemas epistemológicos e metodológicos que se derivam do estudo da subjetividade. Suas pesquisas no momento atual estão centradas nos aspectos subjetivos e sociais das doenças crônicas, no sujeito que aprende e no estudo das Representações Sociais (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Tese de doutorado apresentada para a banca examinadora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, como exigência parcial para obtenção do grau de Doutora em Educação.

**Local da defesa e Ano:** Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2015.

**Resumo:**

Os Cuidados Paliativos (CP) são considerados como uma abordagem à saúde humana que rompe com o paradigma biomédico para uma assistência integral às pessoas que vivem ou lidam com doenças ameaçadoras da vida. A implementação de serviços de CP no Brasil encontra desafios de ordem institucional, governamental e educacional. De modo geral, observa-se que o modelo de ensino nas faculdades de saúde se pauta exclusivamente na lógica tecno-científica centrada na patologia, desconsiderando-se a singularidade complexa do ser humano. Esta (de) formação do profissional da saúde impede uma assistência à vida do paciente em CP, culminando com o seu abandono e morte indigna nos bastidores hospitalares, além da angústia vivenciada por familiares. Neste espectro é pertinente o desenvolvimento de estudos que apresentem reflexões críticas sobre esta realidade e que possibilitem o desenvolvimento de sistemas educativos que permitam transcender o ensino tecnológico e cientificista nas práticas de saúde. A presente pesquisa, respaldada pela Teoria da Subjetividade, teve como principal objetivo apresentar ações educativas sobre a vida e o morrer orientadas à dimensão subjetiva dos profissionais da saúde inseridos no contexto de CP. A partir do método construtivo-interpretativo da Epistemologia Qualitativa, foram desenvolvidas dinâmicas conversacionais, complemento de frases e observação participante com seis paliativistas que atuam em serviços públicos de CP do Distrito Federal. Mediante as construções interpretativas desenvolvidas a partir do momento empírico, a prática do paliativista apresentou-se constituída subjetivamente por elementos da sua história de vida, crenças e valores, além da subjetividade social da cultura brasileira, das instituições de ensino e de saúde que também integram recursivamente o fazer desses profissionais. Observou-se que a relação com o paciente, familiares e equipe multiprofissional teve uma função educativa aos paliativistas. Ademais, a natureza do serviço de CP, em que há um contato estreito com o sofrimento humano, propicia inúmeras configurações subjetivas relativas à espiritualidade, sentido da vida, do outro, de si e do mundo. Com base nas construções interpretativas das produções de sentidos subjetivos dos

paliativistas, foi desenvolvido um sistema educativo que integra várias ações educativas sobre a vida e o morrer que ultrapassa uma aprendizagem formal, limitada a apreensão conteudista de teorias e aspectos técnicos, para propostas educativas que valorizam: o paciente enquanto ser humano; a história de vida do paliativista e seu desenvolvimento pessoal; conhecimento de práticas integrativas; o diálogo como fonte de aprendizado; a espiritualidade; revisão de prioridades no sistema de saúde e participação social no desenvolvimento de políticas públicas em saúde. (SILVAb, 2015, p. 9).

**Palavras-chave:** cuidados paliativos; educação em saúde; subjetividade; desenvolvimento humano; tanatologia.

### **Metodologia:**

Teve como objetivo geral: desenvolver um modelo teórico de Ações Educativas sobre a vida e o morrer, a partir das produções subjetivas de profissionais da saúde, inseridos no contexto de Cuidados Paliativos.

Os Objetivos Específicos foram: Explicar como os processos subjetivos de outros espaços, vivências e dimensões sociais desses profissionais se configuram em seus serviços e ações no contexto de Cuidados Paliativos, Compreender a relação entre assistência e educação em Cuidados Paliativos e Apresentar uma proposta educativa sobre o princípio da vida na área de Cuidados Paliativos.

Foi utilizado referencial epistemológico e metodológico que compreendeu a complexidade, a recursividade e a dinamicidade implicadas no contexto desta pesquisa que foi de abordagem qualitativa. O estudo foi realizado a partir da Epistemologia Qualitativa que está ligada aos princípios da Teoria da Subjetividade.

Os instrumentais utilizados foram: dinâmica conversacional individual, discussão de texto em grupo, complemento de frases, momentos informais e observação participante.

A pesquisa foi realizada com paliativistas lotados em hospitais da rede pública de saúde do Distrito Federal. Esses paliativistas estão em diferentes serviços de Cuidados Paliativos (CP): atenção domiciliar (que assiste pacientes oncológicos e não oncológicos); em ambulatórios de CP; enfermarias de CP e Prontos Socorros. Os sujeitos são cinco médicos e um enfermeiro.

Foram definidas as categorias: Formação do profissional de saúde; O lugar do paliativista na instituição médica: contradições de seu exercício profissional; Aprendendo a ser paliativista com pessoas; Outros níveis de aprendizado e

desenvolvimento em CP: a espiritualidade; Propostas de ações educativas sobre a vida e o morrer.

### **Resultados:**

A autora observou que a relação com o paciente, familiares e equipe multiprofissional tem uma função educativa para os paliativistas. Os Cuidados Paliativos propiciam inúmeras configurações subjetivas relativas à espiritualidade, sentido da vida, do outro, de si e do mundo. Com base nas construções interpretativas das produções de sentidos subjetivos, a autora desenvolveu um sistema educativo que integra várias ações educativas sobre a vida e morte-morrer: o paciente enquanto ser humano; a história de vida do paliativista e seu desenvolvimento pessoal; conhecimento de práticas integrativas; o diálogo como fonte de aprendizado; a espiritualidade; revisão de prioridades no sistema de saúde e participação social no desenvolvimento de políticas públicas em saúde

A autora coloca que assistência à saúde de pessoas em Cuidados Paliativos não se esgota na racionalidade técnica, mas envolve aspectos subjetivos e dialógicos que caracterizam toda prática humana.

As análises desenvolvidas pela autora sobre a vida e morte-morrer correspondem com a necessidade de expandir as ações educativas para outros contextos sociais, incluindo gestores e a sociedade. De acordo com a pesquisa é fundamental a inserção de novas ações educativas na formação das equipes de saúde que possibilitem uma atenção centrada nos pacientes, e que não se restrinja à eliminação de sintomas ou cura de doenças.

### **14ª - A percepção de profissionais de um hospital oncológico sobre a morte e o morrer.**

**Autor (a):** Gracielen Cristina Milomes Alves – Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (2009), pós-graduação em Docência do Ensino Superior pela FAP e Enfermagem Oncológica pelo AC Camargo, mestrado em Saúde Coletiva pela ULBRA. Atualmente é coordenadora de Enfermagem da Faculdade de Pimenta Bueno e enfermeira do Governo do Estado de Rondônia (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Alice Hirdes – Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (1990), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000) e doutorado em Psicologia Social pela PUCRS (2013). Na graduação, tem experiência de atuação nos cursos de Enfermagem, Psicologia e Medicina, nas disciplinas: Psicologias Aplicadas à Saúde, Saúde Mental, Psicologia e Ciclo Vital, Saúde Coletiva, Psicofarmacologia, Atenção Primária à Saúde, Estágios Supervisionados, Ética e Pesquisa. Como experiência não acadêmica, coordenou e trabalhou na implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no país. Foi coordenadora do projeto de implantação de uma Unidade de Saúde Mental em hospital geral, na década de 90. Atuou como Coordenadora de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, considerado um marco prático de reversão do modelo assistencial em saúde mental. Assessorou na estruturação de CAPS e implantação de Unidades de Saúde Mental em hospitais gerais no Estado e outros estados da federação. Atualmente é professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade da ULBRA e docente no curso de graduação em Enfermagem da mesma instituição. É consultora *Ad Hoc* do Ministério da Educação, atuando no reconhecimento e autorização de cursos de graduação; residência multiprofissional em saúde e Avaliação Institucional. Pesquisadora plena da Rede InterRAI Network of Excellence in Mental Health (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Luterana do Brasil, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Local da defesa e Ano:** Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

**Resumo:**

Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar a percepção dos profissionais de uma unidade oncológica acerca da morte e do morrer dos pacientes, com vistas à compreensão desse processo em sua vida profissional e pessoal. O método utilizado caracteriza-se como um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizada a partir de 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais de um hospital oncológico do município de Cacoal-RO. A análise dos dados ocorreu por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados apontam que os entrevistados encaram a morte com naturalidade e que o sofrimento relatado por eles é relacionado à dor do paciente oncológico. Em razão disso, a morte dos pacientes é vista

como alívio pelos profissionais, sendo o mecanismo de defesa utilizado para lidar com a morte o distanciamento emocional e o cuidado físico com o paciente. Outros achados evidenciam a necessidade de ajuda tanto psicológica quanto espiritual aos profissionais; que a morte não influencia a vida pessoal dos entrevistados; que durante a graduação ocorreram falhas relacionadas ao conhecimento dos estágios da morte e a prática clínica, dificultando o reconhecimento desses estágios. Conclui-se que é necessário a inclusão do tema morte e morrer nos currículos de graduação, assim como a formação prática concomitante com a teoria em relação à morte. (ALVES, 2015, p. 6).

**Palavras-chave:** morte; câncer; oncologia; profissionais; serviço hospitalar de oncologia.

### **Metodologia:**

Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Os participantes foram 13 profissionais de nível superior e técnico do Hospital Oncológico do município de Cacoal – RO. Desses, 11 são profissionais de nível superior (dois médicos, sete enfermeiros, um psicólogo e um fisioterapeuta) e dois são profissionais de nível técnico (técnicos de enfermagem).

O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, o roteiro abordou questões como o significado da morte e do morrer para os profissionais; os mecanismos utilizados para lidar com a morte no cotidiano, o conhecimento dos diferentes estágios da morte vivenciados pelos pacientes e a influência da morte na vida profissional e pessoal dos profissionais.

Para análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo. Foram identificadas cinco áreas temáticas, que respondem aos objetivos específicos da pesquisa: o significado da morte e do morrer para os profissionais; os mecanismos utilizados para lidar com a morte; o conhecimento sobre os estágios da morte; a influência da morte na vida profissional e pessoal dos participantes e o tema morte e morrer nos currículos de graduação.

### **Resultados:**

A autora evidenciou com os dados coletados que a morte é considerada como algo natural, apesar de estar envolta em sofrimento, dor e tristeza e, por esse motivo apresentada como alívio pelos profissionais. Os profissionais não puderam discutir e refletir sobre a perda de pacientes, durante o curso de graduação, o que pode gerar

o distanciamento dos pacientes como um mecanismo utilizado para lidar com a morte.

Os dados apontaram para a necessidade de atendimento e de acompanhamento psicológico para os profissionais por parte da instituição. Também sugerem a inclusão e/ou aprofundamento da temática morte-morrer nos cursos de graduação das áreas da saúde e humanas, com vistas à qualificação do cuidado aos pacientes e aos familiares.

### **15ª - Morte nos cuidados paliativos: representações sociais da equipe multidisciplinar.**

**Autor (a):** Juliana Batista Fitaroni – Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Possui a Formação em Psicologia Clínica na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), teoria desenvolvida por Carl Rogers, no Centro Catarinense de Psicologia Humanista. Psicóloga formada pela Universidade Federal de Mato Grosso, campus Cuiabá. É professora do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande, atuando também como Supervisora do Estágio Supervisionado Básico em Fundamentos da Prática Clínica - Abordagem Centrada na Pessoa. Temas de interesse: Abordagem Centrada na Pessoa; Psicologia Humanista; Psicoterapia experiencial; Ludoterapia; Morte; Cuidados Paliativos; Perdas e Luto; Psicologia Social; Representações Sociais (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Orientador (a):** Prof. Dra. Andréa Barbara S. Bousfield – Professora Associada I do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Possui graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Pelotas (2000), mestrado (2004) e doutorado (2007) em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social, atuando principalmente nos seguintes temas: AIDS, risco, doenças crônicas e representações sociais. Atualmente é coordenadora do Laccos - Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (Informações coletadas da Plataforma Lattes).

**Tipo de trabalho:** Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Área de Concentração: Saúde e desenvolvimento psicológico. Linha de Pesquisa: Representações e práticas sociais relativas à saúde.

**Local da defesa e Ano:** Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2016.

### **Resumo:**

A morte é um tabu a ser desconstruído por todas as categorias profissionais, já que é etapa da vida. O objetivo do estudo foi caracterizar o conhecimento socialmente compartilhado sobre a morte por profissionais de uma equipe de Cuidados Paliativos, considerando a relação com a prática de sujeitos que lidam constantemente com o processo de morrer. Participaram da investigação 20 profissionais de uma equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos que trabalhavam há pelo menos 6 meses na equipe e que se disponibilizaram para colaborar com a pesquisa. A coleta de dados foi realizada através da utilização da entrevista individual em profundidade e um questionário sobre aspectos práticos dos cuidados paliativos. A análise dos dados empregou a análise de conteúdo do tipo categorial, com o suporte do *software* Atlas. ti, além de análise textual por meio do *software* IRAMUTEQ. Os resultados demonstraram que os participantes compreendem a morte como parte do processo de vida, mas que gera perdas. Os profissionais demonstram que trabalhar promovendo qualidade de vida ao processo de morrer é de fundamental importância e traz dignidade e conforto a essa etapa de vida, minimizando sofrimentos aos pacientes e seus familiares. Encontraram-se evidências que a representação social de morte está em transformação, pois as trocas e compartilhamentos de experiências, pautados na filosofia paliativista, com as pessoas da equipe multidisciplinar fazem com que os profissionais questionem sua forma de encarar a morte, que majoritariamente era tida como assunto tabu e causador de angústias. Assim, compreende-se que a representação social de morte para os profissionais da equipe investigada se ancora nas interpretações da realidade profissional fazendo leituras do contexto onde compartilham experiências com os colegas de equipe, pacientes e familiares. Não se encontrou representação de cuidado paliativo, pois seu significado está muito atrelado ao seu conhecimento reificado. Todavia, ao considerarem-se os aspectos práticos dos cuidados paliativos realizados na unidade pesquisada, observou-se que a prática profissional vivenciada pela equipe está de acordo com os preceitos de cuidado humanizado e promove qualidade de vida às pessoas com enfermidades fora de possibilidade de cura. Portanto, faz-se necessária a inclusão do tema da morte nos currículos dos cursos de formação e que as instituições de saúde facilitem a educação permanente como forma promotora de mudanças de atitudes e comportamentos dos profissionais junto aos seus pacientes que estão em processo de morrer. Reafirma-se assim a importância de estudos sobre as temáticas apresentadas, pois se observou que são poucas as pesquisas realizadas sobre a morte no contexto dos cuidados paliativos, estudá-las se torna cada vez mais importante para melhorar e ampliar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde em prol da implementação da filosofia paliativista e para aumentar a qualidade de vida e bem-estar durante o processo do morrer. (FITARONI, 2016, p.11-12).

**Palavras-chave:** representações sociais; morte; cuidados paliativos; equipe de saúde multidisciplinar.

### **Metodologia:**

O objetivo geral foi compreender a relação entre as representações sociais de morte e a prática profissional da equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos. Objetivos específicos: Identificar as representações sociais de morte para os profissionais; Caracterizar o significado de cuidados paliativos para os profissionais; Identificar as práticas profissionais de cuidados paliativos; Caracterizar aproximações e distanciamentos entre as representações sociais de morte e as práticas profissionais de Cuidados Paliativos.

A pesquisa é de abordagem qualitativa, de natureza exploratório-descritiva e de corte transversal. O delineamento foi do tipo estudo de casos. Realizou-se em um centro de atendimento e pesquisa em oncologia, localizado no sul do país.

A equipe de cuidados paliativos da instituição que foi o campo de pesquisa, conta com aproximadamente 38 colaboradores. Participaram do estudo 20 profissionais de saúde: 04 enfermeiras, 04 médicos (as), 04 técnicos de enfermagem, 02 farmacêuticos (as), 01 nutricionista, 01 assistente social, 01 psicóloga, 01 terapeuta ocupacional, 01 auxiliar de enfermagem e 01 fisioterapeuta.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual em profundidade, semidiretiva e com a aplicação de um questionário sobre a prática dos cuidados paliativos.

A análise dos dados se efetuou em duas partes: a primeira se constituiu do material proveniente da temática morte e a segunda se realizou a partir do conteúdo do tema cuidados paliativos.

O material proveniente das entrevistas sobre a temática morte foi analisado por meio da análise de conteúdo categorial, com a ajuda do programa computacional "Atlas. ti versão 5.5", desenvolvido para a análise de dados qualitativos. Os resultados foram divididos nas seguintes categorias: Significados atribuídos à morte (Para os profissionais; Para as pessoas atendidas); Cuidado do morrer (Formas de cuidado; Aspectos marcantes no cuidado); O trabalhar com a morte (Aspectos facilitadores; Aspectos dificultadores; Mudanças pessoais).

O material coletado da temática de Cuidados Paliativos foi dividido em 02 categorias: 1) Cuidados Paliativos e sua prática; e 2) Papel do paciente e família.



Foram descritos os resultados das análises de dados textuais originados do significado de Cuidados Paliativos e das três primeiras questões norteadoras da temática prática.

**Resultados:**

A autora analisa que os profissionais compreendem a morte como parte do processo de vida e gera perdas. Trabalhar promovendo qualidade de vida ao processo morte-morrer é importante e traz dignidade e conforto, minimizando sofrimentos aos pacientes e seus familiares.

Segundo a autora, compreende-se que a representação social de morte-morte para os profissionais investigados se fundamenta nas interpretações da realidade profissional, compartilhando experiências com os colegas de equipe, pacientes e familiares.

Ainda coloca que é necessária a inclusão do tema da morte nos currículos dos cursos de formação e que as instituições de saúde facilitem a educação permanente como forma promotora de mudanças de atitudes e comportamentos dos profissionais. A autora vê a necessidade de se realizar mais pesquisas sobre Cuidados Paliativos no processo morte-morrer, pois há poucas as pesquisas relacionadas a esta temática.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Morte-morrer se tornou objeto de novas práticas, com o surgimento de novas instituições e serviços voltados aos cuidados do doente terminal. O modelo da “boa morte” começa a ser divulgado na sociedade; este se expandiu, sobretudo em consequência do prolongamento do morrer, o que está atrelado à maior expectativa de vida da população.

Ao ser apropriada como objeto da tecnologia, das ciências e do mercado a morte passou a ser do domínio dos saberes e controles que regem a vida. A necessidade de promover a vida possibilitou a emergência de uma série de saberes, práticas e tecnologias para o controle e administração dos corpos e das populações.

Cuidados Paliativos é um conjunto de atos multiprofissionais que tem por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude, isto é, quando a morte dele se aproxima. A família é também abraçada pela equipe multiprofissional, pois ela compartilha do sofrimento do paciente.

Há um dilema na definição da prática dos cuidados paliativos, que consiste em um estágio da assistência ou amplia-se como um modo de cuidar de qualquer doença e doente, como se propõe. Conforme o período final da vida se constitui como questão médica, acaba resultando em uma medicalização do morrer. O Cuidado Paliativo está associado ao cuidado da dor, incluindo a administração de analgésicos.

Considerando que neste estudo o nosso objetivo maior foi o de levantar dados da literatura científica tendo em vista as representações sociais sobre a morte e o morrer para profissionais de saúde em cuidados paliativos, nos serviços de oncologias do Brasil, o tema foi localizado em 15 pesquisas, sendo 14 dissertações e 01 tese, no período de 2007 a 2017, tendo maior concentração em 2013 e 2015.

Tivemos um número maior de pesquisas na região sudeste, podendo justificá-lo por uma maior concentração de universidades nesta região. Quanto a formação acadêmica dos autores, vimos que a Psicologia está à frente, seguida pela Enfermagem.

Vimos que a distribuição dos trabalhos analisados quanto aos programas de pós-graduação e universidades em que foram desenvolvidos se concentravam mais nos programas da área da saúde. Morte e Cuidados Paliativos foram as palavras-chave mais utilizadas nas pesquisas analisadas.

A abordagem qualitativa foi a mais empregada, sendo que a técnica/instrumento mais empregada consistiu na entrevista. A principal técnica de análise de dados aplicada foi a análise de conteúdo.

Quando se fala em morte-morrer, os sentimentos que surgem são variados, como apresentados nas dissertações e teses analisadas; negação, medo, frustração, impotência, angústia, sofrimento, dor, entre outros. Percebemos com as pesquisas analisadas que há dificuldades de os profissionais de saúde lidarem com morte-morrer.

Isso vai de encontro com o que Kovács (2008) expôs, o fato de muitas pessoas evitarem falar de morte-morrer; em situação de morte tentam uma busca pela morte (suicídio, eutanásia etc.) ou um prolongamento da morte (uso das ciências médicas). As pessoas estão constantemente censurando morte-morrer, seja em busca de prolongamentos, seja a partir do evitar tal assunto, ou ainda, ocultar casos de doenças terminais do paciente ou de familiares.

Com todo o material levantado fundamentamos que há uma necessidade da produção e publicação de mais estudos sobre a temática da morte-morrer em cuidados paliativos nos serviços de oncologia. As pesquisas analisadas apontam uma necessidade da introdução de uma visão crítico-reflexiva para o processo morte-morrer na formação acadêmica, para que haja uma mudança no olhar/pensar de que morte-morrer é sinônimo de fracasso e frustração para os profissionais.

Essa questão é discutida por Kovács (2005, p. 494-495), que escreve sobre a importância de se educar para a morte em todos os níveis, inclusive sobre a preparação dos profissionais de saúde para saberem como lidar com o processo morte-morrer.

A diferença entre as pessoas em geral e os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, psicólogos é que, na vida destes, a morte faz parte do cotidiano, tornando-se companheira de trabalho. Doenças com prognósticos reservados trazem uma ameaça à vida e um aceno à morte.

Os profissionais de saúde, na sua formação, deveriam ter a possibilidade de uma educação para a morte, preparar-se para lidar com a morte daqueles que estão sob seus cuidados.

Segundo esta autora, o estudo morte-morrer deve envolver comunicação, relacionamentos, perdas, situações-limite, perda de pessoas significativas, doenças, acidentes, até o confronto com a própria morte (KOVÁCS, 2005).

As pesquisas nesta temática têm sido escassas, sendo que sua abordagem na formação acadêmica pode ser considerada poucas. Não há uma abordagem durante a graduação e o estágio supervisionado, vindo os profissionais a trabalhar com esta temática somente depois de formados, durante sua prática.

Pretendemos que nossa contribuição não se restrinja à crítica, mas promova a reflexão e contribua para a mudança de ideias e intervenções, que favoreçam a qualidade de assistência aos doentes e a capacitação e satisfação dos profissionais envolvidos.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia (GO): AB, 2000.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_. Trad. Denise Cristina de Oliveira. **As representações sociais: aspectos teóricos**. 1997a.

\_\_\_\_\_. Trad. Denise Cristina de Oliveira. **Metodologia de pesquisa das representações sociais**. 1997b.

\_\_\_\_\_. Trad. Denise Cristina de Oliveira. **Práticas Sociais, Representações**. 1997c.

\_\_\_\_\_. A organização das representações sociais: sistema central e sistema periférico. Trad. Angela M. O de Almeida, com a colaboração de Adriana Gionani e Diana Lúcia Moura Pinho. Do original: J. C. Abric. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: Guimelli, C. H. **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994.

AGAMBEN, G. **O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha (Homo Sacer III)**. São Paulo: Boitempo, 2008.

ALENCAR, S. C. S.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. L. Finitude humana e enfermagem: reflexões sobre o (des)cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba (PR): v. 7, n. 2, p. 171-180, maio/ago, 2005.

ALMEIDA, L. F.; FALCAO, E. B. M. Representação social de morte e a formação médica: a importância da UTI. **Revista brasileira de educação médica**, v. 37, n.2, p.226-234, 2013.

ALVES, C. B.; DULCI, P. L.. Quando a morte não tem mais poder: considerações sobre uma obra de Elisabeth Kübler-Ross. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 262-270, 2014.

ANADÓN, M.; MACHADO, P. B. **Reflexões teórico-metodológicas sobre representações sociais**. Salvador: UNEB, 2003.

ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/anep.php?p=oqueecuidados>> Acesso em: 10 jul. 2014.

ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Tradução Luiza Ribeiro. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989, v. 1.

ARIÈS, P. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Lisboa: Teorema, 1977.

\_\_\_\_\_. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias do gênero. **Cadernos de Pesquisa**. Campinas (SP) v.117, p.127-147, 2002.

\_\_\_\_\_. Pesquisa em representações sociais: a produção em 2003. In: MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M. (Org.). **Experiência e representação social**: questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

AYRES, J. R. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BAUMAN, Z. **A sociedade individualizada**. vidas contadas e histórias vividas. Tradução José Gradel. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BECKER, E. **A negação da morte**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v.2).

BENDASSOLLI, P. F. Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Assis: v. 14, n. 1, p. 225-240, 2001.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOLWBY, J. **Apego e perda**: tristeza e depressão. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BORGES, M. S.; MENDES, N. Vivências perante a morte: representações sociais de familiares de pacientes fora de possibilidades de cura. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte: v. 16, n. 2, p. 217-224, abr./jun, 2012.

BOSS, M. **Angústia, culpa e libertação**. São Paulo: Duas Cidades, 1977.

BOURGUIGNON, J. A. A pesquisa sobre representações Sociais no contexto do serviço social. **Revista Emancipação**. Ponta Grossa: v. 1, n. 1, p. 77-88, 2001.

\_\_\_\_\_. **A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social**. 2005. 342f. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2005.

BRASIL. Decreto-lei n. 3.643, de 23 de setembro de 1941. Institui no Departamento Nacional de Saúde o Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Nacional do Câncer e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro: 25 set. 1941.



Seção I. p. 18558. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3643-23-setembro-1941-413887-publicacaooriginal-1-pe.html> >. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) > Acesso: 18 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, DF, 2006. (Série G. Estatística e informação em saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama**: documento do consenso. Rio de Janeiro: 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. Disponível em: < <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto> > Acesso em: 12 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº2439/GM de 08 de dezembro de 2005. Política Nacional de Atenção Oncológica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 09 de dezembro 2005.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. As políticas brasileiras de Seguridade Social: saúde. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e Política Social: Crise contemporânea, questão social e serviço social. mod. 1. Brasília, DF: CFESS: ABEPSS: CEAD: UNB, 1999.

BRUSTOLIN, L. et al. **Morte**: uma abordagem para a vida. Porto Alegre: EST Edições, 2007.

CANASTRA, C. **A morte**: abordagem interdisciplinar. 2007. 171f. Dissertação (Mestrado em Bioética Teológica) - Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, 2007.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006a.

\_\_\_\_\_. **A investigação em Serviço Social**. São Paulo (SP): Veras, 2006b.

CARVALHO, V. A. A vida que há na morte. In.: BROMBERG, M. H. P. et al. **Vida e morte**: laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

CARVALHO, J. G. da S.; ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e história: um diálogo necessário. **Paidéia**. Rio de Janeiro, v. 18, p. 445-456, 2008.

CASTRO, M. M. **História do Serviço Social na América Latina**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CEBES. **Nova diretoria da ANS é contestada**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://www.cebex.org.br:80/default.asp?site\\_Acao=mostraPagina&paginaId=167&acao=exibe&blD=163](http://www.cebex.org.br:80/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=167&acao=exibe&blD=163)> Acesso em 10 de Nov. 2018.

CEZARIO, Edenise Piccoli. **A visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde de um hospital terciário e quaternário de São Paulo**. 2012. 188f. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-28082012-090710/>>. Acesso em: 13 set. 2014.

CFESS. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. revista e atualizada. Brasília: 2012.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.cressrs.org.br>>. Acesso em: 18 dez 2015.

CHIAVENATO, J. J. **A morte**: uma abordagem sociocultural. São Paulo: Moderna, 1998.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: ano 21, n. 62, p. 35-72, mar, 2000.

\_\_\_\_\_. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al.(orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF, OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

CREMESP. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: 2008.

DEMO, P. **Conhecimento moderno**: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1997.

DOISE, W. Les représentations sociales: définition d'un concept. In: DOISE, W.; PALMONARI, A. (Org.). **L'étude des représentations sociales**. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1986.

DRANE, J; PESSINI, L. **Bioética, medicina e tecnologia**: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Loyola, 2005.

EGGERS, S. A história do câncer em direção à cura. **Revista Hands**, São Paulo: v. 2, n. 10, p. 14-16, 2002.

EIZIRIK, Cláudio Laks; KAPCZINSKI, Flávio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.), **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ESTEVIÃO, A. M. R.. **O que é Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FALCÃO, E. B. M.; MENDONÇA, S. B. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. **Revista Brasileira Educação Médica**. Brasília, DF: v. 33, n. 3, p. 364-73, 2009.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FALEIROS, V. P. **Saber profissional e poder institucional**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **Estratégias em serviço social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais. In: CAPACITAÇÃO em serviço social e política social. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. mod. 3. Política Social. Brasília, DF: CFESS: ABEPSS: CEAD: UNB: 2000.

FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: JOVCHELOVITCH, S.; FRANCO, M. L.P.B. **Análise do conteúdo**. São Paulo: Líber Livros, 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, J. O. P. **Experiências e qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia na cidade de João Pessoa-PB**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo: 2011.

FERREIRA, N. S. A. **Pesquisa em leitura: um estudo dos resumos de dissertações de mestrado e teses de doutorado defendidas no Brasil: de 1980 a 1995**. 1999. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação da UNICAMP. Campinas: 1999.

\_\_\_\_\_. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade**, São Paulo, ano 23, n. 79, p.257-272, ago. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf> > Acesso em: 02 jan. 2018

FIGUEIREDO, A. M. A; TANAKA, O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo: v. 19, p. 98-105, 1996.

- FONSECA, J. P. **Luto Antecipatório**. Campinas (SP): Livro Pleno, 2004.
- FORTI, V. **Ética, crime e loucura: reflexões sobre a dimensão ética no trabalho profissional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- \_\_\_\_\_. **Do governo dos vivos: curso no Collège de France, 1979-1980**. Rio de Janeiro: Achiamé, 2010.
- FREIRE, L. M. B. **O serviço social na reestruturação produtiva: espaços, programas e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- FREITAS, A. P. P. **A morte ainda excluída do ensino médico**. Mestrado (Dissertação em Saúde) - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2005.
- FREUD, S. **Luto e melancolia**. Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1917.
- GERT, B. A complete definition of death. **Brain death**. Developments in Neurology – Amsterdam: Elsevier, n. 9, p.23-30, 1995.
- GIACOIA, J. O. **A visão da morte ao longo do tempo**. Simpósio: morte: valores e dimensões. Ribeirão Preto: v. 38, n.1, p. 13-19, 2005. Disponível em: < [http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/1\\_a\\_visao\\_morte\\_longo\\_tempo](http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/1_a_visao_morte_longo_tempo) > Acesso em: 10 out. 2013.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.
- GRELHA, P. Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida. 2009. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Universidade de Lisboa. Lisboa: 2009. Disponível em: < [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226\\_ulsd057824\\_td.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf) > Acesso em: 18 dez. 2016
- GRILLO, R. M. **Política Pública de Saúde: A Atenção Básica na detecção precoce e prevenção do câncer**. 2013. 131f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Franca: UNESP, 2013.
- GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- GUARESCHI, P. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

GUARESCHI, P. Representações sociais: alguns comentários oportunos. In: NASCIMENTOSCHULZE, C. M. (Org.). **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis: Imprensa Universitária/UFSC, 1996. (Coletâneas da ANPEPP, 10).

GUERRA, Y.; ORTIZ, F. G. Os caminhos e os frutos da “virada”: os apontamentos sobre o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. **Revista Praia Vermelha**. Rio de Janeiro: v.19, n. 2, p.123-136, 2009.

GUERREIRO, E. A Ideia de morte: do medo à libertação. **Diacrítica**. Braga: v. 28, n. 2, p.169-197, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0807-89672014000200012&script=s>> Acesso em: 19 mai. 2018.

GURGEL, W. B. A morte como questão social. **Revista Barbarói**. Santa Cruz do Sul: n. 27, p. 60-91, jul./dez. 2007.

GUTIRREZ, P. L. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo: ano 01, v. 47, n. 2, p. 92-96, 2001.

HADDAD, S. **O estado da arte das pesquisas em Educação de Jovens e Adultos no Brasil**: a produção discente da pós-graduação em educação no período 1986 – 1998. São Paulo: Ação Educativa, 2000.

HEIDEGGER, M. **El ser y el tiempo**. 218. A tradução utilizada corresponde à de L. BOFF, O cuidado necessário, 56. Para um estudo mais aprofundado sobre as fábulas ou mitos e nomeadamente sobre a fábula do cuidado ver: L. BOFF, Saber cuidar; ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. "El ser y el tiempo", 7ª ed. Tradução de J. Gaos. México: F. Cultura Economica, 1989.

HENZEZEL, M.; LELOUP, J.Y. **A arte de morrer**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

IAMAMOTO, M.V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília, n. 3, 2001.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In MOTA, A. E. (Org.) **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_\_\_\_. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 23. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2012b.

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social na cena contemporânea. In. **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

INCA. Disponível em: < [http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br) > Acesso em 16 out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Tratamento do câncer**. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento> > Acesso em: 10 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2017.

\_\_\_\_\_. Prevenção do câncer do colo do útero. Normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro: v. 49, n. 4, p. 205, 2003.

\_\_\_\_\_. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. 3. ed. Rio de Janeiro: 2008.

Instituto Oncoguia. **Tratamentos do Câncer**. Disponível em: < <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamentos/77/50/>> Acesso em: 20 jan. 2018.

JODELET, D; organizadora. **As representações sociais**. Tradução: Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. **Folie et représentations sociales**. Paris: PUF, 1989.

\_\_\_\_\_. Representações sociais: um domínio em expansão. In: (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2002, p.17-44.

\_\_\_\_\_. Representações sociais: um domínio em expansão. In (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. (Trabalho original publicado em 1989).

\_\_\_\_\_. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

JOVCHELOVITCH, S. Representações Sociais: para uma fenomenologia dos saberes sociais. **Psicologia e Sociedade**. Belo Horizonte: v. 10, n. 1, p. 54-68, 1998.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais e esfera pública**: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2000.

\_\_\_\_\_. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In Guareschi P. & Jovchelovitch, S. (Org.), **Textos em representações sociais**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

KAMEYAMA, N. A trajetória da produção de conhecimentos em Serviço Social: avanços e tendências (1995 a 1997). **Cadernos ABESS**. Diretrizes Curriculares e Pesquisa em Serviço Social, São Paulo: n. 8, p. 33-76, 1998.

KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R. **Psicologia da morte**. São Paulo: Pioneira, 1983.

KELLEHEAR, Allan. **Uma história social do morrer**. São Paulo: Ed. Unesp, 2016.

KIERKEGAARD, S. **O conceito de angústia**. São Paulo: Hemus, 1968.

KIERKEGAARD, Sören. **O desespero humano** (doença até a morte). Tradução Adolfo Casais Monteiro. P. Rio de Janeiro: Abril Cultural: Os Pensadores, 1988.

\_\_\_\_\_. **O desespero humano**. Porto: Livraria Tavares Martins, 1961.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, Ribeirão Preto: v. 18, p. 457-468, 2008.

\_\_\_\_\_. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

\_\_\_\_\_. **Educação para a morte** : desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia, ciência e profissão**. Brasília, DF: v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005.

\_\_\_\_\_. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia: USP**, São Paulo: v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003.

KOVÁCS, M. J. (Org.). **Morte e existência humana**: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

KRÜGER, T. R. Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Serviço Social & Saúde**. Campinas: v. 9, n. 10, p. 123-145, dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **O projeto ético-político nos trabalhos do Serviço Social da saúde**: um debate a meio caminho. Florianópolis: 08/2006. (Artigo apresentado no concurso para professor adjunto ao DSS/UFSC).

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

\_\_\_\_\_. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1996.

LAGACHE, D. Prefácio. In: MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

- LAPLANCHE, J. **Vida e morte em psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.
- LE BLANC, G. **Vidas ordinarias, vidas precárias**. Buenos Aires, Nueva visión, 2007.
- LIMA, C. Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos. **Medicina Interna**, Lisboa: v. 12, n. 1, p. 6-10, 2005.
- LIMA, P. V. G. A atuação do assistente social no processo de morte e morrer. 2014. 72f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Faculdade Cearense (FaC). Fortaleza: 2014.
- LOVISOLO E. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Larousse, 1993.
- LOWN, B. **A arte perdida de curar**. São Paulo: JSN, 1997.
- LÖWY, M. **Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- LUZ, M. T. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html> >. Acesso em: 20 Jul. 2013.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 15 (Supl.), p.145-176, 2005.
- MAIA, H. F.; SOUSA, C. S.; OLIVEIRA, K. G. F. Os debates ancestrais e atuais acerca do que é saúde e a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: contribuições para compreensão das possibilidades de uma Política Nacional de Saúde Funcional. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira: v. 1, n. 1, p. 53-63, 2011.
- MARANHÃO, J. L. S. **O que é morte**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- MARCONDES, W. B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: v.1, n. 1, p. 5-13, 2014.
- MARTIN, L. M. **A ética médica diante do paciente terminal**. São Paulo: Santuário, 1993.
- MARTINELLI, M. L. Serviço social em hospital-escola: um espaço diferenciado de ação profissional. **Serviço Social & Saúde**. Campinas: n. 1, p.1-11, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Serviço social: identidade e alienação**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- MARTINS, A. A. Consciência de finitude, sofrimento e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 04, n. 53, p. 174–178, abr/jun. 2007



MELO, R. M. B. **Estudo econômico-financeiro da Agência Nacional de Saúde Suplementar para o equilíbrio da função de órgão regulador**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2004.

MENDES, J. M. R.; ALMEIDA, B. L. F. As recentes tendências da pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 640-661, out./dez. 2014.

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M.. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Revista da SPBH**, Rio de Janeiro, v.12, n. 1, 2009.

MENEZES, R. A. Tecnologia e “Morte Natural”: o morrer na contemporaneidade. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v. 13, p.129- 147, 2003.

MCNAMARA, B. A good enough death? In: PETERSEN, A.; WADDELL, C. **A sociology of illness, prevention and care**. 2. ed. Buckingham: Open University Press, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORIN, E. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Publicações Europa – América, 2. ed., 1976.

\_\_\_\_\_. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

MOSCOVICI, S. **Psicologia social**. Barcelona: Paidós, 1985.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. **Comunicação apresentada ao Colóquio sobre as representações sociais**. Paris: EHESS, 8-10 jan. 1979.

\_\_\_\_\_. Notes towards a description of Social Representations. **European Journal of Social Psychology**, Reino Unido, n. 18, p.211-250, 1988.

\_\_\_\_\_. **A representação social da psicanálise**. Tradução CABRAL, A. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_. **Representações Sociais: investigação em psicologia social**. Petrópolis : Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. Das representações coletivas às representações sociais: elementos de uma história. In: JODELET, D. (Org.), Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 45-66, 2001.

MOSCOVICI, S.; MARKOVA, I. Presenting social representations: a conversation. **Culture & Society**, Londres, v. 4, n. 3, p.371-410, 1998.

MOURÃO, A. M. A. et al . A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal: o projeto das residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social & Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

NASCIMENTO, A. Contexto histórico: a pré-constituente da saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Relatório**. Brasília, DF: RADIS: ENSP: FIOCRUZ, 1986. Disponível em: < <http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/leitura/Relatorio-VIII%20CNS.pdf> > Acesso em: 10 jul. 2011.

NEGREIROS, M. A. **As representações sociais da profissão de serviço social**. Lisboa: ISSSL/Departamento Editorial, 1995.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: CAPACITAÇÃO em serviço social e política social. mod. 1. Brasília, DF: CEAD: ABEPSS: CFESS: 1999.

NOGUEIRA, D. de O.; SARRETA, F. de O. A inserção do assistente social na saúde: desafios atuais. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: < <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/13/130a0812-1065-4c0b-9ab2-41a70858af1d.pdf> > Acesso em: 15 dez. 2017.

OLIVEIRA, C. R. **Imaginários e representações da morte: caminhando sobre o fio da navalha**. 2008. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca: 2008.

OMS. Genebra, 2010. Disponível em: < <http://www.who.int/en/> > Acesso em: 12 jun. 2010.

OPAS. Washington, 2010. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/> > Acesso em: 10 mar. 2010

\_\_\_\_\_. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata: 1978. Disponível em: < <http://www.afro.who.int/pt/centromedia/eventos/details/197.html> > Acesso em: 16 set. 2010.

OPAS:OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata: 1978. Disponível em: < <http://brasil.campusvirtualsp.org/node/180975> > Acesso em: 25 nov. 2011.

ORTIZ, F. G. **O Serviço Social no Brasil: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes**. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

OTTO, S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2009.

PARADA, R.; ASSIS, M.; SILVA, R. C. F.; ABREU, M. F.; SILVA, M. A. F. S.; DIAS, M. B. K.; TOMAZELLI, J. G. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, 199-206, 2008.

PEIXOTO, A.P. **Cuidados paliativos**. Belo Horizonte: 2004. Acesso em: Jul. 2013. Disponível em: <  
[http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20%20generalidade s.pdf](http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20%20generalidade%20s.pdf) > Acesso em: 05 nov. 2018.

PERES, L. A. **Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil**. Campinas: 2008. Disponível em: <  
<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html> > Acesso em: 20 mar. 2011.

PESSINI, L. O Desenvolvimento da bioética na América Latina. In: \_\_\_\_\_; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

\_\_\_\_\_. **Distanásia: até quando investigar sem agredir?** Bioética. São Paulo: Aparecida, 1996.

\_\_\_\_\_. Bioética, Envelhecimento Humano e Dignidade no Adeus à Vida. In: FREITAS, E. V. (et al). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, pp. 154 a 16

PILLÃO, D. **A pesquisa no âmbito das relações didáticas entre matemática e música: Estado da Arte**. 2009, 109f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação - Universidade de São Paulo. São Paulo: 2009.

PNAS – Brasília, DF: 2005. Disponível em: <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_oncologica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf) > Acesso em: 04 mar. 2013.

POTTER, V. R. **Bioethics: bridge to the future**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.

PRATES, J. C. A produção de conhecimentos e a contribuição dos periódicos para o amadurecimento teórico do Serviço Social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre: v. 12, n. 2, p. 213-220, jul./dez. 2013.

RAMONDETTA, L. M.; SILLS, D. Spirituality and Religion in the “Art of Dying”. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria (EUA): v. 21, n. 23, 4460-4462, 2003.

RAMOS, R. A. **As representações sociais sobre a prática profissional do assistente social nos centros de atenção psicossocial no Ceará**. 2003. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - UFPE/Programa de Pós- Graduação em Serviço Social. Recife: 2003.

RANDO, T.A. **Treatment of Complicated Mourning**. Michigan: Research Press, 1993.

RAVAGNANI, C. L. C. **A frente nacional contra a privatização da saúde: direito garantido não se compra, não se vende**. 2013, 247f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Franca: 2013.

REICH, W.T. *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd ed. New York: MacMillan, 1995.

REIS, S. L. A.; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum: Human and Social Sciences**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

RODRIGUES, J.C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

ROMANOWSKI, J. P.; ENS, R. T.. As pesquisas denominadas do tipo "Estado da Arte" em educação. **Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 6, n. 19, p. 37-50, set./dez. 2006.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec: Ed. UNESP, 1994.

ROTH, P. **Homem comum**. Tradução de Paulo Henriques Britto. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SÁ, C. P. **Núcleo central de representações sociais**. Petrópolis (SP): Vozes, 1996.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social**, São Paulo, Brasiliense, cap. 1, p. 19-45, 1995.

SANTOS, M. S. R. **O sentido da perda na cidade**. João Pessoa: 2000. Disponível em: < <http://www.cchla.ufpb.br/paraiwa/00santos> > Acesso em 08 out. 2013.

SANTOS, C. F. A atuação de assistente social em cuidados paliativos. In: F. MTA (Org.). **Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia**. São Paulo: Unifesp, 2006.

SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. A construção do trabalho em equipe do Serviço Social no SUS de Franca/SP. **Interdisciplinaridade: integração entre saberes e práticas**. Franca: UNESP, 2006.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. 2009, 233f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho". Franca: 2009.

SARMENTO, F. I. G. **Representação social da morte e do morrer de recém-nascidos para uma equipe multidisciplinar de terapia intensiva neonatal**. 2013. Dissertação - UFPE. Recife: 2013.

SCHRAMM, F.R. Bioética para quê? **Revista Camiliana da Saúde**, Rio de Janeiro, ano 1, v. 1, n. 2, p. 14 - 21, jul./dez.2002.

SCOTT, J.; WINK, P. Does Religiousness buffer against the fear of death and dying in the late adulthood? Findings from a longitudinal study. **The Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences**, Oxford, v. 60B, n. 4, 207-214, 2005.

SETÚBAL, A. A. **Pesquisa em Serviço Social: utopia e realidade**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa em Serviço Social: utopia e realidade**. São Paulo: Cortez, 1995.

SETÚBAL, H. C. R. **O cuidado e a ética do cuidado: um diálogo entre Leonardo Boff, Carol Gilligan e Nel Noddings**. 2009. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: 2009.

SILVA, E. P; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 504-8, 2008.

SILVA, M. O. S.; CARVALHO, D. B. B. A pós-graduação e a produção de conhecimento no Serviço Social brasileiro. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 4, n. 8, p. 192-216, 2007.

SILVA, M. O. S. (Coord.). **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, C. P. A morte interdita: o discurso da morte na História e no documentário. **Doc On-line**, Covilhã, n. 7, p. 17-28, dez. 2009.

SOUZA, M. B. **A morte esperada**. Florianópolis: 2002. Disponível em: < <http://www.jornalismo.ufsc.br/redealcar/cd3/jornal/mirellabravodesouza> > Acesso em: 3 set. 2013.

SOUZA, D. B. **Representações sociais sobre indisciplina em sala de aula dos professores iniciantes da rede municipal de Presidente Prudente-SP: implicações para a formação inicial**. 2005. Dissertação - Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Presidente Prudente: 2005.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**, 11. ed., Petrópolis: Vozes, 2009.

SPOSATI, A. Pesquisa e produção de conhecimento no campo do Serviço Social. **Katálysis**, Florianópolis, n. 10, p. 15-25, 2007.

SPOSITO, M. P. Juventude e escolarização: uma análise da produção de conhecimentos. **Estado do Conhecimento**. Brasília, DF: MEC/INEP, 2002.

STEDFORD, A. **Encarando a morte**: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Averil Stedeford; tradução Silvia Ribeiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

TAKAHASHI, C. B.; et al. Morte: percepção e sentimentos de acadêmicos de enfermagem. **Arquivos de ciências da Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 132-138, jul.-set. 2008.

TEIXEIRA, L. A. O Câncer na Mira da Medicina Brasileira. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 104-117 2009.

\_\_\_\_\_. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, supl.1, p.13-31, 2010.

VALA, J. Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Org.), **Psicologia social**. 2. ed. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1996.

VARGAS, J. D. **História das políticas públicas de saúde no Brasil**: revisão da literatura. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < [http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC\\_2008\\_CFO\\_PDF/CD52%201%BA%20Ten%20AI%20JEFERSON%20DUTRA%20DE%20VARGAS.pdf](http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD52%201%BA%20Ten%20AI%20JEFERSON%20DUTRA%20DE%20VARGAS.pdf) > Acesso em: 30 jan. 2011.

VERDADE, M. M. Ecologia Mental da Morte. Um novo olhar, uma nova escuta, para psicologia da morte. In: KOVÁCS, M.J. (Coord.) **Fundamentos de psicologia morte e existência humana**: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

VILAR, M. **Luto e Morte**: uma pequena revisão bibliográfica. João Pessoa: 2000. Disponível em: < <http://www.cchla.ufpb.br/caos/01-vilar.htm-25> > Acesso em: 18 set. 2006

WAGNER, W. Descrição, explicação e método em pesquisa das Representações Sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Texto em Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

WALDOW, V. R.. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WALTER, Tony. Historical and cultural variants on the good death. **BMJ**, Reading, v. 327, p. 218-220, 2003.

WINK, Paul. Who is afraid of death? Religiousness, spirituality, and death anxiety. **Journal of Religion Spirituality and Aging**, Londres, v. 18, n. 2, p. 93-110, 2006.

WHO. **The World Health Report 1998: life in the 21st century a vision for all**. Geneva, 1998.

\_\_\_\_\_. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Genebra, 2002.

ZIEGLER, Jean. **Os vivos e a morte**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

ZORZO, J. C. C. O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade Federal de São Paulo. Ribeirão Preto: 2004.

#### **Referências da literatura científica analisada:**

1ª - ALMEIDA, M. J. A. D. **O Sentido da vida perante o morrer: a visão dos profissionais que lidam com doentes oncológicos**. 2007. 137f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2007.

2ª - LIMA, D. M. **Enfrentamento de situações de morte e morrer: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu preparo**. 2007. 95f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe. Aracaju: 2007.

3ª - SANTOS, J. L. dos. **Revisão documental da literatura científica sobre educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem**. 2009. 63f. Dissertação (mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 2009.

4ª - IHA, V. L. **O cuidado na morte: as concepções da equipe da hospedaria de cuidados paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM**. 2009. 124f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: 2011.

5ª - ARECO, N. M. **Cuidados paliativos: a vivência de profissionais de uma equipe interdisciplinar na assistência a crianças e adolescentes com câncer**. 2011. 140f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 2011.

6ª - SÁ, L. M. **Reflexões sobre o morte: a experiência do setor de oncologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**. 2013. 58f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia: 2013.

7ª - LIMA, S. F. **Significados de ser enfermeiro que cuida de pacientes oncológicos na fase terminal em hospital especializado**. 2013. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Maranhão, São Luis: 2013.

8ª - KAPPAUN, N. R. C. **Assistência em cuidados paliativos: o trabalho em saúde no lidar com o processo de morrer**. 2013. 71f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: 2013.

9ª - BRAZ, M. S. **Prevenção de luto complicado em cuidados paliativos: percepções dos profissionais de saúde acerca de suas contribuições nesse processo**. 2013. 92. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: 2013.

10ª - BASTOS, A. C. S. B. **Significados de cuidados paliativos narrados pela equipe de saúde na Oncologia Pediátrica**. 2014, 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2014.

11ª - TAVARES, T. A. N. R. **A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de cuidados paliativos: uma revisão integrativa**. 2014. 56f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Fortaleza. Fortaleza: 2014.

12ª - SILVAa, D. de S. **A perspectiva dos cuidados paliativos e a questão do morrer no contemporâneo**. 2015. 98f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão: 2015.

13ª - SILVAb, G. de F. **Cuidados Paliativos e Subjetividade: ações educativas sobre a vida e o morrer**. 2015. 234f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de Brasília. Brasília, DF: 2015.

14ª - ALVES, G. C. M. **A percepção de profissionais de um hospital oncológico sobre a morte e o morrer**. 2015. 77f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Luterana Do Brasil. Canoas: 2015.

15ª - FITARONI, J. B. **Morte nos cuidados paliativos: representações sociais da equipe multidisciplinar**. 2016. 125f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2016.

#### **Sites pesquisados:**

PEREIRA, M. L. S. **Os Precursores e Pioneiros do Serviço Social**. Leiria: 2013. Disponível em: < <http://www.miluzinha.com/wp-content/uploads/2011/12/Os-Precursores-do-Servi%C3%A7o-Social.pdf> > Acesso em: 20 mar. 2018.

FRAZÃO, D. **Karl Marx**. Matosinhos: 2018. Disponível em: < [https://www.ebiografia.com/karl\\_marx/](https://www.ebiografia.com/karl_marx/) > Acesso em: 10 fev. 2018.



ANCP. **Cuidados paliativos**: história dos cuidados paliativos. São Paulo: 2017. Disponível em: < <http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos/> > Acesso em: mar. 2018.

OBORÉ. **Morre prof. Marco Tullio, pioneiro dos Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo: 2013. Disponível em: < <http://www.obore.com.br/acontece/Integra.asp?cd=1815> > Acesso em: 02 abr. 2018.

MACIEL, M. G. S. **Maria Goretti Sales Maciel**. São Paulo: 2018. Disponível em: < <https://www.escavador.com/sobre/4438087/maria-goretti-sales-maciel> > Acesso em: 02 abr. 2018.

MATSUMOTO, D. Y. **Dalva Yukie Matsumoto**. São Paulo: 2018. Disponível em: < <https://www.escavador.com/sobre/3026153/dalva-yukie-matsumoto> > Acesso em: 02 abr. 2018.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Tratamentos do câncer**. São Paulo: 2013. Disponível em: < [www.oncoquia.org.br/conteudo/tratamentos/77/50/](http://www.oncoquia.org.br/conteudo/tratamentos/77/50/) > Acesso em: 02 fev. 2018.

PADILHA, A et al. **Significado de Egocêntrico**. Porto: 2013. Disponível em: < <https://www.significados.com.br/egocentrico/> > Acesso em: 05 mar. 2018.

NASCIMENTO, C. **Saiba como a morte é vista em diferentes religiões e doutrinas**. 325 ed. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: < <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG65777-5856,00-SAIBA+COMO+A+MORTE+E+VISTA+EM+DIFERENTES+RELIGIOES+E+DOUTRINAS.html> > Acesso em 06 de fev. 2018.

ALLOCINÉ. **O escafandro e a borboleta**. Paris: 2008. Disponível em: < <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-119032/> > Acesso em 12 de mar. 2018.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A

### Protocolo de obtenção dos dados

**Tabela 1:** Dados quantitativos das dissertações e teses

01	Frequência de dissertações e teses
02	Ano de defesa
03	Local de defesa (cidade)
04	Local de defesa (região)
05	Formação acadêmica dos autores
06	Programa de pós-graduação e universidade
07	Palavras-chave
08	Objetivo geral
09	Abordagem utilizada na pesquisa
10	Técnicas/Instrumentos de coleta de dados
11	Técnica de análise dos dados
12	Categoria dos sujeitos pesquisados
13	Resultados das análises dos dados divididos em categorias

**Quadro 1:** Dados qualitativos das dissertações e teses

01	Título da dissertação e tese
02	Nome do autor (a) / Dados Plataforma Lattes
03	Nome do orientador (a) / Dados Plataforma Lattes
04	Nome do coorientador (a) / Dados Plataforma Lattes
05	Tipo de trabalho
06	Local da defesa e Ano
07	Resumo
08	Palavras-chave
09	Metodologia
10	Resultados