



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO - AGEUFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO

**UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE A MORTE E O MORRER NO CONTEXTO DA UTI**

São Luís

2025

JAMILLE FONTES LEITE BOTELHO

**UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE A MORTE E O MORRER NO CONTEXTO DA UTI**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (PPGPSI), como pré-requisito para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Avaliação e Clínica Psicológica

Orientadora: Prof^{fa}. Dr^a. Dayse Marinho Martins

São Luís

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Botelho, Jamille Fontes Leite.

UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE SOBRE A MORTE E O MORRER NO CONTEXTO DA UTI /
Jamille Fontes Leite Botelho. - 2025.

97 f.

Orientador(a): Dayse Marinho Martins.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação
em Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís - Maranhão, 2025.

1. Psicologia da Saúde. 2. Morte. 3. Fenomenologia.
I. Martins, Dayse Marinho. II. Título.

**UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE A MORTE E O MORRER NO CONTEXTO DA UTI**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia (PPGPSI), da
Universidade Federal do
Maranhão (UFMA) para obtenção
do título de Mestra em Psicologia

Dissertação defendida e aprovada em _____

Pela Comissão Examinadora, constituída pelos seguintes professores:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Dayse Marinho Martins (ORIENTADORA)

Doutora em Políticas Públicas e Doutora em História
Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

**Prof.^a Dra. Valéria Christine Albuquerque de Sá
Matos (EXTERNA)**

Doutora em Psicologia
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)

Prof. Dr. Carlos Santos Leal PPGPSI/ UFMA

Doutor em Educação, Arte e História da Cultura
Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

**Prof. Dr. Carlos Wellington Soares Martins - PPGPSI/UFMA -
SUPLENTE**

Doutor em Políticas Públicas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

AGRADECIMENTOS

Acredito que agradecer é um ato de reconhecimento e honra a quem, por gentileza e amor, disponibilizou a mim uma parte sua. Após essa jornada que se finda, quero manifestar minha imensurável gratidão a quem esteve ao meu lado nesse percurso.

A Deus, com fé, sou grata pela minha existência, pela sua soberania em minha vida e pela sua infinita misericórdia. Agradeço pôr em cada oração me direcionar no percurso dessa jornada, me sustentando com força e energia, quando por mim mesma, elas não existiram. E por abrir as portas para oportunidades únicas na minha trajetória profissional. Deem graças ao Senhor porque Ele é bom e o seu amor dura para sempre (Salmos 107:1).

Agradeço ao meu esposo, Luís Botelho, que me apoiou e incentivou, buscando ser paciente e amoroso nas minhas ausências, devido tantos compromissos nessa jornada. Há ele, que diante da minha argumentação que não iria me inscrever no mestrado devido ao pouco tempo para finalização do prazo de submissão do projeto de pesquisa, me olhou e indagou “e você não consegue?”, sendo a minha mola propulsora. Há ele, que preparava o meu café da manhã enquanto me arrumava nas manhãs e enfrentou chatos engarrafamentos para me levar a Universidade, meu muito obrigada por todo cuidado.

Aos meus pais, Henrique e Jacilene Leite, sinto que tudo que fale ainda será pouco para agradecer por tanto. Tive o privilégio de nascer em um lar seguro, amoroso, com pais que incentivaram a minha autenticidade, que me amaram em todos os momentos, que acolheram minhas falhas e fizeram eu enxergar as potencialidades que haviam em mim. Pais incansáveis, disponíveis, amorosos e cuidadosos. Eles são um solo firme e frutífero para minha vida, e a certeza de amor incondicional.

Agradeço aos meus familiares, meu irmão e sobrinho, avôs e avós (em memória), tios e tias, primos e primas, sogro e sogra, cunhadas, por cada um, ao seu modo, serem presentes em minha vida.

Aos colegas de trabalho, em especial Monique Sales e Karoline Almeida que se disponibilizaram a me ajudar trocando todos os plantões que

eram compatíveis com os compromissos do mestrado, sou extremamente grata.

Aos amigos que fiz nessa trajetória do mestrado, Carlos André, Marcio, Verônica, Danielle, que dividiram a rotina de estudos, trabalhos, almoços no restaurante universitário, risos e angústias coletivas. Em especial a Brenda Cardoso e Rayana Souza que unidas vencemos!

A minha orientadora Dayse Marinho Martins, pela disponibilidade, flexibilidade, incentivo para produções acadêmicas, compreensão e orientações com cuidado. Agradeço pelo tempo dedicado à minha orientação.

Agradeço à Universidade Federal do Maranhão, bem como ao Programa de Pós-graduação em Psicologia e a todos seus professores e funcionários.

*Dedico este trabalho a todos
os profissionais da saúde que
se implicam com ética, amor e
zelo no cuidado aos sujeitos*

*“O sofrimento só é
intolerável quando
ninguém cuida”*

Cicely Saunders

RESUMO

A morte é um evento inevitável e inerente à vida. Ao longo da história, sua percepção e vivência variaram, mas, atualmente, com os avanços médicos e tecnológicos, ela ocorre principalmente em hospitais, especialmente em UTIs. Para a equipe de saúde, lidar com a terminalidade dos pacientes é uma realidade cotidiana. O presente estudo teve como objetivo analisar como os profissionais de saúde vivenciam a morte e o morrer dos pacientes no contexto da UTI, buscando-se especificamente identificar os modos e estruturas da abordagem sobre a morte na sociedade ocidental e descrever o sentido de mundo da vida na perspectiva da fenomenologia husserliana. Para tanto, caracterizou-se o contexto da UTI e o perfil sociodemográfico dos profissionais participantes descrevendo o seu mundo da vida. De tal modo, buscou-se reconhecer o sentido atribuído a morte e o morrer para os profissionais da equipe multiprofissional da UTI. Caracteriza um estudo qualitativo, empírico não-experimental, de orientação fenomenológica husserliana, com isso, o método se pautou na redução fenomenológica. A pesquisa foi realizada na UTI Geral do Hospital Universitário do Maranhão da Universidade Federal do Maranhão, Unidade Presidente Dutra. Participaram 11 (onze) profissionais de saúde da equipe multiprofissional, sendo utilizada uma entrevista semiestrutura, operacionalizada por meio da escuta suspensiva. Os dados coletados foram analisados a partir do método fenomenológico de Husserl. Realizou-se uma análise intencional dos relatos das vivências dos participantes evidenciando as essências: ser profissional da saúde é cuidar; falando sobre a morte: processo profundo e difícil; a dimensão da religiosidade e espiritualidade da morte; a morte naturalizada; a morte sentida e a morte como minimização do sofrimento. Todas estas essências descreveram os fenômenos emergentes que atravessavam o mundo da vida dos participantes. Assim, percebeu-se que independente da categoria profissional e das variações em conteúdos nos relatos dos participantes, o sentido da morte e do morrer dos pacientes confluíram para mesmo núcleo comum relacionado ao mundo da vida.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde; Morte; Fenomenologia.

ABSTRACT

Death is an inevitable event inherent to life. Throughout history, its perception and experience have varied; however, nowadays, with medical and technological advancements, death occurs mainly in hospitals, especially in Intensive Care Units (ICUs). For the healthcare team, dealing with patients' end-of-life processes is a daily reality. This study aimed to analyze how healthcare professionals experience the death and dying of patients within the ICU context, specifically seeking to identify the modes and structures through which death is approached in Western society and to describe the meaning of the life-world from the perspective of Husserlian phenomenology. To achieve this, the ICU context and the sociodemographic profile of the participating professionals were characterized, describing their life-world. The study sought to understand the meaning attributed to death and dying by the ICU's multidisciplinary team professionals. It is a qualitative, empirical, non-experimental study, grounded in Husserlian phenomenological orientation. The method was based on phenomenological reduction. The research was conducted in the General ICU of the University Hospital of Maranhão at the Federal University of Maranhão, Presidente Dutra Unit. Eleven (11) healthcare professionals from the multidisciplinary team participated, and semi-structured interviews were conducted using the technique of suspended listening. The collected data were analyzed through Husserl's phenomenological method. An intentional analysis of the participants' lived experiences was carried out, revealing the following essences: being a healthcare professional means caring; talking about death: a deep and difficult process; the dimension of religiosity and spirituality in death; naturalized death; felt death; and death as the minimization of suffering. All these essences described the emerging phenomena that traversed the participants' life-world. Thus, it was observed that, regardless of professional category and the variation in the content of the participants' reports, the meaning of death and dying converged toward a common core related to the life-world.

Keywords: Health Psychology; Death; Phenomenology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
PPGPSI	Programa de Pós-Graduação em Psicologia
SINCEP	Sindicado dos Cemitérios e Crematórios Particulares do Brasil
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - O julgamento da deusa Maat	20
Figura 2 - Igreja de Nossa Senhora da Conceição dos Capuchinhos.....	23
Figura 3 - UTI Adulto: salão com leitos compartilhados	45
Tabela 1 - Caracterização dos participantes	45
Tabela 2 – Título das essências do fenômeno	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14

2 HISTÓRIA DA MORTE E DO MORRER NA SOCIEDADE OCIDENTAL 18

3 DESCREVENDO O SENTIDO DE MUNDO-DA-VIDA NA PERSPECTIVA DA FENOMENOLOGIA HUSSERLIANA 32

4 METODOLOGIA 39

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES..... 43

 5.1 Redução eidética – chegando as essências do fenômeno 46

 5.2 Redução Transcendental – As essências para minha consciência enquanto pesquisadora..... 60

6 CONCLUSÃO 66

REFERÊNCIAS..... 70

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada..... 75

APÊNDICE B - Questionário Estruturado..... 76

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 77

APÊNDICE D - Termo de autorização para uso de imagem e voz - Pessoa maior de 18 anos 79

APÊNDICE E – Quadros para chegar às essências 80

ANEXO A – Carta de anuência HUUFMA..... 93

ANEXO B - Parecer consubstanciado do Cep 94

1 INTRODUÇÃO

A morte é um fato inevitável e inerente ao curso da vida do ser vivo. Ela faz parte do desenvolvimento humano e o acompanha no seu ciclo vital. Apesar de ser um evento previsto na vida de qualquer sujeito, a cultura ocidental a considera como um tabu devendo ser evitada e excluída das conversas cotidianas.

Do ponto de vista histórico a morte não foi sempre vista dessa maneira. De acordo com Ariès (2012) na Idade Média, a morte era percebida como um fenômeno natural, ocorrendo no ambiente familiar, como uma cerimônia pública, em um ritual compartilhado por toda a família envolvendo aspectos religiosos. Ninguém morria só, a morte era um momento de celebração e momento máximo do convívio social. Todos deveriam acompanhar a passagem do moribundo para o além, inclusive as crianças.

A partir do século XX, com o desenvolvimento da urbanização, científico e a implantação de novas tecnologias de suporte à vida, houve a contribuição para que a mesma ocorresse nos hospitais. A morte então passa a ser um fenômeno técnico, considerando principalmente o enfoque biológico desta (Ariès, 2012).

Os profissionais de saúde passam a vivenciar o processo de morte e morrer dos pacientes com mais frequência, assim como, passam a ser um personagem central no cuidado a pessoa com adoecimento. No contexto hospitalar, em destaque a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com o incremento tecnológico crescente e a manutenção da vida de modo mecânico por meio do uso de equipamentos e tratamentos cada vez mais complexos e custosos, a ideia da morte ou mesmo a discussão sobre terminalidade ficaram cada vez mais afastadas e banidas (Monteiro, 2015). Contudo, diariamente os profissionais de saúde deparam-se com situações relativas à morte, ao morrer e ao sofrimento humano.

A morte é uma realidade no contexto da terapia intensiva. Esta unidade destina-se ao atendimento de pacientes graves ou com risco de morte, que requerem assistência especializada, monitorização contínua, englobando recursos humanos qualificados e aparatos tecnológicos avançados e sofisticados.

De acordo com Monteiro (2015) entre 15 e 35% dos pacientes admitidos na UTI morrem durante a internação. E embora presente no cotidiano do hospital, a morte é um fenômeno que provoca estranheza para a equipe e, portanto, não é vivida de forma natural (Kovács, 2010a).

Com o avanço da medicina e a busca incessante pela cura, a morte pode torna-se indesejada e quando acontece, traz consigo a lembrança dos limites da ação humana frente a finitude. Quando se aborda o cenário da UTI, isto tende a ser potencializado, visto que as pessoas que são encaminhadas para esta unidade estão com uma perspectiva de gravidade clínica, ameaça de vida e buscam a cura.

Meu convite para esta pesquisa foi justamente olhar para a realidade da UTI adulto sobre a perspectiva de quem estava lá, inserido no cotidiano do trabalho, buscando por meio da escuta suspensiva reflexões sobre as vivências subjetivas dos profissionais.

A busca por estas reflexões sobre a realidade dos profissionais diante da morte e do morrer não se iniciaram com a presente pesquisa, partiram da minha atuação como psicóloga hospitalar, especialista em Terapia Intensiva, que também por diversas vezes, me deparei com o fenômeno da morte e terminalidade, me questionando sobre o processo de morte e como poderia ofertar suporte psicológico aos pacientes e familiares diante o contexto de finitude com ética, técnica e compaixão.

A inspiração para esta dissertação ocorreu a partir do desejo de abordar sobre a vivência dos profissionais de saúde que atuam na UTI, seu contexto de atuação e suas dificuldades em um cenário marcado pela presença do risco de óbitos, onde a morte e o morrer assumem um destaque por fazerem parte do cotidiano desses profissionais, mesmo em um local onde sua função central é a cura e a tentativa de evitar a morte.

A partir das observações acerca dessa realidade dos profissionais de saúde, na qual me incluo, alguns questionamentos surgiram: Em uma unidade onde sua função principal é salvar vidas, evitando a morte, como os profissionais de saúde vivenciam a morte e o morrer de pacientes? Como é para estes profissionais lidarem com a morte e o morrer? Ao escolher esta carreira o profissional reflete sobre a necessidade de lidar com a morte? O que pensam sobre a morte? Como vivenciam o morrer do outro? Como o modo que vivenciam este processo pode interferir nas condutas adotadas pela equipe?

Diante destes tantos questionamentos iniciais, e, na busca por modos de acessar essas vivências, encontrei na fenomenologia um método capaz de capturar o sentido dessas experiências da maneira como elas se apresentam. Outros estudos foram realizados acerca do fenômeno da morte na UTI (Monteiro, 2015; Quintana *et al.*, 2006; Lopes *et al.*, 2020), contudo por se tratar de um espaço de atuação multiprofissional, alguns desses estudos foram realizados por outros profissionais, não psicólogos. Assim, busco um olhar da Psicologia sobre este fenômeno utilizando o rigor da Fenomenologia em Husserl, visto que senti falta de mais estudos que buscassem compreender a vivência do profissional de saúde frente morte e o morrer na UTI, utilizando a fenomenologia husserliana como orientação.

Da mesma forma, senti falta de pesquisas desenvolvidas por psicólogos que contemplassem as diversas categorias profissionais que compõem a equipe da UTI. Encontrei estudos (Monteiro, 2015; Quintana *et al.*, 2006; Lopes *et al.*, 2020), destinados a investigação de uma ou duas categorias profissionais, médicos e enfermeiros. Contudo, compreendendo que o cuidado na terapia intensiva é realizado por muitas mãos, assim, questionei-me, como seria ouvir os demais profissionais? Logo, este questionamento motivou-me para decisão de contemplar profissionais com diversas formações que trabalham em conjunto em prol da assistência ao paciente e suas famílias.

A relevância desta pesquisa está justamente na compreensão da vivência dos profissionais de saúde que atuam na UTI frente o contexto de finitude, a fim de gerar contribuições para a comunidade acadêmica, para os profissionais de saúde, as instituições hospitalares e para a assistência dos pacientes e familiares.

Na esfera acadêmica se inscreve o enfoque da construção de uma interface possível e desejável para a produção de novos conhecimentos. Diante da realidade citada, observo a demanda por desenvolvimento de trabalhos científicos que sirvam de ferramentas para a gestão e políticas públicas, no sentido de subsidiar o planejamento de ações, bem como, a definição de prioridades para o cuidado aos pacientes e familiares.

Na esfera da saúde, considero que compreender sobre a vivência dos profissionais de saúde poderá ajudar no desenvolvimento de estratégias de cuidado integral, incluindo no processo de fim de vida, dos pacientes e familiares.

Desse modo, esta pesquisa teve por objetivo analisar como os profissionais de saúde vivenciam a morte e o morrer dos pacientes no contexto da UTI. E teve como objetivos específicos identificar os modos e estruturas da abordagem sobre a morte na sociedade ocidental e descrever o sentido de mundo da vida na perspectiva da fenomenologia husserliana; caracterizar o contexto da UTI e o perfil sociodemográfico dos profissionais participantes descrevendo o seu mundo da vida; e reconhecer o sentido atribuído a morte e o morrer para os profissionais da equipe multiprofissional da UTI.

A proposta deste trabalho foi o aprofundamento dos estudos sobre a escuta clínica fenomenológica sem apriorismos, a partir da vivência do outro em sua relação com a morte e o morrer. Para tanto, adotei como fundamento, a atitude fenomenológica em termos de postura, visão de homem e de mundo aliada ao método investigativo voltado para as estruturas essenciais do fenômeno, de um modo compreensivo, desvelando sentidos que seriam encobertos na perspectiva tecnicista da morte conforme as ciências naturais.

No primeiro capítulo abordei sobre as perspectivas históricas da morte e do morrer na sociedade ocidental, visando identificar seus modos e estruturas. Em sequência, no segundo capítulo buscai descrever o sentido de mundo da vida na perspectiva da fenomenologia husserliana, um conceito fundamental para essa dissertação.

No terceiro capítulo descrevi o caminho percorrido nesse estudo, trazendo aspectos metodológicos associado ao método fenomenológico husserliano, assim como, os procedimentos, local da pesquisa, critérios para amostra, e também as técnicas utilizadas para coleta de dados e análise dos resultados. Igualmente, trouxe os critérios éticos relacionados a pesquisa envolvendo seres humanos.

Posteriormente, no quarto capítulo trouxe os resultados e discussões, apresentando inicialmente uma caracterização do contexto da UTI e dos participantes, relacionado aos dados sociodemográficos. Ainda nesse capítulo, realizei uma divisão didática, descrevendo a redução eidética, ou seja, as essências evidenciadas do fenômeno e após a redução transcendental, em outros termos, como os fenômenos foram evidenciados para minha consciência enquanto pesquisadora.

2 HISTÓRIA DA MORTE E DO MORRER NA SOCIEDADE OCIDENTAL

A morte sempre esteve presente da história da humanidade e fez parte da vida de todos, seja como algo que causa temor, inaceitável ou como algo naturalizado, sendo parte do destino de toda a espécie. As crenças, atitudes, comportamentos e sensações sobre a morte estiveram presentes ao longo do tempo e representam o contexto histórico de uma sociedade.

Buscarei a partir desse capítulo trazer um breve relato sobre os aspectos históricos da morte ao longo da nossa história e como chegamos até aqui, na nossa atual atitude frente a morte e o morrer, a fim de possibilitar um contorno a vivência subjetiva.

Desde o período pré-histórico, o homem manifestava preocupação com morte e como seria após o seu acontecimento, a partir das descobertas arqueológicas foi possível notar essa preocupação através dos túmulos neandertais, onde dentro deles foram encontrados objetos domésticos e alimentos. Isso demonstra rituais que priorizavam o cuidado pós-morte. Neste período, por volta de 150.000 anos, foram achados os primeiros sinais de preocupação com o destino dos corpos. Estes eram alocados em cavidades de rochas, sendo posicionados de cócoras e cobertos por pedras (Despelder; Strickland, 2001).

Na época do Paleolítico Superior (30.000 a 8.000 anos a.C) os corpos eram achados em posição fetal, ou de barriga para cima, os utensílios domésticos e alimentos ainda permaneciam sendo encontrados, contudo, eram mais elaborados e geralmente os corpos estavam pintados de ocre, mantendo a posição fetal, o que poderia indicar a busca pelo renascimento. Para estes povos a morte indicava um renascimento, um ciclo de metamorfose e transmutação (Morin, 1997).

Na antiguidade os povos egípcios do mesmo modo criavam rituais fúnebres. De acordo com as crenças egípcias, a morte consistia em um processo onde a alma se desprendia no corpo, sendo um estágio de mudança para outra existência e o corpo era visto como uma morada da alma, onde posteriormente haveria o retorno do espírito. Por isso, havia uma grande preocupação com a alocação dos corpos e da sua conservação. Assim, observamos que existiram grandes construções de tumbas e pirâmides, enquanto morada dos mortos e variadas técnicas de mumificação capazes de

preservar um cadáver por longos períodos (Santos, 2009).

Também existia uma preocupação com a vida após a morte, nos locais de sepultamento eram encontrados objetos pessoais, além de animais mumificados e estatuas que supostamente ganhariam vida para serem servos dos mortos. Tudo isto, de acordo com Santos (2009), com objetivo de que quando a pessoa morta acordasse, se sentisse em casa e não voltasse para punir os vivos.

Por meio da mitologia, a morte era transmitida na sociedade. Os egípcios, que adotavam o Politeísmo, ou seja, o culto de vários deuses, encontravam no Livro dos Mortos, os ensinamentos sobre a forma de pensar e agir em relação à morte. O livro servia como um guia para o falecido, o auxiliando nas várias provas que iria passar com objetivo de se unir com a divindade Osíris. Osíris era a principal divindade cultuada pelos egípcios, símbolo do renascimento da alma, de sua imortalidade, e dos campos da bem-aventurança. Ao seguir as instruções contidas no livro, o homem teria condições de atingir um estágio mais elevado. Caso contrário, ocorria uma segunda morte, sendo o homem destinado ao eterno esquecimento, que era considerado o pior dos castigos (Santos, 2009).

Para os egípcios, a morte era um castigo dos deuses e carregava a representação de punição, abandono e rejeição. Além de haver uma preocupação com o que haveria depois, a partir da crença que existiriam vários desafios após a morte para serem superados. O julgamento de Maat (Figura 1), a deusa da justiça, da verdade e da ordem, seria o primeiro deles. Neste julgamento, haveria uma balança onde seria colocado de um lado o coração do morto e do outro uma pena, o coração do falecido deveria ser tão puro e verdadeiro que pesaria menos que uma pena. Todos seriam julgados, independente de classe social, escravos e faraós, revelando então que não havia uma distinção social entre os mortos no que concerne à vida após a morte.

Figura 1 - O julgamento da deusa Maat



Fonte: Google. Disponível em: <https://deivisonnkosi.com.br/wp-content/uploads/2021/06/O-Julgamento-1024x576.jpg>. Acesso em: 14 nov. 2023.

A pesagem do coração era geralmente retratada no Livros dos Mortos ou em cenas em tumbas, como a que vemos acima. O Livro dos Mortos era posto nos túmulos, como forma de orientações para serem seguidas, embora para ter uma real utilidade após a morte, o indivíduo deveria seguir suas instruções ainda em vida (Kastenbaum; Aisenberg, 1983).

A sociedade egípcia deixa como herança uma preocupação com a vida após a morte, materializado em diversos rituais voltados para trazer conforto e aparente segurança ao morto e aos que permaneciam vivos. Algo importante a considerar nesta civilização, assim como, em outras sociedades primitivas, trata-se do fato que as práticas fúnebres eram realizadas pela comunidade, não existia um destaque nas reações individuais. Havia regras que toda a comunidade deveria seguir para se ter uma boa morte e que minimizaria os impactos negativos que uma morte gerava na sociedade, dessa forma, as práticas retratavam a união e poder do grupo sobre a morte (Kastenbaum; Aisenberg, 1983).

Outra cultura da Antiguidade que considero importante a ser compartilhada nesse relato, é a cultura grega. Para os antigos gregos, a concepção principal em relação após a morte, seria a imortalidade da alma. No livro de Platão, “Fédon – a imortalidade da alma”, o autor descreve diálogos

entre filósofos sobre a morte de Sócrates. A partir dos relatos, é possível perceber que a morte era como uma passagem do mundo para outro, o divino. Assim, a ideia da morte não gerava revolta, pelo contrário, provocava “esperança de que alguma coisa há para os mortos, e, de acordo com antiga tradição, muito melhor para os bons do que para os maus” (Platão, 2012, p. 05).

Os gregos também acreditavam que existiria uma preparação para o momento de passagem para imortalidade, onde com a preparação da mente haveria esperança, e de algum modo, uma mente pura. Acreditando que após a morte estariam junto de outros deuses e sábios, indo para o lugar de homens do bem. Ainda no livro, é descrito a preparação de Sócrates durante a espera pelo seu julgamento até a sua condenação. Neste período, o filósofo recebia outros pensadores e discutia suas reflexões, pensamentos sobre a vida, morte e após morte. Para ele, a morte era uma decisão divina, os deuses seriam como guardiões da vida, sendo os homens propriedades deles e apesar de ser “melhor estar morto do que vivo”, afinal “nós, homens, nos encontramos em uma espécie de cárcere que nos é vedado abrir para escapar”, caberia aos deuses a decisão pela hora da morte. E aos homens “é permitido, e até um dever, pedir aos deuses que façam feliz a passagem deste mundo para o outro” (Platão, 2012, p. 05).

Em contraponto, existiam outra parte da população dos antigos gregos que defendiam a naturalização da morte, como sendo um destino de todos os seres humanos. Assim, vida e morte fariam parte de um mesmo ciclo, havendo o encerramento no momento da morte, não existindo a imortalidade da alma (Santos, 2009)

A partir de ideias tão opostas, era possível observar modos distintos não só sobre concepções sobre a morte, mas também no modo de conduzi-la. Em Esparta, os bebês que nasciam com algum tipo de deficiência e os adultos que por alguma razão adquiriam, eram lançados em precipícios ou ao mar, por não serem julgados como úteis socialmente. Igualmente, na Roma Antiga, havia a permissão para o sacrifício de bebês que nasciam com algum tipo de deficiência (Santos, 2009).

Ariès (2012), descreve em seu estudo as atitudes sociais diante da morte, o autor refere que no início da Idade Média (séc. V ao séc. XII), a morte era anunciada, os indivíduos eram de algum modo advertidos sobre sua morte,

por meio dos signos naturais, ou com maior frequência, por uma convicção íntima, tendo o reconhecimento de que se estava chegando ao fim, através da observação de si mesmos. Dessa forma, cientes que estavam próximos ao seu fim, os moribundos poderiam cumprir os atos das cerimônias tradicionais. O primeiro ato referia-se ao lamento da vida, dos seres e das coisas amadas, como lembranças do que viveu. Após o lamento de nostalgia, havia o momento de perdão dos familiares, amigos e servos, todos que rodeavam o leito do moribundo, existindo também a recomendação a Deus por estes que os cercavam. Por fim, era a hora de pensar em Deus, realizando as suas preces para minimizar sua culpa e solicitando salvação. Após, era apenas esperar a morte, e caso demorasse para chegar, esperava-se em silêncio.

É possível perceber que a morte era esperada no leito, sendo uma cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo. Pública, pois, nesse momento, familiares, amigos, servos compartilhavam a morte do outro tendo livre acesso aos seus aposentos. Era importante que os parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes e levassem as crianças. Na arte, não existe representação do quarto do moribundo no século XVIII sem algumas crianças. Logo, não se morria sozinho e os ritos da morte eram aceitos e realizados, sem um caráter dramático, eram vistos com familiaridade e simplicidade. Dessa forma, a morte era domada, domesticada, tão cotidiana quanto a vida (Ariès, 2012).

As condições da sociedade como um todo colaboravam para que a morte fosse anunciada. O desenvolvimento da medicina ainda era básico, muitas das doenças não tinham cura e os tratamentos eram inconsistentes, restando as pessoas a aceitação que a morte estaria próxima. As condições sanitárias eram insatisfatórias e não existia uma preocupação social com estes aspectos. Existia a familiaridade com a morte, havendo a coexistência dos vivos e mortos. “Os mortos, já misturados com os habitantes dos bairros populares da periferia [...] penetravam também no coração histórico das cidades” (Ariès, 2012, p. 43).

Na época, era comum a não distinção entre igreja e cemitérios, havia o desejo de ser enterrado próximo dos santos, o que denota uma preocupação com a vida após a morte. Não importava o local exato dos ossos, contanto que estivesse próximo dos santos, na igreja. O corpo pertencia à Igreja, e não era relevante o que seria feito com ele, desde que estivesse dentro do espaço

sagrado.

Nas igrejas pregava-se, distribuíam-se os sacramentos nas festas, faziam-se procissões no pátio e também se enterrava os mortos, contra suas paredes e nas imediações (Ariès, 2012). No Museu e cripta “*Dei Frati Cappuccini*”, localizado em Roma, até os dias atuais é possível observar os ossuários expostos como arte, no que é até hoje a Igreja de Nossa Senhora da Conceição dos Capuchinhos (Figura 2).

Figura 2 - Igreja de Nossa Senhora da Conceição dos Capuchinhos



Fonte: Google. Disponível em: [https://s2-galileu.glbimg.com/DEg19lC2gqpitB18XsEWYW3TQU=/0x0:1650x1100/888x0/smart/filters:strip_icc\(\)/i.s3.glbimg.com/v1/AUTH_fde5cd494fb04473a83fa5fd57ad4542/internal_photos/bs/2023/K/k/n5OchiQBmGDABFugqufw/320451497-684450943359070-815796349329604994-n.jpg](https://s2-galileu.glbimg.com/DEg19lC2gqpitB18XsEWYW3TQU=/0x0:1650x1100/888x0/smart/filters:strip_icc()/i.s3.glbimg.com/v1/AUTH_fde5cd494fb04473a83fa5fd57ad4542/internal_photos/bs/2023/K/k/n5OchiQBmGDABFugqufw/320451497-684450943359070-815796349329604994-n.jpg).

Como vimos, a morte não impressionava os vivos, estavam tão familiarizados com os mortos quanto com sua própria morte, contudo no decorrer da história mudanças sutis foram ocorrendo, dando lugar pouco a pouco, a um sentimento mais dramático e pessoal a morte.

Na segunda metade da Idade Média (séc. XII ao séc. XV), com a ideia propagada pela Igreja do Juízo Final, onde as pessoas seriam julgadas pelas suas ações em vida após a morte, houve uma maior preocupação com a morte de si mesmo e os seus atos em vida. Os pedidos de perdão mediante a culpa predominavam no momento que antecedia a morte e atos de caridade e de compras de relíquias das igrejas ocorriam durante a vida, como modo de

garantir o seu lugar no paraíso (ARIÈS, 2017).

As cerimônias ganharam um caráter dramático, com uma carga de emoção que até então não existia, pois passou-se a acreditar, que o moribundo, no seu leito de morte revia a sua vida inteira, e sua atitude frente este momento iria determinar sua vida após a morte. Conforme refere Ariès (2017, p. 54) “o moribundo verá sua vida inteira, tal como está contida no livro, e será tentado pelo desespero por suas faltas, pela “glória vã” de suas boas ações, ou pelo amor apaixonado por seres e coisas”.

Mesmo como estas mudanças, ainda é notável que o moribundo seguia no centro de ação nas cerimônias de sua própria morte, ele possuía seu papel central e determinava sua vontade e sua participação era crucial nos atos.

Outra mudança sutil diz respeito aos túmulos ou, mais precisamente, à individualização das sepulturas. Se anteriormente, havia apenas a preocupação que os corpos estivessem na Igreja, próximo dos santos, nessa fase passou-se a utilizar placas com inscrições informando “aqui jaz tal pessoa, morta em tal data, com tal função”, e em alguns casos, com cenas do defunto sozinho ou com seu santo padroeiro. Nesse momento, “...o que importava era a evocação da identidade do defunto e não o reconhecimento do lugar exato da colocação do corpo” (Ariès, 2017, p. 65). Estabeleceu-se assim, uma relação que até então não existia, entre a morte do indivíduo e a consciência de sua individualidade.

A partir do século XVIII, a sociedade ocidental tende a dar um novo sentido à morte. No período do Romantismo, já se ocupava menos da preocupação com a sua própria morte e se ampliava o temor diante da morte do outro. Assim, mudou a relação entre o moribundo e sua família, pois o que antes dizia respeito ao enfermo, cabendo dizer o que sentia e seus desejos, passou também a ser da família (Ariès, 2017).

Ariès (2017) refere que é por meio do testamento que é possível notar essa mudança. O testamento, inicialmente servia como um instrumento para garantir os desejos do falecido, e também um modo pessoal de exprimir os seus sentimentos e ideias, sendo mais do que um simples ato de direito, com objetivo de repassar a sua herança, era um meio de cada um afirmar seus pensamentos profundos e convicções. Também era comum que fosse gravado na igreja o resumo do testamento como modo de garantir a execução das solicitações da pessoa morta. Na segunda metade do século XVIII, ocorreu

uma mudança considerável na redação dos testamentos em todo ocidente cristão, as cláusulas piedosas, de escolhas do moribundo, expressando seus desejos deixaram de existir e o testamento passou a ser um ato legal de transmissão de fortuna. “O testamento foi então, completamente laicizado” (ARIÈS, 2017 p. 72).

Ariès (2017) defende que o testamento passou a servir como instrumento de distribuição da herança e os desejos, pensamentos, sentimentos passaram a ser compartilhados oralmente com os familiares, devido as novas relações fundadas no sentimento e afeição resultados do Romantismo, assim, o enfermo confiava os seus desejos a sua família, atitude que até então havia em geral sido recusada até o fim do século XVIII.

Portanto, esse é um momento muito importante na história no que se refere ao papel da família diante da morte do outro. O moribundo transmitia parte dos seus poderes que havia exercido até então, e apesar de permanecer como personagem principal frente sua morte, é a assistência da família que ganha um novo sentido, deixando de ser figurantes, passivos, refugiados nas preces, apenas assistindo a morte daquele que partia.

Outra mudança ocorrida na segunda metade do século XVIII, refere-se aos cemitérios, pois passou-se a questionar aquilo que durava a quase um milênio. Houveram várias críticas ao acúmulo dos mortos nas igrejas, “a saúde pública estava comprometida pelas emanações pestilentas, pelos odores infectos provenientes das fossas. Por outro, o chão das igrejas, a terra saturada de cadáveres dos cemitérios” (Ariès, 2017, p. 76). Os médicos e químicos divulgaram suas observações científicas sobre os perigos para saúde da ocorrência de enterros nas igrejas. A Igreja então passa a ter a reprovação, com argumento de ter feito tudo pela alma e nada pelo corpo, se desinteressando pelos túmulos.

Os túmulos tornaram-se representação de presença além da morte, onde os vivos deveriam testemunhar os mortos, por meio do culto, da lembrança ligado ao corpo, à aparência corporal, venerando-o, dessarte, apegava-se aos cadáveres. Nesse instante da história, não se deseja apenas voltar no lugar extado onde havia colocado o corpo, mas também buscavam que o lugar pertencesse, como propriedade exclusiva, do defunto e familiares, visando visita como que vai à casa de um parente, em um luar de recordações. “Foi então que a concessão da sepultura se tornou uma certa forma de

propriedade, subtraída ao comércio, mas com perpetuidade assegurada” (Ariès, 2017, p. 77)

Com a intolerância a morte do outro e a nova confiança do moribundo aos familiares, visando poupar o outro que estava próximo a morte, passou-se a omitir o seu estado. Ariès (2017) refere que houve duas motivações para este fato, o primeiro, como já descrevi, seria poupar o enfermo da verdade, e o segundo, seria um sentimento típico da modernidade, o de evitar o sofrimento e a presença da morte, considerando apenas a possibilidade de uma vida sempre feliz. Desse modo, o moribundo que na Idade Média, era personagem principal do seu processo de morte, organizando sua despedida e aspectos após a sua morte, passa a ser alheio ao processo, considerado como criança, retirado sua responsabilidade, sua autonomia e poder de reflexão e decisão.

Outro fenômeno importante que merece destaque foi o deslocamento da morte para o hospital, a partir da década de 1930. Com o advento da tecnologia e os avanços da medicina, já não se morria mais em casa e sim, no hospital. O hospital passou a ser um lugar de associação de cura, e um espaço de luta contra a morte.

A morte então, passa a ser um é um fenômeno técnico causado pela parada dos cuidados, definida pelo médico e pela equipe de saúde.

Inclusive, na maioria dos casos, há muito o moribundo perdeu a consciência. A morte foi dividida, parcelada numa série de pequenas etapas dentre as quais, definitivamente, não se sabe qual a verdadeira morte, aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que se perdeu a respiração (Ariès, 2017, p. 86).

Se durante a Idade Média, o moribundo conduzia o momento do seu processo de fim de vida, posteriormente dando lugar a condução da família, nesta fase a iniciativa passou para equipe médica e hospitalar. E nesse momento, as pessoas não tem mais força e/ou paciência para esperar semanas a ocasião da morte. Torna-se então difícil morrer, pois se prolonga a vida dos enfermos o maior tempo possível, mas a partir do momento que não se pode mais mantê-los vivos, com uma possibilidade de recuperação, não se ajuda esses mesmos enfermos a morrerem com dignidade.

Na rotina hospitalar, ocorreu distanciamento de familiares devido à preocupação com contágio de doenças, estipulou-se rotinas rígidas, com horários para serem seguidos pelos pacientes e familiares, além de uso de aparelhos cada vez mais complexos visando o suporte a vida. Aumentava a responsabilidade dos profissionais de assegurarem a vida dos enfermos, como

que se dê certo modo, fossem controladores da existência. Constrói-se, assim, o cenário para a exclusão social da morte (Santos, 2009).

Na sociedade estendeu-se o incômodo de falar sobre a morte e expressar o sofrimento do luto. A morte aceitável e tolerada era aquela que não provocava grande emoção, a emoção precisava ser evitada, tanto no contexto hospitalar, como no social. Ao enlutado, cabia a comoção privada, as escondidas. O sofrimento deveria ser contido, com cerimônias discretas e a “dor demasiada visível não inspira pena, mas repugnância; é um sinal de perturbação mental ou de má educação. É mórbida” (Ariès, 2017 p. 87). Dessa forma, o luto solitário e envergonhado é a única maneira para expressar o seu sofrimento. “Portanto, o luto não é mais um tempo necessário e cujo respeito à sociedade impõe: tornou-se um estado mórbido que deve ser tratado, abreviado e apagado” (Ariès, 2017, p. 94).

No ambiente familiar, as crianças foram afastas desse momento devido medo de impressiona-las. As justificativas dos adultos frente a morte de um ente querido para as crianças são permeadas por histórias fantasiosas, onde o familiar virou estrelinha, o avô foi dormir, o pai viajou. Tudo com o intuito de ocultar o caráter da morte. Se outrora o enfermo morria acompanhado dos seus familiares, sempre havendo a presença de uma criança, nesse instante a pessoa enferma morre sozinha, em um leito de hospital, negada a presença dos seus e ocultando a morte das crianças.

Indo contramão a morte interdita, como denominada por Ariès (2017), profissionais foram desenvolvendo estudos acerca da temática da morte. Cito o médico, William Osler, que trouxe a morte como tema importante do seu trabalho; os psicólogos William James, por meio dos seus estudos sobre imortalidade e Stanley Hall, com sua pesquisa sobre o medo da morte (tanatofobia) e o filósofo, Gustav Theodor Fechner com o clássico livro *Little book of Life after Death* de 1836. Dessa maneira, a partir destes estudos desenvolvidos pode-se considerar que houve o início de uma nova área do conhecimento, o que hoje chamamos de Tanatologia. Inicialmente, não foi dada essa nomenclatura, foi o poeta francês Maurice Maeterlinck o primeiro a utilizar o termo “tanatologia” para indicar a área de estudo que tentou compreender os horrores da morte (Kovács, 2010b).

A tanatologia é uma palavra que deriva de outras duas, *Thánatos* uma palavra grega que significa morte, e *Logia* que significa estudo, ciência,

conhecimento. Como conceito literal, seria uma ciência que estuda a morte, contudo, não se refere exatamente a isto. É mais oportuno dizer que Tanatologia é a área do conhecimento que estuda o fenômeno da morte e dos processos emocionais e psicológicos do indivíduo e suas reações à perda e ao luto, logo, como a presença da morte e sua iminência impacta os indivíduos (Silva; Melo, 2018)

Desde os anos de 1950, houve uma certa sistematização desta área, apesar dos questionamentos sobre a relevância dos estudos desenvolvidos nesta época devido a crítica que muitos deles eram mais preocupados em definir a tanatologia operacionalmente. Após as guerras mundiais, houve um grande desenvolvimento da Tanatologia, com os estudos de Hermann Feifel, com a publicação do seu livro *The meaning of death* de 1959, destacando a importância das discussões sobre a temática da morte, em uma época em que se falar sobre o tema era deveras polêmico (Kovács, 2010b; Silva; Melo, 2018).

Posteriormente, em 1976, Kastenbaum e Aisenberg, escreveram o livro *Psychology of Death*, traduzido para português em 1983, com o título *Psicologia da Morte*. Este foi um dos primeiros trabalhos a serem introduzidos na área da Psicologia (Kovács, 2010b; Silva; Melo, 2018).

Uma obra de grande impacto na história da Tanatologia é *Sobre a morte e o morrer*, de Elisabeth Kubler-Ross (1969/2017), assim como, os estudos desenvolvidos por Cicely Saunders. As autoras trouxeram o tema da morte para discussão pública por meio dos estudos com pacientes em estágio terminal da doença e ambas as propostas revolucionaram a maneira de lidar com a morte na metade do século XX (Kovács, 2012).

Kubler-Ross, considerada a Dama da Morte e do Morrer, era médica, inquieta com o modo como as pessoas em fase final de vida eram tratadas nos hospitais e na sociedade, desenvolveu seu trabalho com foco no cuidado aos moribundos, realizando pesquisas, cursos, workshops e escrevendo vários livros sobre a temática (Kovács, 2012).

Em um momento da história que os pacientes em fase de fim de vida eram alocados no fim dos corredores dos hospitais, esquecidos, abandonados à própria sorte, como se a morte fosse contagiosa, Elisabeth buscou compreender o que essas pessoas tinham para ensinar os profissionais de saúde e a sociedade. Ao se propor a ouvir essas pessoas, foi por muitas vezes considerada por seus colegas como louca, contudo, continuou desenvolvendo

o seu trabalho com empatia, paixão e fascínio (Kovács, 2012).

Uma proposta pioneira desenvolvida pela autora, conhecida até os dias atuais, foi a de estágios no processo de enfrentamento de perdas. A descrição dos estágios de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação foi um marco na sua obra. Em seu trabalho, afirma que essa descrição não teria o objetivo de ser um guia padrão, onde os profissionais deveriam ficar fixados buscando classificar em qual estágio a pessoa em processo de fim de vida se encontrava, mas sim, seria um modo de compreender que se vive momentos diferentes no processo de morrer e a importância da comunicação frente este momento. Apesar dos seus esforços, infelizmente, até hoje é dada mais importância aos estágios descritos do que à sua experiência clínica (Kubler-Ross, 2017; Kovács, 2012).

Cicely Saunders também foi uma revolucionária nas discussões sobre os aspectos relacionados a morte no século XX. Inicialmente se formou em Enfermagem e Assistência Social, e posteriormente, aos 33 anos, indo contra as críticas que era velha demais para novos estudos, dedicou-se a formação em Medicina, se especializando nos estudos sobre a dor e controle de sintomas incapacitantes em pacientes gravemente enfermos (Kovács, 2012).

A partir dos seus estudos e trabalhos, foi pioneira na criação dos *hospices*, que são instituições especializadas no cuidado de pacientes gravemente enfermos, cuidando mesmo quando não há possibilidade de cura, sendo o objetivo principal o alívio e controle dos sintomas. Por esse seu trabalho, foi condecorada como a Dama do Império Britânico em 1980 e recebeu mais de 25 prêmios ao longo da sua história (Franco, 2023; Kovács, 2012).

Destaco a sua grande obra, o *St. Christopher's Hospice*, uma instituição de caridade ativa até os dias atuais, referência na oferta de cuidados as pessoas próximas a sua morte, com atendimentos clínicos, internação e domiciliar, além de capacitação para profissionais através de cursos e treinamentos. Integrando cuidado, educação e pesquisa, sendo uma das maiores instituições educadoras em Cuidados Paliativos, treinando mais 50.000 pessoas, seja na Medicina, na Enfermagem, na Psicologia ou no Serviço Social (Franco, 2023).

Cicely foi a responsável pelo grande desenvolvimento do movimento de Cuidados Paliativos, por meio da busca de reumanização do processo de

morrer, ela trouxe uma nova compreensão sobre o que fazer, quando “não há mais nada a fazer”, quando já não existe a cura de uma doença. Ela abordou acerca da importância de cuidar dos sintomas físicos, mas do mesmo modo, de cuidar dos aspectos sociais, psicológicos e espirituais que a doença provoca (Kovács, 2012).

Assim, Cicely mobilizou um novo olhar sobre a morte e o morrer, ela convocou para perceber esse processo não mais como um fracasso ou erro médico, mas como decorrência da vida, podendo existir qualidade nesse momento, e que é possível e indispensável favorecer uma morte com dignidade.

No Brasil, a pioneira nos estudos sobre tanatologia foi a psicóloga Wilma da Costa Torres (1997), que se dedicou a sistematização das obras na área, chegando a criar um acervo de dados bibliográficos sobre o tema, com dissertações e teses sobre morte, luto, suicídio, pacientes em estágios ditos terminais, formação do profissional de saúde entre outros (Kovács, 2008).

De acordo com Kovács (2008) surge então publicações de autores brasileiros como Torres et al. (1983), Rodrigues (1983), Cassorla (1984, 1991), D'assumpção (1984), Maranhão (1985), Kovács (1992). Acrescento também, autoras que tem desenvolvido um trabalho de grande relevância nos estudos sobre a morte, o morrer e temas correlacionados, como Maria Helena Pereira Franco (2021), Karina Okajima Fukumitsu (2018), Mayla Cosmo Monteiro (2017), Maria Julia Kovács (2018), Ana Claudia Quintana Arantes (2018), entre tantos outros.

Trago esse recorte acerca do desenvolvimento da área do conhecimento sobre a morte e morrer, pois, acredito que os estudos até então desenvolvidos tem um marco importante na história de como a morte é percebida e vivenciada na nossa sociedade. Do ponto de vista científico, muitos estudos foram desenvolvidos e as discussões foram cada vez mais intensificadas, contudo, na sociedade ocidental, até os dias atuais a morte segue como um tabu. Por consequência, as discussões sobre finitude e terminalidade ficam concentradas em uma parte da sociedade, especificamente os profissionais de saúde, o que mantém o lugar destes como responsáveis e controladores do cuidado.

De acordo com Kovács (2018), no século XXI notamos um grande aumento do número de indivíduos com mais de 60 anos. Com o advento da tecnologia médica passou-se a prolongar a vida, e as doenças crônicas

tornaram-se uma realidade. É raro mortes rápidas e repentinas, as doenças crônicas são prevalência, havendo um prolongamento da vida e os idosos morrem em consequência de doenças ou falência de órgãos.

“O grande medo na atualidade é o prolongamento do processo de morrer com sofrimento, perda de autonomia e dependência nas atividades diárias. A morte, fato natural da existência, passa a ser medicalizada, e nesse contexto o médico assume a responsabilidade pelo processo de morrer do paciente.” (Kovács, 2018, p. 37).

A medicalização da morte tornou-se uma realidade a partir do século XX e se faz presente até os dias atuais, o médico ganha destaque e a pessoa em fase de final de vida é expropriado de sua própria morte, e submetido a tratamentos, regras e rotinas institucionais que privilegiam o saber médico. No século XXI, as mortes acontecem de modo gradual em diversas etapas. E “a tecnologia médica contemporânea é capaz de transformar o processo de morrer em longa e sofrida jornada” (Kovács, 2018, p. 37).

Nesse sentido, recorro da canção de Gil (1977), quando diz “não tenho medo da morte, mas medo de morrer, sim. A morte é depois de mim, mas quem vai morrer sou eu, o derradeiro ato meu, e eu terei que estar presente, terei que morrer vivendo, sabendo que já me vou”.

O processo de morrer, neste século, segue cada vez mais medicalizado, pessoas que estão em processo de final de vida, correm o risco de perder sua biografia, história, identidade e personalidade, esquecendo quem morre é a pessoa, se morre vivendo, então, acredito ser necessário o resgate da responsabilidade de cada pessoa, assim como vimos na história ocorrendo na Idade Média, determinando os seus valores, exercendo sua autonomia, sendo o processo de morrer propriedade do sujeito e não de outros (Kovács, 2018).

De acordo com Arantes (2019), em uma pesquisa realizada em 2018 pelo Sindicato dos Cemitérios e Crematórios Particulares do Brasil (Sincep) ainda há pouca presença da temática da morte no dia a dia, e esse assunto é associado a dor, tristeza, sofrimento e os brasileiros não se sentem preparados para lidar com a morte, seja a sua ou a do outro, percebendo o tema como depressivo e mórbido. Isso só ressalta como historicamente a morte e o morrer estão afastados do nosso cotidiano, mesmo sendo uma certeza em nossas vidas.

Acredito que é imprescindível lembrar do contexto da pandemia mundial que vivemos nos anos de 2020 a 2023, com a Covid-19, mais de 6.919.573

peessoas foram a óbito em um curto espaço de tempo e frente a morte de tantas pessoas, com divulgação diárias em mídias de números crescentes de falecimentos, além do distanciamento familiar no processo de fim de vida, das limitações e ajustes nos rituais de despedidas, as possibilidades de impactos no modo como a morte é e será vista pela nossa sociedade ainda estão sendo estudados e analisados.

Morte e vida são dois lados de uma mesma moeda, como descrito até aqui, vimos que historicamente o modo de ver e vivenciar a morte foi mudando, contudo, o que não muda é o fato dela ser inevitável em nossa vida. Dessa forma, olho para futuro, para história que ainda quero contar, e penso como é possível promover a morte e o morrer de modo digno e autêntico para nós.

3 DESCREVENDO O SENTIDO DE MUNDO-DA-VIDA NA PERSPECTIVA DA FENOMENOLOGIA HUSSERLIANA

O percurso epistemológico deste estudo é a fenomenologia proposta por Edmund Husserl (1859-1938). Tenho a intenção de apresentar as contribuições da fenomenologia e do método fenomenológico husserliano para a pesquisa em Psicologia. No trajeto dos seus estudos Husserl desenvolveu várias críticas acerca da ciência psicológica, nos moldes realizados, onde havia a imitação dos métodos próprios das ciências naturais. Para o autor, esses moldes não davam conta de esclarecer, com o seu devido rigor, o domínio da subjetividade. Desse modo, ele propõe que os estudos da Psicologia deveriam ser considerados desde a Fenomenologia (Goto, 2014).

Husserl buscou a criação e estruturação de uma ciência rigorosa e universal das essências, contrária ao naturalismo que correlaciona tudo que existe à natureza e pode ser explicado através da física, química e biologia (Husserl, 1907/2000).

Esse tipo de ciência e conhecimento acerca da realidade distancia o ser da vida e do mundo, pois é contrária à vivência e experimentação do que é o mundo, pois as leis que regem a realidade antecedem a vivência subjetiva, gerando aprioris, presumindo o conhecimento. Husserl buscou uma ciência que contemplasse o sentido do conhecimento em sua amplitude (Husserl, 1907/2000).

Para tanto, a fenomenologia compreende que: “o conhecimento pertence

à esfera das cogitationes, [...], temos de elevar intuitivamente à consciência da universalidade as objectalidades universais dessa esfera, e tornar-se possível uma doutrina de essência do conhecimento” (Husserl, 1907/2000, p. 28)

O sujeito conhece por meio de sua consciência, que é intencional, logo a consciência é sempre consciência de algo, portando não existe consciência sem objeto ao qual ela se dirige. Com isso, a atitude fenomenológica pressupõe a consciência como intencionalidade (Guimarães, 2013).

Um exemplo proposto pelo próprio Husserl foi o da folha de papel em branco. Ele descreve que está diante de uma folha em branco, sendo a folha percebida por ele, vendo e tocando. O perceber, o ver, o tocar a folha de papel é o que está sendo vivido, da qual ele estava consciente. A folha de papel em si não é uma vivência, pois está fora, estando nele apenas quando é percebida, logo a folha enquanto percebida é a vivência de Husserl. A folha existente estava fora, a folha enquanto percebida estava dentro dele. Assim, o perceber é dirigido ao objeto (a folha), se direcionando para o objeto, em termos fenomenológicos, chamamos isso de intencionalidade (Husserl, 1907/2000; Ales Bello, 2004).

Neste exemplo é possível dividir a intencionalidade em dois aspectos: a folha enquanto percebida e a folha enquanto existência. A folha enquanto existência, permanece fora de nós, já a percebida em certa medida está dentro de nós. Esse é um ponto importante para nosso conhecimento, pois significa que ele pode captar as coisas, mas o objeto em si está fora, é a intencionalidade – direcionar a consciência ao objeto –, que permite que de certa medida ele esteja dentro de nós (Ales Bello, 2004).

A fenomenologia não distingue de modo radical entre o sujeito e o objeto: o que conta é a ligação intencional entre os dois. Pois Husserl não queira falar de um sujeito que se contrapõe a um objeto, mas de um sujeito que, em certa medida, contém já em si os objetos, está em relação com objetos (Ales Bello, 2004, p. 97)

Ales Bello (2004) cita o exemplo no qual nós podemos falar da natureza que está fora de nós, contudo ao mesmo tempo, quando falamos da natureza, falamos dentro da relação intersubjetiva, da dimensão intersubjetiva, nós é que falamos da natureza. Para Husserl, é justamente essa dimensão que o interessava, a análise do interior dos sujeitos e dos sujeitos humanos.

Na fenomenologia, para analisar um fenômeno é necessário admitir o sujeito que intenciona o objeto e não apenas considerar o objeto em si. As

coisas no mundo, os objetos e a consciência são correlacionados, à medida que os objetos estão para consciência, a consciência está direcionada intencionalmente para os objetos (Guimarães, 2013).

Husserl (1911/1965, p. LII) afirma que “a consciência é, pois, considerada como centro de intencionalidade [...] compreendendo que [...] na orientação fenomenológica [...] a consciência não se dirige ao objeto puro e simples, mas sim ao objeto intencional, ao objeto tal como este se manifesta” (Husserl, 1913/2006, p.16). Logo, para a fenomenologia não existe sujeito sem objeto, pois é a partir da interação da consciência com o mundo que o fenômeno é produzido e significado na vivência humana (Guimarães, 2013).

Um importante conceito desenvolvido por Husserl, foi o de mundo da vida ou *Lebenswelt*. O termo *Lebenswelt* engloba dois conceitos: mundo e vida, ambos complementam um ao outro e tem importante função na filosofia husserliana. O mundo da vida não se refere aos aspectos biológicos da existência dos seres vivos, mas diz sobre a vida como consciência, da subjetividade que é alcançada através da redução fenomenológica, que direciona para as vivências originárias (Pizze, 2006).

Husserl inicia sua teoria sobre mundo da vida no livro “A crise das ciências europeia”, tecendo críticas sobre o modo ingênuo e unilateral da objetividade científica, que desconsiderava a experiência subjetiva, esquecendo o mundo da vida. De um lado, havia a ideia um mundo objetivo, onde o olhar do sujeito nada alterava sua objetividade. Por outro lado, existia um mundo fragmentado, com diferentes perspectivas que não se comunicavam entre si, diversos mundos ligados a diferentes sujeitos. A ideia de um mundo concreto, comum, não era discutida (Husserl, 1936/2012).

A partir disto, Husserl propõe fundamentar um mundo que fosse concreto e uno, igual para as diferentes perspectivas, mas que ao mesmo tempo pudesse considerar as diferenças como legítimas. Ele buscou a possibilidade de um mundo que, tal como aparece na experiência, seja, ao mesmo tempo, objetivo, subjetivo/intersubjetivo (Husserl, 1936/2012).

Para Husserl o mundo da vida é o mundo que se apresenta na experiência tal como aparece e que se diferencia do mundo objetivo, e não apenas se diferencia, mas constitui o mundo lógico objetivo, ou seja, o mundo da vida é mundo pré-dado, é solo que fundamenta, é o mundo das vivências originárias e que a partir da manifestação da consciência se autoevidencia

(Husserl, 1936/2012).

Husserl foi categórico em sustentar o lugar do mundo da vida para a ciência, ao declarar “o mundo da vida concreto que, simultaneamente, é o solo fundamentador para o mundo “cientificamente verdadeiro” (HUSSERL, 1936/2012, p. 107). Logo, para o autor, todas as antecipações pré-científicas provêm do mundo da vida, sendo responsável pela subjetividade e objetividade, visto que é o único experienciado pelos sujeitos.

Por meio das reflexões sobre mundo da vida, Husserl buscou resgatar o sentido de mundo originário, clareando sobre a relação entre mundo vivido e mundo pensando, pois o mundo, não seria aquilo que pensamos, mas aquilo que vivemos, e nós nos comunicamos com ele, existindo um mundo concreto. Essa é a facticidade do mundo e que faz que o mundo seja mundo (Husserl, 1936/2012).

Logo, a constituição do mundo da vida está intrinsecamente relacionada com a consciência, pois é por meio da capacidade perceptiva dos sujeitos que se explora os horizontes do mundo, através da consciência intencional, como referiu Husserl (1936/2012, p. 380) “[...] no mundo da vida, vivemos sempre conscientemente. Vivemos conscientes dele como horizonte dos nossos fins particulares”. É a partir da consciência que o sujeito se encontra em um único mundo, o próprio, uma vez que o mundo está aí para o homem não apenas como mundo das coisas, mas da correlação entre consciência e mundo, como mundo de valores e bens (Husserl, 1936/2012; Guimarães, 2012).

Nesse sentido, Husserl (1936/2012, p. 381) afirmou “[...] o mundo da vida é, por isso, não temático e, enquanto assim permanecer, temos o nosso mundo particular, temático como mundo unicamente enquanto o nosso horizonte de interesses”, em outros termos, o mundo da vida não é o compilado de todas as coisas existentes, contudo refere sobre os objetos que através do horizonte dos nossos interesses conseguimos alcançar, pela nossa consciência que intenciona.

De acordo com Guimarães (2012), é importante conhecer o “mundo vivido”, sendo este, o mundo que percebemos manifestado pela consciência. A percepção tem um papel importante, pois é por meio dela que o mundo será percebido, “cuja totalidade não é totalidade dos seus objetos, mas totalidade de horizontes alcançados pela percepção.” (Guimarães, 2012, p. 32). Dessa forma, o autor atribui uma decisiva relação entre mundo da vida e a estrutura

perceptiva da consciência humana.

Ainda segundo o autor, a vivência do mundo da vida será sempre a ocasião de descoberta de novos horizontes, ou seja, cada sujeito tem a potencialidade intencional da consciência para descobrir horizontes do mundo, sendo esses horizontes reduzidos a capacidade perceptiva dos seres humanos.

Recordo do exemplo de Ales Bello (2004), onde a autora afirma que quando olhamos um livro, vemos apenas uma parte dele, se o viramos, vemos apenas outra parte, ainda que se queira olha-lo na sua totalidade, sempre se vê em partes. Ou seja, um objeto pode ser visto de diversas maneiras, isto é, de diversas perspectivas, mas reduzidos a capacidade perceptiva (Guimarães, 2012).

Para a razão científica um prédio é um prédio e uma árvore é uma árvore, enquanto objetos de constatação empírica. Para a razão fenomenológica, um prédio, além de ser um fato é um dado, uma coisa, inter relacionada num contexto referencial de significações e uma árvore, além de ser um fato é também um dado, uma coisa que me remete a um amplo universo de significações e sentidos (Guimarães, 2012, p. 33).

Portando, o objeto não se esgota nas explicações científicas, mas tendo o referencial do mundo da vida, se amplia infinitamente na abertura horizontes de significações. Por isso, é impossível reduzir a compreensão do mundo da vida correspondendo objetivamente, essa redução é típica das ciências naturais, que Husserl condenava, pois para essa redução aspectos como sentido do mundo ou dos valores da vida não são apreciados. Nesse contexto, a tarefa da fenomenologia husserliana, foi propor um retorno ao mundo da vida, na reaproximação com vivência do mundo do sujeito, da sua vida cotidiana, dos seus costumes e valores (Guimarães, 2012; Pizze, 2006; Goto, 2014).

Com o desenvolvimento da sua teoria, Husserl aprofundou os estudos sobre mundo da vida e explanou acerca das concepções de mundo intersubjetivo e circundante. “O mundo circundante é aquele que tem cor, formas, pessoas e coisas, controvérsias, encantos e desencantos, possibilidade e limites, razões e desrazões, é o mundo de contingências e de multiplicidades” (Pizze, 2006, p. 78), ou seja, é o mundo perceptível, aquilo que o sujeito consegue perceber, sendo formado pela experiência, é mundo das possibilidades. Trata-se também de um mundo que estabelece a convivência de todos e das comunidades pessoais (Pizze, 2006)

Por ser um mundo de possibilidades, o mundo circundante é infinito, e está dado para todos os sujeitos, como argumenta Husserl (1913/2006, p. 75) “[...] o mundo que agora está a minha disposição, e manifestamente em tudo agora em que eu estiver desperto, tem um horizonte temporal infinito, tanto numa direção como na outra, tem seu passado e seu futuro conhecidos e desconhecidos”. Portanto, por ser um mundo de convivência, os sujeitos não estão isolados no mundo, mas o circundam.

O mundo intersubjetivo é apresentado por Husserl como modo de fugir do solipsismo (termo latino que vem de *solus* + *ipse*, quer dizer eu sozinho), no qual coloca a questão que é possível pensar não apenas sobre si mesmo, mas também o universal. Afirma que a experiência não é somente na ordem do privado, não é apenas a consciência individual que é campo para experiências, mas também a consciência universal, o que une cada eu com outro eu (Ales Bello, 2004).

Dessa maneira, Husserl discorre sobre a noção do outro e parte de uma diferenciação sobre a maneira como nós nos relacionamos com as coisas e com os outros sujeitos. As relações com as coisas têm um modo de inteligibilidade diferente das relações entre consciências. Acerca disto, Husserl (1973/2013, p.33) afirma “[...] eu experiencio os outros de um modo particular, experiencio os não apenas como surgindo no espaço [...] mas experiencio os como experienciando também este mesmo mundo que eu experiencio.”

Husserl desenvolve três modos em que o outro se torna acessível a nós. O primeiro aparece de maneira mais indireta, se apresenta na própria relação que o sujeito estabelece com o mundo, pois nós reconhecemos que o outro também tem acesso ao mundo que experienciamos e vivemos. O segundo modo diz respeito ao outro no sentido de uma identificação, sendo o outro como a mim mesmo, que tem um corpo como o meu e exerce atos de consciência como os meus, ou seja, eu encontro no outro aquilo que é comum comigo. E por fim, o outro que aparece também como diferenciação, onde apresenta um fluxo de consciência que embora seja uma consciência na qual eu me identifico, ao mesmo tempo eu me diferencio, pois consigo encontrar limites em relação ao outro que eu não consigo acessar e que eu só conseguiria se ele me comunicasse (Husserl, 1973/2013).

Nós nos comunicamos por meio das vivências de entropatia ou empatia. Isto quer dizer que o outro se manifesta como semelhante a mim, mas não

igual. “Eu, através da corporeidade dele, posso descobrir também sua vida psíquica e espiritual e reconhecer assim que está vivendo as coisas que posso viver” (Ales Bello, 2004, p. 119). A possibilidade de sentirmos que o outro está vivendo aquilo que também podemos viver, é um fator importante no se refere a compreensão do outro. Logo, nossa vida é comunitária, apesar de termos nossa singularidade e individualidade própria, é a intersubjetividade que garante essa vivência comunitária (Ales Bello, 2004).

Somos sujeitos com a mesma estrutura, e nos comunicamos por meio dela, contudo cada um de nós vivencia conteúdos diferentes, particularidades próprias. Todos podemos perceber os objetos, mas o que percebemos e como percebemos é totalmente singular (Ales Bello, 2004).

Aqui, encontra-se a importância do conceito de mundo da vida para este estudo, porque é baseado nele que se pode compreender as vivências e os sentidos dados para o fenômeno da morte e do morrer para os profissionais de saúde na UTI, que o vivenciam em seu cotidiano. A escolha por essa epistemologia foi visando compreender rigorosamente aquilo que é próprio da vivência do profissional de saúde frente a morte, voltando vivências originárias, retornando às coisas mesmas.

Foi importante compreender o mundo da vida desses sujeitos, dado que é com base no mundo próprio que os significados em relação a vivência diante a morte e o morrer podem aparecer, e essa evidenciação das experiências originária são também um modo de manifestar a subjetividade, pois revelam aquilo que só pode ser relatado por quem experiencia.

A experiência de sujeitos que são profissionais da saúde se dá no seu mundo da vida, não de modo privado, mas se desdobra no mundo circundante e intersubjetivo e, ao passo que este sujeito está no mundo, se relacionando e atribuindo sentido as suas experiências. Voltar-se para o mundo do sujeito e para os objetos circundantes é proporcionar a evidenciação das essências (Guimarães, 2012).

É fundamental destacar que mesmo havendo teorias sobre as experiências dos profissionais de saúde diante a morte e o morrer na UTI, a fenomenologia, como atitude, ciência e método propõe o rompimento com o contato construído numa concepção técnico-explicativa e busca conhecer aquilo que aparece, que se mostra nas vivências dos sujeitos, e não de acordo com o que ideias previamente determinam, constituindo-se numa

disponibilidade para acompanhar o outro em seu cuidar, com suas possibilidades mais próprias, podendo aparecer aspectos novos dessa vivência nunca antes discutidos.

Por meio da escuta suspensiva é possível tomar contato com essas experiências alheias, havendo a compreensão destas e a maneira como são vividas por este outro, sendo privilegiado o sentido expresso e vivido do sujeito (Barreira, 2018).

Diferentemente da atitude natural, onde o discurso do outro é objetivo, explicativo e impessoal, a operacionalização da escuta suspensiva busca revelar a experiência, não presumindo os porquês, mas buscando o como. Através da empatia, tendo a percepção de que há alguém que vive suas próprias experiências, busquei compreender como essas experiências foram vividas por esse outro.

Ao se falar em uma escuta suspensiva, fica auto-evidente que há algo a ser colocado em suspenso; mas o quê? Está sendo suspenso aquilo que obstrui os acessos à compreensão da experiência alheia. Como requer a fenomenologia, operações explicativas ou interpretativas, baseadas em enquadres nosológicos ou teóricos [...] (Barreira, 2018, p. 07).

Logo, nesta pesquisa busquei por entre parêntese as teorias, conhecimentos e explicações sobre as vivências dos profissionais de saúde frente a morte e o morrer, e por meio da escuta suspensiva, busquei escutar não apenas as palavras, mas o sentido que estes sujeitos davam a sua própria vivência.

Nessa perspectiva, pôr em foco o tema da morte e analisar como a equipe multiprofissional de saúde vivência este fenômeno, possibilitou falar da vida e da qualidade da mesma, promovendo que possamos pensar e repensar, considerar e reconsiderar as nossas práticas de cuidado.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi empírica não-experimental qualitativa de orientação fenomenológica husserliana. Na orientação husserliana, o principal fundamento que guia a sua execução é a intencionalidade e a redução fenomenológica, que requer a atitude fenomenológica de colocar em suspensão temporária teorias explicativas, ou categorias *a priori*, colocando entre parênteses tudo aquilo que vem da orientação natural. Dessa forma, o

fenômeno investigado se revelará no seu sentido mais puro e originário, na sua essência, tal como se apresenta a consciência (Husserl, 1913/2006; 1936/2012).

O método fenomenológico é composto pelas seguintes etapas: a redução fenomenológica que é colocar o mundo entre parênteses, suspendendo temporariamente a crença que temos sobre ele; a redução eidética que visa evidenciar os fenômenos, reduzindo o objeto intencionado a suas essências. E a redução transcendental, que é da esfera do “eu penso”, ou seja, é pensar sobre a essência desvelada, onde “transcendemos do universo das essências ao campo da subjetividade, ao plano da evidenciação na ordem da consciência” (Guimarães, 2009, p. 47).

Como elemento central do método fenomenológico husserliano, Husserl (1913/2006) propõe, como visto anteriormente, uma modificação radical da atitude natural para atitude fenomenológica pela *epoché* (ἐποχή) que se refere a uma atitude de colocar fora de circuito, temporariamente, toda tese das ciências naturais, dos conhecimentos já adquiridos, não os negando, mas os suspendendo.

Destarte, durante toda a coleta de dado realizei a suspensão das teorias explicativas, minhas crenças, meus *a priori*s e busquei de modo intencional o acesso à essência do fenômeno visando conhecer, descrever, evidenciar e sistematizar as essências (estruturas invariantes do fenômeno), a fim de compreender como a morte e o morrer de pacientes se manifestavam para os profissionais de saúde e quais sentidos e significados foram atribuídos por eles.

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de ensino alta complexidade da rede de saúde pública situado em São Luís, Maranhão, o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) – Unidade Dutra. O hospital em questão conta com duas UTI's, sendo uma cardiológica e outra geral. O estudo foi realizado apenas na UTI Geral, compreendendo que é nesta unidade que estavam os pacientes com quadros clínicos diversos, e não apenas focado com um diagnóstico, como por exemplo, pacientes com doença cardíaca.

A definição dos sujeitos participantes ocorreu de forma intencional, considerando o desejo e disponibilidade dos profissionais em participar. Os participantes foram profissionais de saúde, e foi possível contemplar representantes de cada formação profissional necessária para a estruturação

de uma equipe de UTI, de acordo com a resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010), que dispõe sobre os requisitos para funcionamento da UTI, que consta a equipe mínima que são assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros, médicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, técnicos em enfermagem e terapeutas ocupacionais.

Os critérios de inclusão foram trabalhar na UTI do referido hospital e ter algum tipo de formação (seja esta técnica ou de nível superior). Como critério de exclusão foi a ausência de formação (de graduação ou técnica para o exercício da função), por compreender que este estudo teve um foco nos profissionais da equipe multiprofissional.

Não foram considerados como critérios de exclusão o sexo, a idade, o tempo de formação profissional e o tempo de atuação na UTI. Por se tratar de um estudo fundamentado na fenomenologia husserliana, considerei a vivência de cada participante como única e esses aspectos citados não se apresentavam como conteúdos determinantes para a compreensão da vivência subjetiva.

Para coleta de dados, visando acessar e evidenciar as vivências dos sujeitos participantes, utilizei a escuta suspensiva como modo de conduzir as entrevistas. Isso quer dizer que, esse momento não foi visto apenas como uma coleta de dados, mas como um momento em conjunto, onde de modo intencional, estive aberta para a experiência dos participantes, e este outro pode expressar a sua própria experiência (Barreira, 2018).

Assim, as entrevistas foram norteadas por um roteiro semiestruturado, constituído de perguntas abertas (APÊNDICE A), a fim de possibilitar que o sujeito participante falasse livremente sobre sua vivência, favorecendo que este entrasse em contato com suas experiências vividas do seu modo e no seu tempo. Este tipo de roteiro facilitou uma maior compreensão do fenômeno da pesquisa e evitou falas ou acontecimentos pré-fixados por mim.

Também foi utilizado um questionário estruturado (APÊNDICE B), que contemplava perguntas fechadas e foi aplicado individualmente, antes do roteiro semiestruturado, com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico dos sujeitos participantes, descrevendo dados que compõem o seu munda-da-vida.

A coleta de dados foi realizada após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). No primeiro momento, estive presente no Hospital, apresentando o projeto de pesquisa e sua aprovação para o Responsável Técnico da UTI. Posteriormente, me apresentei para os

profissionais, abordando sobre a intenção da pesquisa, os convidando. Senti receptividade e interesse por parte dos profissionais, se colando a disposição para participarem. Assim, procedi com agendamentos de algumas entrevistas.

Foi necessário que estive presente em quatro momentos distintos para realização das entrevistas. Em algumas circunstâncias, foi delicado encontrar um momento oportuno para alguns profissionais, devido à grande exigência na rotina de UTI, sendo necessário reagendamentos.

As entrevistas ocorreram em salas reservadas localizadas na UTI, no horário que foi mais conveniente para os sujeitos participantes. Foram realizadas de forma individual e presencial visando a confidencialidade da pesquisa, o sigilo das informações e minha aproximação com os participantes. A entrevista com menor tempo de duração ocorreu em 06 minutos e 01 segundo e a de maior duração em 33 minutos e 05 segundos.

As entrevistas foram gravadas após o conhecimento e autorização dos entrevistados, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e do Termo de autorização para uso de imagem e voz (APÊNDICE D) e posteriormente transcritas. Tanto a coleta de dados quanto a transcrição foram executadas por mim, entendendo essa etapa como forma de apropriação das descrições e facilitação da fase de análise dos dados. As gravações foram utilizadas apenas para o fim de transcrição das entrevistas.

Por se tratar de uma pesquisa de orientação fenomenológica, não houve a elaboração de hipóteses, pois isso corresponderia a indicar *a priori*, o que Husserl era contrário, como afirmou “[...] a fenomenologia não levanta questões, não procura determinações nem elabora hipóteses” (Husserl, 1984/2014, p. XVIII).

Para a análise dos dados, tomando como base a atitude e o método fenomenológico, genuína e exclusivamente husserlianos (Husserl, 1992; 1907/2000; /1913/2006; 1936/2012) os dados coletados foram lidos de forma suspensiva por mim, visando elencar às evidências puras do fenômeno em questão, onde as seguintes etapas foram seguidas:

- 1 – Após realização das entrevistas, realizei a transcrição e leitura integral destas;
- 2 – Suspensão temporária de qualquer valoração teórica, epistemológica, tendo única e exclusivamente, o puro ver, por meio da atitude

fenomenológica e das reduções, tal como preconizadas por Husserl em suas obras;

- 3 – Após a leitura, foi realizada a redução eidética de todas as vivências, seguido da montagem de esquemas e/ou quadros que sistematizam descritivamente tal como apareçam os fenômenos autodeclarados; e
- 4 – Por fim, a última etapa, a redução transcendental das vivências, tendo os fenômenos puros sido acessados diretamente por mim que foram analisados intencionalmente à luz da fenomenologia husserliana.

Ressalto que a separação das duas etapas de análise de dados, a redução eidética e a transcendental, ocorreu para fins didáticos, porém acontecem mútua e continuamente, sempre conduzidas pela *epoché*. Aprofundando acerca desses dois momentos, a primeira, a Redução Eidética, é o modo para chegar à essência das respostas, ou seja, da estrutura invariante, a partir da essência de cada resposta, pretendeu-se verificar o que há de comum entre todas elas, de modo a interligá-las. Também foi analisado as essências que são variáveis e pouco se repetiram (Follesdal, 2012). Após, como descrito acima, fiz quadros descritivos para facilitar a etapa da redução transcendental.

A Redução Transcendental, que é como essas essências chegaram à minha consciência transcendental enquanto pesquisadora. Nesse ponto, apareceu, no ato intuitivo, o que foi de imanente e transcendente, facilitado pela variação imaginativa e recordação (Follesdal, 2012), possibilitando a análise de como se dava a vivência dos profissionais de saúde frente ao fenômeno da morte e morrer no campo da UTI.

Do ponto de vista ético, essa dissertação foi elaborada seguindo os princípios éticos estabelecidos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares (BRASIL, 2012; 2016), e foi encaminhada ao Comissão de Pesquisa do HUUMA, com liberação para realização do estudo (Anexo A) e posteriormente encaminhada ao CEP da UFMA, sendo aprovada sob o parecer N° 7.108.702 (Anexo B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Seguindo a orientação fenomenológica husserliana como atitude e método utilizados na análise e discussão dos resultados, participaram do estudo onze profissionais de saúde, sendo um assistente social, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um enfermeiro, um médico, um nutricionista, um odontólogo, um psicólogo, um técnico em enfermagem e um terapeuta ocupacional. Foi possível a contemplação de cada categoria profissional que compõe a equipe multiprofissional da UTI.

Ficou evidente para mim, que por mais que se trata de categorias profissionais distintas, as vivências subjetivas dos profissionais de saúde ganham o mesmo contorno diante a morte e o morrer. Por mais que os profissionais, trouxessem de modo único suas percepções, haviam pontos em comum, que se configuraram como as essências do fenômeno.

No que concerne ao cenário da UTI, a unidade onde ocorreu a pesquisa era situada em um hospital público de ensino certificado pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde vinculado a UFMA, que teve sua origem em 1991. Trata-se de um hospital de grande porte, localizado no centro da cidade de São Luís, formado por duas grandes unidades hospitalares: Presidente Dutra e Materno Infantil, contando com 573 leitos, sendo realizado serviços de alta complexidade, como transplantes, cirurgia cardiovascular, hemodinâmica, neurocirurgia, traumatologia e UTI adulto, pediátrica e neonatal (Jácome, 2020)

Esta pesquisa, foi realizada na unidade hospitalar Presidente Dutra, a referida unidade abriga uma UTI Geral e uma UTI Cardiológica, ocupando espaço físico e equipe distintas. Optei por realizar a pesquisa na UTI Geral, composta por 15 leitos destinados a pacientes graves ou que apresentam risco de agravamento do quadro clínico. Existe nesse espaço um salão amplo (Figura 3), com 09 leitos compartilhados, e 01 de isolamento, onde são alocados os pacientes com maior gravidade. Os demais leitos, são organizados em um corredor mais periférico, destinado a pacientes mais estáveis. Para além, existe uma sala de reunião utilizada para conferências familiares, discussões clínicas, treinamentos e momentos de confraternização, e também há banheiros, três repousos para os profissionais e copa.

Figura 3 - UTI Adulto: salão com leitos compartilhados



Fonte: Portal padrão HUUFMA. Disponível em: <https://portalpadrao.ufma.br/site/noticias/hu-ufma-amplia-oferta-de-leitos-para-atendimento-a-pacientes-com-covid>. Acesso em: 03 mar. 2025.

Nessa UTI circulam profissionais diversos, a saber: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, enfermeiro, médico, nutricionista, odontólogo, psicólogo, técnico em enfermagem, terapeuta ocupacional, residentes de diversas áreas, acadêmicos de medicina, funcionários de limpeza e administrativos. A carga horária de trabalho dos profissionais são diversas e dependerá do cargo ocupado e das exigências mediante concurso público realizado.

O quadro 1 a seguir apresenta a caracterização dos 11 (onze) entrevistados quanto aos dados sociodemográficos.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes

Dados	Nº
Sexo	
Feminino	9
Masculino	2
Faixa etária	
27 - 37	3
38 - 48	7
49 - 55	1
Estado civil	
Solteiro	5

Casado	5
Divorciado	1
Escolaridade	
Nível Superior Completo	2
Pós Graduação	7
Mestrado	1
Doutorado	1
Realizou formação voltada para Tanatologia	
Sim	2
Não	9
Tempo de atuação na UTI	
01 – 03 anos	4
04 – 07 anos	3
08 – 15 anos	4
Religião	
Católico	6
Evangélico	4
Não possui religião	1

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Para fins de discussão, em primeiro momento apresentarei a redução eidética que se refere a análise das essências do fenômeno e no segundo momento, abordarei sobre a redução transcendental, como as essências foram evidenciadas para minha consciência enquanto pesquisadora.

Ressalto que, visando assegurar o sigilo, cada participante foi correlacionado a letra P (participante) e ao número correspondente a ordem da realização das entrevistas, assim como, não foi exposto durante os relatos as receptivas categorias profissionais, a fim de que os participantes não fossem identificados.

5.1 Redução eidética – chegando as essências do fenômeno

Na fase da redução eidética, realizei leitura integral dos relatos e extrai aquilo que era emergente e se repetia, visando destacar o que comparecia em comum entre todos eles, ou seja, o que havia de similaridade, fazendo o

cruzamento intencional e interligando-os (Barreira; Ranieri, 2013).

O cruzamento intencional corresponde a uma adequação da variação imaginária destinada ao uso na pesquisa empírica. “A função da variação imaginária é buscar múltiplas manifestações de um fenômeno a fim de descreve-lo naquilo que é essencial [...]” (Barreira; Ranieri, 2013, p.464).

Husserl (1913/2006, p. 152) aponta acerca do privilégio da imaginação livre no método fenomenológico, o autor afirma que “a imaginação pode ser tão perfeitamente clara que possibilita apreensões e evidências eidéticas perfeitas.” Logo, pela imaginação livre do pesquisador é possível infinitas percepções sobre o dado, pois essa não está presa a representação objetiva e pode ser reconfigurada de diversos modos, visando possibilitar mais clareza dos dados apresentados. Assim, a imaginação, foi utilizada como forma de reconfiguração dos dados apresentados.

Por meio da montagem de quadros (APÊNDICE E) para chegar às essências invariantes, sintetizei os fenômenos autodeclarados de cada participante possibilitando uma melhor visualização das experiências singulares, e posteriormente realizei o cruzamento intencional dessas experiências a partir do que elas tinham em comum.

Esse cruzamento é *intencional* em dois sentidos: por um lado, é um ato deliberado do pesquisador, por outro, apreende a intencionalidade própria ao fenômeno estudado que emerge pelo contraste entre as diferentes experiências relatadas. Mais uma vez, portanto, o pesquisador se abre para a experiência captando-a [...] (Barreira; Ranieri, 2013, p.464)

A seguir, apresento os títulos elaborados a partir da imaginação livre correspondente a interseção das essências (Quadro 2), e posteriormente, para fins de discussão, abordarei sobre cada uma das essências evidenciadas.

Quadro 2 – Título das essências do fenômeno

Essência A	Ser profissional da saúde é cuidar
Essência B	Falando sobre a morte: processo profundo e difícil
Essência C	A dimensão da religiosidade e espiritualidade da morte
Essência D	A morte naturalizada
Essência E	A morte sentida: depende
Essência F	Morte como minimização do sofrimento

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Essência A – Ser profissional da saúde é cuidar

No relato de todos os participantes, perante minha pergunta sobre o que seria ser profissional de saúde, o cuidar compareceu nas falas. O cuidar, teve como essência o contribuir para saúde do outro, ajudar esse outro diante das suas necessidades e de momentos difíceis.

Do ponto de vista fenomenológico, o cuidar ganha um significado importante, compreendo que tematizar sobre é de grande complexidade. Pensar o cuidar para além dos aspectos práticos, o “fazer”, refletindo sobre o cuidar no mundo humano, nos direciona para o mundo-da-vida.

O mundo da vida é o mundo que se apresenta na experiência, quando reflito sobre o mundo da vida dos profissionais de saúde na experiência do cuidar, noto esse mundo sendo percebido pela consciência, onde esses sujeitos por meio da sua capacidade perceptiva exploram o mundo de valores e bens (Husserl, 1936/2012; Guimarães, 2012).

Aqui, a consciência direciona as necessidades dos pacientes. É possível observar que essas necessidades estão para além do cuidado com corpo como objeto, como é possível observar na fala do P7 *“cuidar do outro, é perceber a pessoa, a necessidade da pessoa e tentar encontrar alguma forma de ajudar ela”*. Assim como, na fala de P9 *“Cuidar é você [...] dar o melhor para o paciente, não baseado só em curar, né? Mas em dar o melhor, qualidade de vida e conforto, o que for necessário naquele momento”*.

Por meio da intencionalidade, cuidar do outro, se doar, servir e ajudar, são modos de direcionar os seus interesses para o mundo da convivência, não estando isolados no mundo. Husserl (1913/2006), discorre acerca do mundo intersubjetivo no aprofundamento dos seus estudos, sendo este como modo de fugir no solipsismo, ou seja, do “eu sozinho”. Nesse ponto, o cuidar também ganha o contorno do mundo intersubjetivo, onde é possível os profissionais da saúde não pensarem apenas em si, mas no universal, o que une cada eu com outro eu, em outras palavras, o que une os profissionais da saúde aos pacientes.

Realizando um paralelo ao conceito de dor total devolvido por Saunders (2018), é possível pensar que cuidar envolve a perspectiva de cuidados holísticos, que significa cuidar de todas as dimensões do paciente, seja ela

física, emocional, social e espiritual, uma vez que o sofrimento humano é multidimensional.

Observo a perspectiva de um cuidado holístico quando os profissionais se referem a ofertar qualidade de vida ao paciente e sobre a importância de vivenciar o processo de sofrimento com paciente e família, como vistos em ambas os relatos:

“Eu acho que é poder ajudar o outro, na prestação do cuidado do dia a dia, trazendo um pouco de qualidade de vida pra essas pessoas” (P3).

“É estar no momento mais difícil... É realmente me colocar no lugar do outro e viver junto com ele aquela dor” (P2).

A experiência do cuidar também pode ser vista de modo gratificante, aumentando o sentimento de orgulho dos profissionais de saúde mediante poder auxiliar os pacientes no contexto de adoecimento, tratamento e internação (Monteiro, 2015). Como é visto no discurso *“É muito gratificante. Eu me sinto bem [...] sair daqui com o coração leve, eu fiz a minha parte. O que eu pude fazer, eu fiz” (P6).*

Assim como, faz parte da história de vida de alguns participantes o desejo de ser profissional da saúde desde a infância ou adolescência, correlacionado com a sua história pessoal. Sendo isso também relacionado ao seu mundo da vida, as suas vivências subjetivas. De acordo com a fenomenologia, vivência é tudo aquilo que pode ser encontrado no fluxo de vividos, não apenas as vivências atuais, mais também os inatuais (Husserl, 1913/2006)

“Eu sempre quis trabalhar com saúde, mesmo desde a adolescência, vivo essa vontade” (P3).

“Eu sempre quis, na verdade, desde pequeninha ser profissional da saúde, né? Eu precisei por muito tempo de um tratamento [...] fiz tratamento por 17 anos. Então, assim, a minha vivência foi desde pequeninha. Eu sempre vivi em hospital” (P6).

Destaco a vivência dos participantes 03 e 06 acima, que desvela esse fluxo de vividos intencional, que ao se tornar profissional da saúde retorna aos desejos na infância e adolescência e que contribui para os seus modos de cuidar.

Essência B – Falando sobre a morte: processo profundo e difícil

Falar sobre a morte é pouco frequente no nosso cotidiano. É pouco provável que encontremos pessoas que estão dispostas a ouvir acerca do que pensamos sobre o nosso processo de fim de vida e a morte, sobre nossas escolhas pessoais para o nosso momento de terminalidade e de que as pessoas reflitam acerca desses aspectos relacionada a sua própria história.

Podemos correlacionar isso a dimensão histórica da morte e do morrer, já discutida anteriormente, e de como ela foi afastada do nosso cotidiano a partir do seu deslocamento para o hospital (Santos, 2009).

O cenário da exclusão social da morte é construído mediante esse deslocamento, onde há o distanciamento de familiares no processo de fim de vida dos pacientes, esses passando a morrerem solitários, sendo os profissionais da saúde que acompanham esse momento de falecimento (Santos, 2009).

Apesar da morte ser uma realidade frequente para os profissionais da saúde, principalmente os que trabalham na UTI, falar sobre a morte ainda é um tabu, sendo difícil abordar sobre esse conteúdo. Observo isso na fala dos participantes, que, mediante a exploração das descrições do que seria a morte relataram ser algo difícil de descrever, como podemos notar:

“Ai, que pergunta difícil” (P4).

“Ah não sei, Jamille tu fazes umas perguntas difíceis” (P2).

“Bem, agora foi difícil” (P5).

Outros profissionais trouxeram que se sentiram em um processo psicoterapêutico ao realizar a entrevista e que os conteúdos abordados foram capazes de mobilizarem emocionalmente, como vemos a seguir:

“Estou quase me sentindo na minha terapia. Acho que nem irei essa semana” (P9).

“Acho que é isso, tu mexeste nas minhas coisas bem profundas. Deu pra mexer um pouquinho comigo” (P1).

Pondero que tanto a dificuldade inicial de abordar sobre a dimensão da morte e do morrer, assim como, se sentir em um processo de psicoterapia são relacionados a complexidade e intimidade conectadas com esses aspectos, e que por muitas vezes, na rotina hospitalar, refletir sobre o significado da morte e do morrer e como ela nos mobiliza se torna alheio.

Isso posto, reflito sobre a noção de intencionalidade trazida por Husserl.

O autor afirma que “a consciência é, pois, considerada como centro de intencionalidade [...]” (Husserl, 1911/1965, p. LII). A evidenciação dos fenômenos acontece por meio da consciência, como escreveu Husserl (1913/2006, p. 22) “toda consciência é sempre consciência de um objeto, e todo objeto é sempre objeto para uma consciência [...]”, logo, a evidenciação do fenômeno da morte para os profissionais da saúde ocorrem quando esses têm a ação de intencionar para tal fenômeno, e isso ocorre segundo seu campo de interesse. No cotidiano, mediante rotinas, protocolos e jornadas intensas de trabalho, direcionar a consciência para o fenômeno da morte pode ser algo custoso e difícil.

Para a fenomenologia, é a partir da interação da consciência com o objeto que o fenômeno é produzido e significado na vivência humana (Guimarães, 2013). Ser intencional é “estar voltado para”, logo a intencionalidade implica em ação, em direcionar a consciência para o determinado objeto (Husserl, 1913/2006).

Portanto, se o profissional da saúde não é intencional, não volta a sua consciência para o objeto-morte, tendo a interação entre a consciência e objeto, esse fenômeno, o da morte, perde significado na vivência humana.

Compreendo que no momento da entrevista, onde os participantes direcionam a sua consciência para o objeto tal como esse se manifesta na sua vivência subjetiva, torna-se difícil, profundo, íntimo, mas mesmo passo, torna-se terapêutico falar sobre o fenômeno da morte, tal como ocorre na psicoterapia, onde abordamos sobre as dimensões do nosso sofrimento, mas elas ganham contorno e significado.

Essência C – A dimensão da religiosidade e espiritualidade da morte

Os participantes da pesquisa compartilharam o significado da morte atravessada pela religiosidade e espiritualidade. Dentre a fala de todos os participantes, foi notório de como essa dimensão compareceu na descrição do fenômeno, sendo uma essência invariante. Por mais que, os participantes possuíssem religiões distintas, a perspectiva da religião e espiritualidade diante da morte foi evidenciada. Como notamos a seguir:

“Eu sou cristã, eu sei que é um processo que todos nós vamos viver um dia [...] a morte é aquilo mesmo que a palavra (a bíblia) vem dizer” (P2).

“A morte é o momento que nós vamos sair desse mundo físico e se reaproximar de Deus” (P5).

“Eu sou católica, eu acredito que a pessoa vai pro outro plano, acredito na ressurreição” (P6).

Kovács (2007, p. 246) faz uma diferenciação entre as terminologias. Para a autora a espiritualidade, é entendida como o "sopro da vida" e a busca por um propósito, indo além dos limites impostos pelos dogmas das religiões. “[...] é, também, uma busca humana em direção a um sentido, com uma dimensão transcendente.” ou seja, uma “[...] tentativa de compreensão de uma força superior que pode estar ligada a uma figura divina ou força superior”.

Já as religiões são um conjunto de crenças que carregam tradições acumuladas ao longo do tempo, incluindo símbolos, rituais e cerimônias, oferecendo interpretações sobre a vida e a morte. Além disso, constituem um espaço de experiências e questionamentos existenciais, abrindo-se para novas formas de compreensão. Essa vivência religiosa não se limita apenas à experiência em si, mas envolve a reflexão consciente sobre ela. Trata-se de um campo fértil para o questionamento e a busca por significado. “O que se busca é uma experiência de encontro com o mistério, um encontro pessoal que pode se dar com as religiões tradicionais ou com uma concepção pessoal de religiosidade.” (Kovács, 2007, p. 246).

Compreendo que historicamente a morte esteve atrelada espiritualidade e religião. Como já discutido anteriormente, desde os povos pré-históricos já se observa uma preocupação com os corpos dos mortos, os objetos que eram encontrados em conjunto, as pinturas e as posições dos cadáveres. Na antiguidade, com os povos egípcios, a morte já era vista como um processo onde a alma se desprendia no corpo, sendo um estágio de mudança para outra existência, assim como, nos povos gregos havia a concepção principal que após a morte haveria a imortalidade da alma (Ariès, 2017).

Na Idade Média, com o fortalecimento da Igreja, houve uma maior preocupação com a morte atrelada a noção do Juízo Final. Nesse momento histórico, existia uma preocupação com a locação dos corpos, sendo as igrejas verdadeiros cemitérios, devido à preocupação que os defuntos estivessem na Igreja, próximo dos santos (Ariès, 2017).

Logo, não é atual a relação da morte, a espiritualidade e religião. A morte é histórica e socialmente construída, discuti-la significa, portanto,

compreender o enfoque espiritual e religioso.

De acordo com Ales Bello (2004), uma importante autora contemporânea que tem embasamento na fenomenologia Husserliana, todos os fenômenos culturais, e aqui incluo fenômeno da morte, tem uma raiz religiosa. Visto que, o ser humano tem uma dimensão espiritual, e “tem necessidade da presença, da presença do divino” (Ales Bello, 2004, p. 296).

Ainda segundo a autora, as religiões são aberturas à potência. A “potência, conceitualmente, é algo que vem ao encontro do ser humano, pode ser uma força de transformação autônoma, pode fazer coisas extraordinárias” (Ales Bello, 2004, p. 304).

Assim, a crença atrelada a religião relatada pelos profissionais acerca do divino, da vida após a morte, de um lugar que se vai após o falecimento, mesmo não se sabendo ao certo de que lugar se trata, da continuidade da parte espiritual, contempla essa abertura para a potência, esse encontro do ser humano para coisas extraordinárias, milagrosas.

Podemos nos questionar sobre o sentido e veracidade de tais concepções, principalmente porque do ponto de vista empírico experimental racionalizamos tais ideias, e esse questionamento nasce de uma postura crítica. Mas, para os participantes, essa realidade se manifesta em uma riqueza de sentido, e esse sentido preenche e dá forma para o fenômeno da morte (Ales Bello, 2004).

Pensar e acreditar são possibilidade humanas e estão interligadas. Eventualmente se pressupõe que uma está ligada a racionalidade e a outra é irracional. Contudo, “o crer tem suas razões, mesmo configurando-se de forma peculiar” (Ales Bello, 2016, p. 10). O crer tem sempre uma motivação e engloba todo o ser humano, incluindo sua razão.

O ser humano sempre vai necessitar de respostas para aspectos que muitas vezes o método científico tem seus limites para responder. Perguntas profundas levantadas pelos participantes, como “*Quando a gente morre, o que é que acontece? Pra onde a gente vai? É o fim ou não é?*” (P11) e “[...] *eu vou morrer e tudo vai acabar? E aí, como vai ser, será que realmente existe vida após morte? Como que é isso?*” (P1), são questionamentos que encontram na dimensão religiosa suas respostas.

Compartilho com a ideia de Ales Bello (2004) acerca de como o ser humano, na sua existência, é religioso. Como a autora aborda:

Creio que, do ponto de vista existencial, o ser humano seja profundamente religioso, isto é, aberto à potência e à totalidade procura também racionalizar essa sua abertura a totalidade (Ales Bello, 2004, p. 305)

E considero que isso está relacionado a abertura para sua totalidade biopsicossocial-espiritual, aqui faço questão de retirar o hífen, biopsicossocialespiritual, dirigindo para uma unidade profunda. Somente a partir dessa unidade, pode-se obter a compreensão dos elementos do ser humano, definindo sua natureza, ao mesmo tempo material, psicológica, social e espiritual.

Essência D – A morte naturalizada

Ao passo que abordar sobre a morte foi evidenciado como algo profundo e difícil para os profissionais da saúde, nessa essência a naturalização da morte foi perceptível. Os participantes compartilharam como no decorrer da sua trajetória profissional houve mudança no olhar sobre o fenômeno da morte, como se observa nos relatos abaixo:

“Aqui na UTI quando eu comecei vivenciar isso, no início era bem difícil, pra mim lidar com essas questões. Hoje não é que eu vejo de uma forma mais naturalizada” (P1).

“A morte hoje em dia pra mim, ela é encarada de um jeito diferente de quando eu comecei a trabalhar neste hospital, né? Porque aqui eu comecei a conviver com a morte diariamente [...] essa exposição que eu tenho diariamente, meio que me dessensibilizou, ficou natural” (P3).

A morte naturalizada também compareceu na essência das vivências dos profissionais associada ao momento da morte dos pacientes, onde os com maior gravidade, com doença crônica e idade avançada comparecem como naturais.

“Para mim, num ambiente que eu trabalho, que é de adulto, é natural. Na minha cabeça, um adulto cumpriu o que ele tinha que cumprir, findou a vida dele, o quadro clínico dele não permite mais que ele passe daquilo ali, e dali ele vai para a morte. Então, pra mim, é mais natural” (P4).

“Toda morte é natural, né? [...] é natural socialmente mais aceitável, vamos dizer assim. Quando já tem uma idade mais avançada ou já tem uma doença que já é crônica que já era algo esperado” (P5).

“Quando o paciente já é grave, é mais natural. Para mim, tem uma naturalidade, né, ali daquele quadro. Agora, quando o paciente é clinicamente bem, estável, é muito mais difícil. Eu consigo ter uma naturalidade maior quando o paciente já vinha com uma linha declinante, né, na saúde. Então, pra mim é mais natural. Agora, quando é assim, inesperado, pra mim é mais difícil” (P8).

Monteiro (2015) aborda sobre esse aspecto no seu estudo, onde também observou que é mais fácil para os profissionais aceitarem a terminalidade nos casos de pacientes idosos e com diagnóstico de doenças progressivas e incuráveis do que em casos de pacientes crianças, jovens e com doenças agudas. Conceitualmente, chamamos a morte como possibilidade concreta como morte esperada, já a morte imprevista como morte inesperada.

Para mim, fica evidente que independe da categoria profissional e do local de atuação, a vivência dos profissionais de saúde quanto a morte esperada e inesperada tem suas semelhanças, apontando para sua essência.

Nesse estudo realizei um recorte da vivência dos profissionais de saúde frente a morte e o morrer dos pacientes na UTI no contexto da UTI adulto, e o comparecimento dessa morte naturalizada é observado associado a essas pessoas, pacientes adultos graves, no qual a morte esperada é uma realidade. Contudo quando se trata de público infantil, podemos ver que essa morte é inesperada. Silva, Valença e Germano (2010) trouxeram no seu estudo fenomenológico a dificuldade da equipe multiprofissional em lidar com a naturalização da morte do recém-nascido na UTI-Neonatal, sendo revelada por uma diversidade de sentimentos, como culpa, fracasso e impotência da equipe diante da perda de um bebê hospitalizado, sendo essa vivência permeada de dor e sofrimento.

Assim sendo, enquanto os participantes desse estudo vivenciam a morte como naturalizada diante dos pacientes adultos e graves, os participantes de outras pesquisas envolvendo pacientes crianças vivenciam essa morte como antinatural.

Essência E - A morte sentida: depende

A vivência dos profissionais da saúde frente a morte dos pacientes foi marcada por uma palavra compartilhada por eles, “depende”. Quando busquei

compreender como era para eles perceberem que um paciente estava falecendo e como eles se sentiam com o falecimento, foi revelado uma essência invariável, a morte era sentida, mas não em todos os casos.

“Isso vai depender do paciente. Existem casos que a gente fica mais triste, mais pensativo, reflexivo” (P1).

“A morte, ela me afeta a depender da situação, da análise, do contexto e tudo mais” (P3).

“Eu acho que depende muito do paciente [...] tem pacientes que a gente consegue se sensibilizar mais com o fim” (P11).

Curiosa para compreender essa dependência, aprofundei na compreensão buscando descrever como ocorria essa diferença, e não o porquê dela. Os profissionais trouxeram que em alguns casos, há uma criação de vínculo significativo com os pacientes, e esse vínculo acontece quando esses conhecem história de vida do paciente, como é a vida dele para além da hospitalização e isso está ligado ao tempo de internação daquele paciente na UTI, visto que, quanto mais tempo permanece no setor, maior a possibilidade de aproximação.

“Quando a gente tem contato com um paciente, e quando a gente desenvolve um laço [...] isso mexe com a sensibilidade que a gente tem em relação à morte dele” (P3).

“Quando é um paciente que tá aqui já há um tempinho, a gente, tem esse vínculo maior com ele” (P1).

“A gente sempre se envolve com os pacientes. Uns mais, outros menos. Depende do contato que você tem com esse paciente. Então, se for um paciente que eu tenho mais contato, claro que a gente se envolve um pouco mais” (P9).

Um dos profissionais relatou que por não haver contato direto com os pacientes e familiares, realizando suas atividades apenas por meio das prescrições, percebe que isso tem menos impacto no modo como sente a morte dos pacientes, como se observa no relato abaixo.

“Assim, como profissional e estando aqui meio que executando tecnicamente, fazendo as atividades técnicas, não existe muito aquele sofrimento porque eu não tenho aquele contato muito direto com o familiar. Eu avalio o paciente meio que através das prescrições. Eu não tenho aquele contato direto com o paciente de conversar muito, de ter aquela proximidade”

(P10).

Os profissionais também trouxeram que sentir a morte de um paciente também depende de uma identificação, ou seja, de se identificarem com a história daquele paciente e perceberem que poderiam viver algo parecido. Como é visto na fala do participante 3:

“[...] quando a gente identifica nele personalidade de pessoas que a gente conhece, eu tenho um filho, por exemplo. Então, quando falece alguém que tem uma idade próxima da idade do meu filho, isso mexe comigo, porque eu imagino como seria difícil para mim passar pela situação que daquele pai”.

Envolvimento, vínculo, laço, todas essas palavras me remetem a vivências de entropatia, ou veja, as vivências de encontro com o outro. Husserl (1973/2013) aborda acerca da noção do outro e diferencia a maneira como nos relacionamos com as coisas e com os sujeitos. Experenciamos esse outro de um modo particular, não apenas como coisas no espaço, mas compartilhando o mundo.

O outro é acessado por nós de modos diferentes, primeiro se torna acessível de maneira mais indireta, através do reconhecimento que o outro tem acesso ao mesmo mundo que eu, no qual experenciamos e vivemos. Segundo, diz respeito ao outro no sentido de uma identificação, noto esse outro como a mim mesmo, encontro aspectos que é comum comigo, tendo ele um corpo, sentimentos, sensações, pensamentos, assim como eu. E por fim, o outro que aparece também como diferenciação, onde apresenta um fluxo de consciência que embora seja uma consciência na qual eu me identifico, ao mesmo tempo eu me diferencio, pois consigo encontrar limites em relação ao outro que eu não consigo acessar e que eu só conseguiria se ele me comunicasse (Husserl, 1973/2013).

Compreendo que para os profissionais de saúde, sentir a morte de um paciente está ligada ao encontro com o outro, as vivências de entropatia. Mediante o acesso a esse outro, conhecendo sua personalidade, sua história, há o acesso ao mundo da vida do paciente, onde os profissionais encontram aspectos em comum com ele e seus familiares.

Do mesmo modo, refere-se ao mundo da vida dos próprios profissionais, do mundo intersubjetivo, dessa experiência frente a morte que não é apenas da ordem do privado, da consciência individual “eu sinto, eu me sensibilizo”, mas do encontro com esse outro, unindo o eu com o outro eu, logo “eu sinto, eu me

sensibilizo, pois eu o encontrei”.

A possibilidade de sentirmos que o outro está vivendo aquilo que também podemos viver, é um fator importante no se refere a compreensão do outro. Nós nos comunicamos por meio das vivências de entropatia, logo nossa vida é compartilhada (Ales Bello, 2004). Isso tem correlação com a morte sentida por parte dos profissionais, pois percebo que mediante uma rotina acelerada, com a naturalização da morte, a relação de entropatia não é desenvolvida com todos os pacientes da UTI.

Essência F - Morte como minimização do sofrimento

A morte como minimização do sofrimento foi evidenciada como uma essência nos discursos dos profissionais da saúde. Eles compartilharam que, por vezes, a morte é vista como conforto mediante a percepção de sofrimento vivenciada pelo paciente e também pela família.

“[...] teve um senhor, que foi um alívio pra ele. Ele estava sofrendo muito. E aí eu meio que fico pensando “Meu Deus, foi um alívio pra esse senhor. Ele estava sofrendo muito”. Ele já estava há mais de 20 dias na ventilação. Muito anasarcado. Não tinha o prognóstico pra ele. [...] É triste, mas foi meio que um alívio pra ele e pra família que estavam sofrendo muito” (P6).

“Às vezes eu vejo, como profissional, [...] como sendo um descanso, [...] como profissional, vendo aquela situação que não tem muito o que se prolongar, eu acho que a morte, às vezes, é um descanso. [...] É ruim para o paciente permanecer naquele sofrimento, naquele estado. Então, eu acho dolorido ver essa parte, mas quando você pensa que quando a coisa se prolonga por muito tempo, isso gera um sofrimento” (P10).

Existem alguns conceitos trabalhados na bioética que me fazem refletir sobre a percepção dos participantes da morte como atenuante do sofrimento, como a distanásia e ortanásia. Felix et al. (2013) abordam que no contexto de terminalidade do paciente, as condutas que devem ser tomadas são um dilema ético de difícil decisão, porém, são essas decisões que irão influenciar profundamente no processo de morte do sujeito. Por isso, é imprescindível a discussão sobre tais aspectos.

Distanásia “é conceituada como uma morte difícil ou penosa, usada para indicar o prolongamento do processo da morte, por meio de tratamento que

apenas prolonga a vida biológica do paciente, sem qualidade de vida e sem dignidade (Felix *et al.*, 2013, p. 2734). Já a ortanásia é caracterizada pelo envolvimento do “[...] indivíduo em estágio terminal [...] em seu cuidado para uma morte sem sofrimento, que dispensa a utilização de métodos desproporcionais de prolongamento da vida” (Felix *et al.*, 2013, p. 2734).

No contexto na UTI, onde a utilização de recursos tecnológicos e medicamentos potentes para suporte a vida é habitual, pode se tornar comum a prática de distanásia. Pacientes com muitos recursos tecnológicos, drogas vasoativas, ventiladores mecânicos, máquinas de hemodiálise, oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), dentre tantos outros equipamentos, são utilizados para manutenção da vida, e por vezes podem indicar o prolongamento do processo da morte.

Resgatar a dignidade do ser humano frente a terminalidade, sem ser vítima da distanásia, é considerada um desafio. Monteiro (2017) aborda alguns aspectos promotores da distanásia da UTI, como a dificuldade da família em compreender e aceitar a terminalidade, onde os mesmos desejam que todos os recursos tecnológicos sejam ofertados para o paciente, mesmo sabendo do sofrimento imposto e da falta de garantia de cura ou melhora clínica. Assim como, a falta de respaldo técnico e o medo de processo por parte dos profissionais médicos, havendo um despreparo e um desconhecimento acerca dos aspectos ético-legais envolvidos e das resoluções do Conselho Federal de Medicina que embasam ações paliativas em casos de doença incurável e terminal.

Em contraposição a distanásia, a ortanásia vem como modo de permitir ao sujeito em fase terminal que enfrente o processo de fim de vida com tranquilidade, sendo algo que faz parte da vida, e não como uma doença que deve ser curada. Os cuidados paliativos surgem como modo de garantir a ortanásia (Monteiro, 2017).

“Os cuidados paliativos representam medidas destinadas a oferecer conforto e evitar o sofrimento com intervenções que não mudarão o curso natural da doença. São aplicáveis quando se considera que os recursos técnicos atingiram seu limite extremo. Trata-se essencialmente de deixar a natureza agir, garantindo apoio emocional, social, físico e espiritual para diminuir o sofrimento tanto do paciente como dos familiares” (Forte; Achette, 2018, p. 153).

Os cuidados paliativos devem ocorrer em qualquer espaço do hospital, incluindo a UTI, visto que independente da unidade de internação hospitalar o

cuidado deve ser centrado na pessoa, havendo uma abordagem holística que promova a autonomia e a dignidade do paciente, estabelecendo um plano de cuidado centrado nas necessidades dele e de seus familiares (Forte; Achette, 2018).

Um dos participantes trouxe acerca dos cuidados paliativos no seu relato como uma possibilidade de cuidado para o sofrimento. Apesar de ser uma essência a percepção da morte como minimização do sofrimento, não compareceu como essência a possibilidade dos cuidados paliativos como um modo de cuidado capaz de atenuar o sofrimento humano frente a terminalidade.

“Tem outros pacientes que eu fico aliviada, porque você vê que está em sofrimento. Já tem outros que a gente vê que estão sofrendo sem necessidade. Que você tá vendo que não tem mais o que ser feito e eles continuam investindo e está prolongando o sofrimento [...] é triste ver um paciente que já era pra ter entrado em cuidados paliativos, e ninguém faz cuidados paliativos” (P4).

Ressalto que já há a compreensão que os cuidados paliativos não entram apenas em situações de fim de vida, pois refere-se a um conceito muito mais abrangente. Apesar do entendimento “que o cuidado ao fim da vida seja talvez o cerne dos cuidados paliativos” (Forte; Achette, 2018, p. 154), esses são muito mais vastos, devendo iniciar no momento do diagnóstico de uma doença grave e ameaçadora à vida. Contudo, aqui faço o recorte da associação de cuidados paliativos e fim de vida mediante o tema central da pesquisa.

5.2 Redução Transcendental – As essências para minha consciência enquanto pesquisadora

Nesse ponto da dissertação, abordarei acerca da fase de redução transcendental. A intenção, nesse momento, é refletir sobre como as essências desveladas chegam para a minha consciência enquanto pesquisadora.

Para pesquisas com orientação positivistas, abordar sobre como o fenômeno é visto pelo pesquisador, pode parecer questionável, entendendo que nesse tipo de estudos, o pesquisador tem um lugar de neutralidade. Contudo, em uma perspectiva fenomenológica, é justamente com essa lógica

que Husserl se propõe a romper. Para o autor, a subjetividade de quem intencionalmente direciona a sua consciência para um fenômeno é uma etapa importante para analisar os dados científicos, pois, é a partir da consciência daqueles sujeitos, que o mundo será percebido.

Dessa forma, a fase da redução transcendental, busca essa aproximação. Segundo Guimarães (2009), a redução transcendental refere-se ao eu puro ou eu reduzido, em outras palavras, ao sujeito da consciência, um domínio da experiência interna. Ainda de acordo com o autor, nesse momento da pesquisa “transcendemos do universo das essências ao campo da subjetividade, ao plano da evidenciação na ordem da consciência” (Guimarães, 2009, p. 47).

Versar sobre como o fenômeno da morte chega para minha consciência não se inicia com a presente pesquisa. Não me recordo em qual momento da minha trajetória iniciei a minha aproximação com essa temática, mas me lembro da minha primeira experiência profissional em um hospital geral e de como a UTI foi um setor que observei a escuta psicológica fazendo tanta diferença para pacientes e familiares.

Acredito que estudar sobre a morte, também foi o meu modo de manejar a difícil tarefa de ofertar suporte psicológico a pacientes e familiares em um momento tão único e que por tantas vezes gera tanto sofrimento. No contexto hospitalar, no momento de terminalidade e óbito, somos nós, os psicólogos, que somos acionados para auxiliar na comunicação da notícia difícil, que permanecemos ao lado dos familiares após a notícia e saída do médico. Somos nós que possibilitamos espaço para que a família possa se despedir, que os acompanhamos no necrotério, e mais uma vez permanecemos ao lado, sustentando a abertura para expressão do sofrimento.

Também sou profissional da saúde, essa experiência também perpassa o meu mundo da vida. Logo, quando me propus a pesquisar sobre esse tema, tinha as minhas concepções pessoais e técnicas sobre a morte, e ainda as tenho. Nesse contexto, nasce um desafio de realizar uma pesquisa com base na fenomenologia.

A *epoché* é uma atitude que deve direcionar todo o processo da pesquisa. Acerca dessa atitude Husserl (1913/2006) cita que diz respeito a colocar fora de circuito, temporariamente, toda tese das ciências naturais, dos conhecimentos já adquiridos, não os negando, mas os suspendendo, “[...]”

colocamos fora de ação a tese geral inerente a essência da orientação natural e só as admite após colocá-las entre parênteses” (Husserl, 1913/2006, p.81).

Desse modo, suspender todo o conhecimento que tenho sobre a morte, luto, vivência profissional com perdas, contexto da UTI, familiaridade com o campo da pesquisa, minhas crenças, pensamentos, sensações, sentimentos e ideias, foi árduo. A proposta, não era afirmar que os conhecimentos acerca da temática e a minha experiência pessoal não existiam, ao contrário, era reconhecer no primeiro ponto que já haviam teorias explicativas e meus aspectos subjetivos sobre, mas colocá-los fora do circuito provisoriamente para buscar genuinamente realizar uma escuta suspensiva com participantes. Uma atitude que foi necessária em todo o processo do estudo, mas imprescindível para que pudesse chegar no significado da morte e do morrer dos pacientes para os profissionais da saúde que atuam na UTI.

No que concerne as essências a primeira relaciona a “Ser profissional da saúde é cuidar”, por muitas vezes, após a realização das entrevistas com os participantes, eu também me questioneei sobre o que seria cuidar. Refleti sobre que tipo de cuidado tenho ofertado para os pacientes, familiares e equipe, e que tipo de cuidado quero me comprometer em realizar. Algumas falas como *“cuidar do outro, é perceber a pessoa, a necessidade da pessoa e tentar encontrar alguma forma de ajudar ela”* (P7); *“é dar o melhor para o paciente, não baseado só em curar, mas em dar o que for necessário naquele momento”* (P9), ganharam destaque.

Muitas vezes, o cuidado que vamos ofertar, baseado na necessidade do outro, não se refere a aspectos apenas técnicos, claro que esses são inegociáveis e imprescindíveis, mas trago a dimensão do cuidado para a subjetividade do sujeito, e não apenas para o corpo que adoeceu. O melhor para o paciente parte da perspectiva dele, e pode ser vivenciado de diversas maneiras, portando, podemos pensar que existem muitos modos de cuidar.

Falando sobre a morte: processo profundo e difícil, é mesmo complexo falar da morte, mas reitero a pergunta de Arantes (2019, p.11, grifo próprio) “será que algum dia as pessoas serão capazes de desenvolver uma conversa natural e **transformadora** sobre a morte?”. Durante a escuta dos participantes, quase todos afirmaram sobre como algumas perguntas eram difíceis de responder. Por várias vezes, a pausa, o silêncio, o riso sem jeito para disfarçar um embaraço, se fez presente. Respeitei todas essas manifestações,

acreditando que elas eram necessárias para as reflexões surgirem no encontro. A morte é uma certeza que temos, durante a nossa vida, nos preparamos para tudo que sonhamos, família, relações amorosas, filhos ou não, carreira, casa própria, automóveis, viagens, ser relevante na sociedade, amar e ser amado, e tantas outras infinitas possibilidades. Mas, quem garante que essas coisas irão ocorrer? Nada nos garante! Mas, temos garantido que um dia morreremos ou que alguém que amamos morrerá, e mesmo assim, não nos preparamos e nem sequer queremos falar sobre isso. O medo, o mistério, as incertezas, o preconceito, as vulnerabilidades que falar sobre impõem, nos impedem de conversar abertamente acerca do nosso, ou o tempo de quem amamos de morrer (Arantes, 2019).

Falar sobre a morte nos leva para um lugar de mistério, de incerteza, mas também de fé. A fé é uma experiência humana e pode ser observada ao longo da história da evolução social, ela “[...] está vinculada à força espiritual e à busca em acreditar num sentido maior.” (Kovács, 2007, p. 246).

Dessarte, outra essência revelada foi a dimensão da religião e espiritualidade da morte. Independente da religião declara pelos participantes, quase todos trouxeram acerca de crenças pessoais que possuíam acerca da morte.

A religião pode apresentar uma explicação sobre a morte de maneira mais próxima do contexto sociocultural dos profissionais de saúde, o que gera alívio da angústia e oferece conforto frente as incertezas diante do fenômeno da morte (Monteiro, 2017). Desse modo, a religiosidade ou espiritualidade pode auxiliar os sujeitos a encontrarem um sentido e significado para o preenchimento do vazio associado aos questionamentos e da dificuldade de abordar sobre a morte e o morrer, como relato essência anterior.

Seguindo, considere algo curioso durante a análise: as ambiguidades contempladas. Ao passo que os profissionais tinham dificuldade para abordar sobre o fenômeno morte, manifestando perguntas sem respostas, encontrando na religião e espiritualidade as suas respostas, eles naturalizavam o processo de morte.

Alguns relataram como houve uma mudança de postura frente a morte e o morrer dos pacientes. Um ponto importante que busquei compreender foi o que ocorria nessa vivência que para haver essa mudança. A partir dos compartilhamentos, cogito que há uma dimensão da racionalização da morte,

sendo ela fazendo parte de um ciclo, onde todos nasceram e todos morrerão, mas mediante a aproximação afetiva com os pacientes, onde houve uma relação de entropatia, ou quando se pensa na própria finitude ou de alguém amado, a morte se torna mais silenciada e temida.

Porém, o que é a vida se não essa ambiguidade? Ora, vamos racionalizar aspectos para seguir na rotina de cuidados, como profissionais de saúde, ora a afetividade, nossas emoções, sentimentos, afetos, paixões vão nos fazer refletir sobre tudo que vivemos e como nos relacionamos. E assim vamos caminhando, com essas ambiguidades que são, na verdade, complementares.

Arantes (2019) desenvolve acerca da importância da compaixão como forma de compreensão e cuidado com o sofrimento do outro sem que sejamos contaminados por ele. A compaixão nos possibilita entrar em contato com esse sofrimento do outro, cuidando e amparado, mas sem esquecermos de nós, de quem somos, das nossas necessidades e limites.

Como profissionais da saúde, “a compaixão nos leva a compreender o sofrimento do outro e a transformá-lo [...] todos nós precisamos de pessoas capazes de entender nossa dor e de nos ajudar a transformar nosso sofrimento” (Arantes, 2019, p. 56). Por isso, cuidar do outro também envolve a compaixão.

A morte como minimização do sofrimento também foi revelada como essência. O modo que essa essência foi evidenciada para minha consciência, foi com o surgimento de muitos questionamentos.

Durante a escuta suspensiva, analisando os dados e observando como diversos participantes percebiam o processo de morte de alguns pacientes, sendo ele longo, com sofrimento e que a morte vinha como conforto e alívio, devido a um prognóstico reservado, me perguntei “como esses pacientes estão morrendo nessa UTI? Que tipo de cuidado no momento da morte está sendo ofertado? Estão apenas olhando para dimensão física, e por isso a morte é vista como minimização do sofrimento? O que essa equipe conhece sobre cuidados paliativos e como acham que seria possível realiza-lo?”.

Durante o meu percurso no mestrado também fui me aprofundando na abordagem dos cuidados paliativos. Em uma viagem para São Paulo tive a oportunidade de conhecer a Casa do Cuidar, uma organização social sem fins lucrativos, criada com o objetivo de trabalho multiprofissional compartilhado na

prática e no ensino de Cuidados Paliativos. Lá fui recebida e apresentada a histórias de pessoas que não vivenciavam a morte como alívio, e sim, com conforto e serenidade.

A morte, para essa equipe da Casa do Cuidar, é cuidada em diversas dimensões e busca-se a minimização do sofrimento através de cuidados psicológicos, sociais, espirituais e físicos. Para essa equipe, não é que não exista sofrimento, mas a morte não é vista como uma forma de acabar com ele, porque nem sempre é possível acabar com o sofrimento, afinal o sofrimento faz parte da nossa dimensão humana.

Isso me faz lembrar a canção de Moraes (1966), Samba da Benção, onde o cantor expressa “É melhor ser alegre que ser triste, alegria é a melhor coisa que existe, é assim como a luz no coração. Mas pra fazer um samba com beleza é preciso um bocado de tristeza senão, não se faz um samba não”.

No samba da vida, é com certeza melhor ser alegre que ser triste, mas, para ter beleza é preciso um bocado de tristeza, porque senão, nem é o samba da vida. No processo de morte, como sendo parte desse samba, também teremos tristeza, mas isso não quer dizer que é por meio da morte do paciente que ela será aliviada. É imprescindível que ainda em vida esse sofrimento possa ser administrado e cuidado. Assim, o cuidado paliativo será essa abordagem que vai proporcionar uma vida digna e de melhor qualidade, mesmo diante do fim da vida.

Por isso, umas das frases escritas em uma das paredes da Casa do Cuidar é a da Cicely Saunders que diz “O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida”, porque poderá haver sofrimento diante da morte, perder um paciente, alguém que amamos, ou saber que nós mesmos podemos morrer é doloroso, mas só será intolerável, se não for amparado.

No contexto da UTI, Monteiro (2015) apresenta alguns pontos que precisam ser considerados para o cuidado do paciente em processo de fim de vida, como:

Tomada de decisão centrada no paciente e na família; comunicação intra-equipe e entre equipe-paciente-família; continuidade do cuidado; suporte prático e emocional para o paciente e seus familiares; controle dos sintomas e medidas de conforto; suporte espiritual para os pacientes e seus familiares e suporte organizacional e emocional para a equipe intensivista (Monteiro, 2015, p. 45)

Esses pontos compartilham similaridades com a abordagem de cuidados paliativos, porém como a autora também refere, é necessário a superação do

olhar cura *versus* cuidado no contexto da terapia intensiva, buscando sempre respeito, conforto e dignidade a pessoa em fim de vida nesse ambiente (Monteiro, 2015).

6 CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa, como dito anteriormente, deu-se mediante minhas experiências pessoais e profissionais. Falar sobre a morte e o morrer no contexto da UTI é um tema bastante pesquisado, porém, acredito que sempre há a possibilidade de discussões e contribuições.

Nessa pesquisa, busquei trazer o olhar da fenomenologia husserliana para o fenômeno, a partir da minha postura enquanto pesquisadora, da metodologia utilizada e das reflexões para análise e discussões. Me propus nessa dissertação, como demarca no seu título, a realizar uma escuta fenomenológica dos profissionais da saúde. Confesso que, inicialmente, quando me lancei para essa proposta, não tinha dimensão de como seria desafiador e árduo.

Realizar uma escuta fenomenológica exigiu de mim uma mudança de postura. Mesmo sendo uma psicóloga com visão de homem e mundo direcionada pelas teorias humanísticas, realizar uma pesquisa com orientação fenomenológica foi algo distinto de todas as pesquisas que já havia realizado. Contudo, considero que direcionei intencionalmente minha consciência para o fenômeno estando aberta para experiência do outro, e esse outro pôde abertamente expressar a sua experiência.

Como a proposta dessa pesquisa era o aprofundamento dos estudos sobre a escuta clínica fenomenológica sem apriorismos, cogito que quando os profissionais compartilharam durante as entrevistas que o diálogo os mobilizou emocionalmente, que era profundo, e que “parecia terapia”, reflito que o período da coleta de dados foi vivenciado como um momento em conjunto, ultrapassando o modelo positivista das pesquisas científicas.

A experiência de escutar os profissionais da saúde no HUUFMA me fez lembrar, no meu fluxo de vividos, minhas experiências pessoais e profissionais. De como, a minha relação com a morte e o morrer também mudou no decorrer desses sete anos atuando como psicóloga hospitalar. Atualmente, com olhar mais sensível e humano para dimensão da

terminalidade, compreendendo a importância das técnicas psicológicas específicas para o cuidado com pacientes e familiares diante da morte, mas sobrepondo a presença, o encontro e a compaixão. Pois, é como me disse certa vez um sábio paciente em um atendimento a beira leito na UTI: “querida, quando vamos envelhecendo, vamos entendendo que muitas vezes o que aprendemos não está nos livros e nas teorias, mas está nas pessoas”. Em 2018, gentilmente esse paciente compartilhou esse ensinamento inestimável comigo, uma jovem, na sua primeira experiência profissional como psicóloga hospitalar.

Também recordei de histórias familiares, do falecimento do meu avô na UTI e de como os profissionais tiveram uma postura acolhedora e humana, autorizando a entrada de diversos familiares em horários diferentes para nossa despedida. Naquele tempo, onde os protocolos e a rotina da UTI com horários de visita eram muito mais rigorosos e nem se falava em UTI de porta aberta, compreendo que o cuidado ofertado foi atento para as necessidades do meu avô enquanto paciente e nossas enquanto seus familiares.

A questão que norteou esse trabalho foi como os profissionais de saúde vivenciavam a morte e o morrer de pacientes na UTI. Inicialmente, tinha muitos questionamentos sobre essas vivências, tal qual “como é para estes profissionais lidarem com a morte e o morrer? O que pensam sobre a morte? Como o modo que vivenciam este processo pode interferir nas condutas adotadas pela equipe?”.

A análise fenomenológica revelou acerca do mundo da vida desses sujeitos, o que os constitui. Assim, evidenciando que o mundo da vida dos profissionais da saúde é marcado pelo o que acreditam que seja ser profissional da saúde, das mudanças ocorridas após a vivência no contexto da UTI, do modo como percebem a morte, fazendo parte da vida, mas ao mesmo passo, sendo difícil e profundo abordar sobre ela, e da dimensão religiosa e espiritual envolvida nesse âmbito. Revelando também, que o vínculo, a identificação e o perfil do paciente vão ser pontos que influenciam no modo como esses profissionais lidam com a morte e o morrer dos pacientes, sendo vistas, por vezes como conforto mediante a percepção de sofrimento vivenciada.

Esta pesquisa chegou a seis essências, sendo elas: ser profissional da saúde é cuidar; falando sobre a morte: processo profundo e difícil; a dimensão

da religiosidade e espiritualidade da morte; a morte naturalizada; a morte sentida: depende; morte como minimização do sofrimento. Todas estas essências descreveram os fenômenos emergentes que atravessavam o mundo da vida dos participantes.

O primeiro objetivo específico desta pesquisa consistiu em identificar os modos e estruturas da abordagem sobre a morte na sociedade ocidental e descrever o sentido de mundo da vida na perspectiva da fenomenologia husserliana. Para tanto, foi realizado uma revisão bibliográfica sobre essa perspectiva, abordando historicamente o olhar sobre o fenômeno da morte. Do mesmo modo, nesse primeiro objetivo, foi o momento inicial do meu aprofundamento sobre os apontamentos teóricos do sentido de mundo da vida na fenomenologia de Husserl.

Como segundo objetivo, busquei identificar caracterizar o contexto da UTI e o perfil sociodemográfico dos profissionais participantes descrevendo o seu mundo da vida. Nesse ponto, esses dados foram importantes para conhecer o cenário da UTI, de que lugar estava me referindo, e a respeito do tempo de atuação dos participantes na UTI, se já haviam realizado algum tipo de curso/formação em tanatologia e sua religião. Essas informações tinham como objetivo não uma determinação sobre as vivências, mas particularidades que as integravam.

O terceiro objetivo proposto foi reconhecer o sentido atribuído a morte e o morrer para os profissionais da equipe multiprofissional da UTI, ficando evidenciado que independente da categoria profissional, seja assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, enfermeiro, médico, nutricionista, odontólogo, psicólogo, técnico em enfermagem ou terapeuta ocupacional, o sentido tem sua essência, configurando-se a depender de aspectos subjetivos como conhecer a respeito da individualidade e vida para além do contexto de internação do paciente, tempo dedicado ao cuidado, identificação pessoal com essa história e da percepção de gravidade e prognóstico.

Enquanto limitações, aponto que por se tratar de um trabalho realizado com recorte para uma equipe de profissionais de uma única UTI de um hospital específico, com uma amostra pequena, os resultados não tem como objetivo generalizações, mas buscam explorar e descrever a compreensão particular e subjetiva do fenômeno. No entanto, essa pesquisa pode servir como fundamentação e ampliação na temática da morte e do morrer no contexto da

UTI com um olhar fenomenológico.

Por fim, a partir das questões suscitadas neste trabalho e com os dados evidenciados, espero que estes possam suscitar outras pesquisas buscando a compreensão sobre o que a equipe que atua na UTI conhece sobre cuidados paliativos e como acham que seria possível realiza-lo.

REFERÊNCIAS

- ALES BELLO, A. **Edmund Husserl: pensar Deus, crer em Deus**. Tradução: Aparecida Turolo Garcia; Márcio Luiz Fernandes. São Paulo: Paulus, 2016. (Coleção Mundo da Vida).
- ALES BELLO, A. **Fenomenologia e ciências humanas**: psicologia, história e religião. São Paulo: EDUCS, 2004.
- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.
- ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Tradução Priscila Viana de Siqueira. - [Ed. especial]. - Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.
- BARREIRA, C. R. A. Escuta Suspensiva. **Anais do V Seminário Internacional de Pesquisas e Estudos Qualitativos: Pesquisa Qualitativa na Educação e na Ciência em Debate**. (pp. 1-12). Foz do Iguaçu: UNIOESTE, 2018.
- BARREIRA, C. R. A.; RANIERI, L. P. Aplicações de contribuições de Edith Stein à sistematização de pesquisa fenomenológica em psicologia: a entrevista como fonte de acesso às vivências. In: MAHFOUD, M.; MASSIMI, M. (Orgs.). **Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa**. 1º Ed., Belo Horizonte: Artesã Editora, 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Institui as Normas para as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- DESPELDER, L. A.; STRICKLAND, A. L. **The Last Dance: Encountering Deth and Daying**. Mountain View, CA: Mayfield, 2001.
- FELIX, Z. C. et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 2734-2746, 2013.
- FOLLESDAL, D. As reduções de Husserl e o papel que desempenham em sua fenomenologia. In: DREYFUS, H. L; WRATHALL, M. A. (Org.). **Fenomenologia e existencialismo**. 1º Ed., São Paulo: Loyola, 2012.

FORTE, D. N.; ACHETTE, D. O conceito de cuidados paliativos no século 21. In: FUKUMTSU, K. O. (Org.). **Vida, morte e luto: atualidades brasileiras**. 1º Ed., São Paulo: Summus, 2018

FRANCO, M. H. P. Cicely Saunders por Maria Helena Pereira Franco - Saiba mais sobre luto. **Quatro estações: Instituto de Psicologia**, 2023. Disponível em: [https://www.4estacoes.com/pdf/textos_saiba_mais/cicely_saunders.pdf]. Acesso em: 10 de novembro de 2023.

GIL, G. **Não tenho medo da morte**. In: GIL, Gilberto. Refavela: Universal Music, 1977. Disponível em: [<https://www.youtube.com/watch?v=HO1manZ2wek>]. Acesso em: 02 mar. 2024.

GOTO, T. A. **Introdução à Psicologia Fenomenológica** – A Nova Psicologia de Edmund Husserl. São Paulo: Paulus, 2014.

GUIMARÃES, A. Edmundo Husserl e o fundamento fenomenológico do direito. **Cadernos da EMARF**, Fenomenologia e Direito, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 67-79, 2009.

GUIMARÃES, A. C. O conceito de mundo da vida. **Cadernos da EMARF**, p. 29-45, 2012.

GUIMARÃES, A. C. Uma aproximação aos conceitos básicos da fenomenologia. **Fenomenologia e Psicologia**. V. 1, n. 1, 2013.

HUSSERL, E. **A crise das ciências europeias e a fenomenologia transcendental: uma introdução à filosofia fenomenológica** (1936). Tradução de Diogo Falcão Ferrer. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

HUSSERL, E. **A filosofia como ciência de rigor** (1911). Lisboa: Atlântida, 1965.

HUSSERL, E. **A ideia da fenomenologia** (1907). Tradução de Artur Mourão. Lisboa: Edições 70, 2000.

HUSSERL, E. **Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica** (1913). Tradução de Márcio Suzuki. Aparecida: Ideia & Letras, 2006.

HUSSERL, E. **Investigações lógicas – sexta investigação**. Tradução de Zeljko Loparic e Andréa Loparic. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 1992. (Coleção Os Pensadores).

HUSSERL, E. **Investigações lógicas: Prolegômenos à Logica Pura** (1984). Tradução Diogo Ferrer. ed. 1. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

HUSSERL, E. **Meditações cartesianas e conferências de Paris** (1973). Rio de Janeiro: Forense, 2013.

JACOMÉ, A. **Nossa História**. gov.br/ebserh, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/governanca/hu-ufma/nossa-historia> RL>. Acesso em: 01, abril, 2025

KASTENBAUM, R; AISENBERG, R. **Psicologia da Morte**. São Paulo: Pioneira, 1983.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, São Paulo, v. 18, n. 41, p. 457-468, 2008.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2º ed., 2012.

KOVÁCS, M. J. Espiritualidade e psicologia – cuidados compartilhados. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 246-255, abr./jun. 2007.

KOVÁCS, M. J. Instituições de saúde e a morte, do interdito à comunicação. **Psicologia Ciência e Profissão**; v. 31, n. 3, 482-503, 2011.

KOVÁCS, M. J. Morte com dignidade. In: Fukumitsu, K. O. (Org.). **Vida, morte e luto: atualidades brasileiras**. São Paulo: Summus, 2018. 36-53.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010b.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O mundo da saúde**. v. 34, n. 4, 2010a.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução: Paulo Menezes. Editora WMF Martins Fontes, 10ª edição, 2017.

LOPES, M. P. G. L et al. Vivências de enfermeiros no cuidado às Pessoas em processo de finitude. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 2, 82-100, 2020.

MONTEIRO, M. **A morte e o morrer em UTI: família e equipe médica em cena**. 1. ed. São Paulo: Appris Editora, 2017. 251p.

MONTEIRO, M. **No palco da vida, a morte em cena: as repercussões da terminalidade em UTI para a família e para a equipe médica**. 2015. 201 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas, PUC, Rio de Janeiro, 2015.

MORAES, V. **Samba da Benção**. [S.l.]: Universal Music International, 1966. Disponível em: [<https://www.youtube.com/watch?v=Fz0eddwTjnk>]. Acesso em: 17 jul. 2024.

MORIN, E. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1997.

PIZZI, J. O mundo da vida: Husserl e Hermanas. Rio Grande do Sul: Editora Unijuf, 2006.

PLATÃO. **Fédon: a imortalidade da alma**. Tradução: Carlos Alberto Nunes. São Paulo, 2012.

QUINTANA, A. M., KEGLER, P., SANTOS, M. S., E LIMA, L. D. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 16, n. 35, 415-425, 2006.

SANTOS, F. S. Tanatologia- a ciência da educação para a vida. In: SANTOS, F. S. (Org). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.

SAUNDERS, C. **Velai Comigo: Inspiração para uma vida em Cuidados Paliativos**. Tradução: Franklin Santana Santos. São Paulo: FSS, 2018.

SILVA, C. L. N.; MELO, T. C. L. Quem de novo não morre, de velho não escapa”: uma pesquisa bibliográfica acerca das publicações em tanatologia no período de 2012 a 2017 no brasil. **Cardemos de graduação, Ciências Humanas e Sociais**, v. 4, n. 3, 173-186, 2018.

SILVA, L. C. S. P.; VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 770-774, set./out. 2010.

APENDICÊS

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A MORTE E O MORRER NO CONTEXTO DA UTI

1. O que significa para você ser profissional da saúde?
2. O que a morte significa para você?
3. Como é para você perceber que o paciente está em processo de fim de vida?
4. Como você se sente diante da morte de um paciente?

APÊNDICE B - Questionário Estruturado**UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE A MORTE E O MORRER NO CONTEXTO DA UTI****Perfil Sociodemográfico dos sujeitos participantes**

CÓDIGO _____

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Idade: _____

3. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União consensual

4. Naturalidade: _____

5. Cidade de residência: _____

6. Escolaridade: () Ensino Técnico () Superior Completo () Superior Incompleto () Pós-graduação. Qual? _____

7. Realizou algum tipo de formação (cursos, minicursos, grupo de estudos) voltados para tanatologia (estudo sobre a morte)? () Sim () Não

8. Ocupação/Atividade laboral: _____

9. Tempo de atuação na UTI: _____

10. Possui alguma religião? () Sim () Não
Qual? _____

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado, como voluntário, para participar da pesquisa **“UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A MORTE E O MORRER NO CONTEXTO DA UTI”**.

Você está sendo convidado, pois é profissional da saúde atuante na UTI Geral deste hospital, mas a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, o (a) senhor (a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que para isto sofra qualquer penalidade ou prejuízo na continuidade do seu acompanhamento. O objetivo principal deste estudo consiste em analisar como os profissionais de saúde vivenciam a morte e o morrer dos pacientes no contexto da UTI. Caso você aceite participar da pesquisa, ela acontecerá da seguinte forma: será feita a coleta de dados por uma psicóloga, a partir de uma de entrevista, utilizando dois instrumentos. O primeiro instrumento refere-se a um questionário estruturado, visando coletar informações diretamente com você sobre o seu perfil sociodemográfico. O segundo instrumento trata-se do roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas. O áudio da entrevista será gravado. Com essas informações, as pesquisadoras buscam conhecer, descrever, evidenciar como a morte e o morrer de pacientes se manifestam para os profissionais de saúde e quais sentidos e significados são atribuídos por eles mesmos.

Os riscos desta pesquisa estão relacionados a aspectos psicológicos devido a possibilidade desconforto emocional ou constrangimento durante o seu relato pessoal, porém caso isso ocorra, você pode parar a entrevista e retirar o termo de consentimento a qualquer momento e deixar de fazer parte do estudo. Outro risco dessa pesquisa refere-se ao sigilo e confidencialidade dos dados. Para minimizá-los, nós, enquanto pesquisadoras, nos comprometemos em utilizar os dados coletados na pesquisa somente para fins científicos, garantindo a preservação do sigilo quanto a sua identidade e garantindo divulgar e publicar os resultados encontrados seja eles favoráveis ou não, resguardando os interesses das pessoas envolvidas.

Como benefícios, é esperado que os resultados obtidos nessa pesquisa sirvam para ampliar a visão sobre o cenário estudado, viabilizando mais conhecimento sobre o tema. Assim como, possibilitar a equipe multiprofissional da UTI uma visão acerca das nuances da sua atuação frente a terminalidade, contribuindo para o desenvolvimento de um cuidado centrado no sujeito, o que poderá contribuir para a melhoria da assistência em internações futuras de diversos pacientes e familiares.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois o instrumento para registro dos dados será identificado por números.

Não há nenhum valor econômico, a receber ou pagar, pela sua participação. No entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da sua

participação nesta pesquisa, você será ressarcido em dinheiro, conforme determina a lei. Além disso, será garantida indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa, por meio de decisão judicial ou extrajudicial. Será garantido o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos ou indiretos e imediatos ou tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Este termo será impresso em duas vias que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, por você, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela(s) pessoa(s) por ele delegada(s). Você receberá uma via onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, do orientador e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Em caso de concordância com as informações que lhe foram expostas e aceitação de sua participação na pesquisa rubrique todas as folhas e assine abaixo.

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável

Pesquisadora Assistente:

Jamille Fontes Leite

Endereço: Av. dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga, São Luís - MA, 65080-805.

Telefone para contato: (98) 98838-9820

O participante poderá entrar em contato com o pesquisador no horário comercial: Segunda-feira a Sexta-feira de 8h às 12h e 14h às 18h e Sábado de 8h às 12h.

Pesquisador Responsável:

Dayse Marinho Martins

Endereço: Av. dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga, São Luís - MA, 65080-805.

Telefone para contato: (98) 98115-6584

O participante poderá entrar em contato com o pesquisador no horário comercial: Segunda-feira a Sexta-feira de 8h às 12h e 14h às 18h e Sábado de 8h às 12h.

Comitê de Ética:

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Endereço: Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar – Centro – São Luís – Maranhão

Telefone para contato: 2109-1250

Horário de funcionamento: 8 às 12h e 13:30 às 17h.

APÊNDICE D - Termo de autorização para uso de imagem e voz
Pessoa maior de 18 anos

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E VOZ

Programa: _____
Título do projeto: _____
Pesquisador (es): _____
Orientador: _____
Objetivo principal: _____
Eu, _____

autorizo expressamente a utilização da minha imagem e voz, em caráter definitivo e gratuito, constante em fotos e filmagens decorrentes da minha participação no projeto/evento/campanha para fins de publicações e divulgações acadêmicas em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, por nome ou qualquer outra forma.
As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a responsabilidade do pesquisador e sob sua guarda, entretanto tenho o direito de retirar a qualquer momento a minha autorização.

São Luís, _____ / _____ / _____

Assinatura

Nome: _____
RG.: _____
CPF: _____
Telefone1: _____ Telefone2: _____
Endereço: _____

APÊNDICE E – Quadros para chegar às essências

Apresentação de modo detalhado o percurso seguido na redução eidética para chegar às essências descritas, pode ser visualizado de modo detalhado:

Quadro 1 – Essência A: Ser profissional da saúde é cuidar

	Relato do participante	Síntese do relato	Redução eidética
P1	Ser profissional da saúde tá muito direcionado a fazer o bem ao outro, né? Talvez essa palavra seja isso... o que eu quero dizer. De poder contribuir com a saúde do outro, de alguma forma... sei lá... fazer sentido, do que o outro espera	Ser profissional da saúde acredito que seja poder contribuir com a saúde do outro, no que o outro espera	Contribuir para saúde do outro; no que o outro espera
P2	É estar com as famílias no momento mais difícil... É realmente me colocar no lugar do outro e viver junto com ele aquela dor	É estar no momento mais difícil, me colocar no lugar do outro e viver junto com ele aquela dor	Estar junto no momento mais difícil; viver junto com ele
P3	O significado disso pra mim, eu acho que é poder ajudar o outro. Na prestação do cuidado do dia a dia, trazendo um pouco de qualidade de vida pra essas pessoas. Eu costumo dizer que é servir	Poder ajudar o outro, na prestação do cuidado, servir	Ajudar o outro; prestar cuidado; servir
P4	Ser profissional da saúde é a gente se doar pro outro [...] a gente vive uma entrega, uma entrega dos nossos sentimentos; uma entrega do nosso conhecimento científico. Então, tudo isso é uma doação.	Ser profissional da saúde é a gente se doar pro outro, uma entrega	Se doar; entrega
P5	Pra mim, significa cuidar dos seres humanos. Cuidar é você ajudar, de alguma forma e aí você pode ajudar de diversas formas; ou de formas mais específicas ou inespecíficas [...] acho que cuidar é você dar algo em troca que a pessoa está precisando naquele momento	Significa cuidar dos seres humanos. Cuidar é você ajudar, é você dar algo em troca que a pessoa está precisando	Cuidar é você ajudar; dar o que a pessoa precisa
P6	É uma profissão muito importante, só de a gente ajudar quem tá precisando no momento, fazer a nossa parte. Sair daqui com o coração leve, eu fiz a minha parte. O que eu pude fazer, eu fiz. A nossa parte é fazer o que tá no nosso alcance, né. O que tá precisando agora	A gente ajuda quem tá precisando no momento, fazer a nossa parte é fazer o que tá no nosso alcance	Fazer o que está precisando; fazer o que está ao alcance
P7	Ah, profissional da saúde, eu acho que é uma pessoa que escolheu tá ali pra cuidar de outro, né? Pra cuidar da saúde do outro, para tornar a vida do outro mais tranquila, melhor	Escolheu tá ali pra cuidar de outro, é perceber a pessoa, a necessidade da pessoa e tentar encontrar alguma forma de ajudar ela	Cuidar de outro; perceber a necessidade do outro e tentar ajudar

	É tu perceber a pessoa, a necessidade da pessoa e tu tentar encontrar alguma forma de ajudar ela, né? No que ela tá precisando		
P8	Ser profissional da saúde é cuidar. Cuidar de, no caso de uma pessoa que está em um momento difícil, né, de enfermidade. Pra mim, assim, o principal verbo que defini é cuidar. Cuidar é estar disponível pra ajudar no que for preciso	Ser profissional da saúde é cuidar de uma pessoa em um momento difícil. Cuidar é estar disponível pra ajudar no que for preciso	Cuidar é estar disponível pra ajudar
P9	Eu acho que é dedicação, né? E você ter propósito. Acho que é baseado em propósito de vida mesmo. Você se doar, servir. É cuidar, no geral. Cuidar é você se doar e servir, é dar o melhor para o paciente, não baseado só em curar, né? Mas em dar o melhor, qualidade de vida e conforto, o que for necessário naquele momento	Cuidar é você se doar e servir, é dar o melhor para o paciente, não baseado só em curar, mas em dar o que for necessário naquele momento	Cuidar é você se doar e servir; dar o que for necessário naquele momento
P10	Eu acho que é uma pessoa que, de uma certa forma, ele tem uma capacitação para ajudar e tentar, vamos dizer assim, contribuir para a restauração da saúde, vamos dizer assim, a recuperação do processo de adoecimento. Aqui como profissional da saúde, a minha função é essa, evitar maiores danos ao paciente	Pessoa que tem uma capacitação para ajudar e tentar contribuir para a restauração da saúde e evitar maiores danos	Ajudar na restauração da saúde; evitar maiores danos
P11	É, pra mim, muito importante, o cuidar, a satisfação pessoal, em ajudar, entendeu? Cuidar é fazer pelo outro o que ele não pode fazer ali naquele momento, por alguma questão. É ajudar ele a passar por aquele período ali tão difícil	Cuidar é fazer pelo outro o que ele não pode fazer ali naquele momento, é ajudar ele a passar por aquele período ali tão difícil	Cuidar é fazer pelo outro o que ele não pode fazer; é ajudar a passar por período difícil
Cruzamento das essências:			Cuidar; ajudar; doar; servir; estar junto

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Quadro 2 - Essência B: Falando sobre a morte: processo profundo e difícil

	Relato do participante	Síntese do relato	Redução eidética
P1	O que significa? Nossa, é uma coisa tão... é uma pergunta tão intimista (risos) [...] É tão difícil algumas perguntas pra gente responder [...] Acho que é isso, tu mexeu nas minhas coisas bem profundas. deu pra mexer um pouquinho comigo.	Uma pergunta intimista, difícil de responder. É profundo, mexeu comigo.	Intimista; difícil; profundo.
P2	Eu realmente não sei te responder essa pergunta [...], Não sei, J* tu fazes umas perguntas difícil (risos). Mas, assim, é uma coisa que não sei te dizer	Não sei te responder, é difícil.	Difícil
P3	Pergunta bem aberta, né? Então (tempo de pausa e reflexão) eu acho que (pausa)... é um significado muito abrangente, né?	Um significado abrangente	Abrangente
P4	Ai, que pergunta difícil (risos).	Pergunta difícil	Difícil
P5	Como é que eu posso dizer? [...] Bem, agora foi difícil.	Agora foi difícil	Difícil
P6	O que significa? [...] Ai meu Deus (pausa reflexiva).	Ai meu Deus (expressão de espanto e dificuldade)	Difícil
P7	Eita, ai, é tão... (pausa para reflexão) [...] O que significa pra mim? (Pensativa)	Eita, aí, é tão...	Dificuldade em nomear
P8	Nunca parei pra pensar no que significa, mas eu sei que é uma situação muito difícil,	Situação difícil	Difícil
P9	O que significa? [...] Meu Deus, tô quase me sentindo na minha terapia (Risos).	Me sentindo na minha terapia	Intimista; profundo.
P10	-	-	-
P11	-	-	-
Cruzamento das essências:			Difícil; intimista; profundo.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Quadro 3 - Essência C: A dimensão da religiosidade e espiritualidade da morte

	Relato do participante	Síntese do relato	Redução eidética
P1	É porque eu não sei pra onde vou, entendeu? Assim, apesar de ter minha espiritualidade, ter a minha religião, eu acredito, eu creio que exista alguma vida pós morte. Mas assim, é um lugar que eu não consigo ver, ainda. Sabe, quando tu pensas na morte, eu só penso assim: acabou. E agora? [...] eu vou morrer e tudo vai acabar? E aí, como vai ser, será que realmente existe vida pós morte? Como que é isso?	Assim, apesar de ter minha espiritualidade, ter a minha religião, eu acredito, eu creio que exista alguma vida pós morte. Mas assim, é um lugar que eu não consigo ver, ainda.	Espiritualidade; religião; incertezas
P2	Eu sou cristã, eu sei que é um processo que todos nós vamos viver um dia, a gente vai perder, como eu já perdi, né, algumas pessoas [...] então assim, a morte é aquilo mesmo que a palavra (a bíblia) vem dizer. É aquela sensação que você tem de separação daquilo ou de quem você ama	Eu sou cristã, eu sei que é um processo que todos nós vamos viver um dia [...] a morte é aquilo mesmo que a palavra (a bíblia) vem dizer.	Cristã; bíblia
P3	-	-	-
P4	A morte é uma passagem para algum lugar que eu não sei aonde. Que ninguém sabe para onde vai. Alguns têm teorias, a gente não sabe muito bem [...] eu acho que é você ir ou pro o céu ou pro inferno, um dos dois. Na minha percepção é isso [...] depende de quem você foi na terra, de como você agiu, de que tipo de conduta você tomou	A morte é uma passagem para algum lugar [...] é você ir ou pro o céu ou pro inferno	Céu ou inferno
P5	Pra mim, a morte é... Como é que eu posso dizer? O fim, né, da parte carnal, mas também, não diria o início, mas a continuidade da parte espiritual, né? É, porque a morte para mim é o fim do corpo, mas não é o fim da alma nem do espírito, então por isso que eu falo a parte carnal, né? Então, é um momento que a gente vai ter essa oportunidade de nos reaproximarmos ao nosso Criador. Essa é a minha visão, né? De quem criou, né? O céu, a terra e até mesmo nós. Então, a morte é o momento que nós vamos sair desse mundo físico e se reaproximar de Deus, o espírito no caso que o corpo não vai junto.	A morte para mim é o fim do corpo, mas não é o fim da alma nem do espírito, então por isso que eu falo a parte carnal, né? Então, é um momento que a gente vai ter essa oportunidade de nos reaproximarmos ao nosso Criador. A morte é o momento que nós vamos sair desse mundo físico e se reaproximar de Deus	Corpo; alma; espírito; Deus; criador
P6	E como eu sou católica, eu acredito no...Que a pessoa vai pro outro plano. Vai, né? Se encontrar com os seus entes. Eu acredito. Vai se encontrar	Eu sou católica, eu acredito que a pessoa vai pro outro plano, acredito na ressurreição	Católica; outro plano, ressurreição.

	com os seus entes queridos. E eu acredito na ressurreição.		
P7	É o fim, né? É o fim dessa vida, nesse momento. É porque também eu tenho um pezinho no, vai pro lado da religião, eu acredito em reencarnação [...] é o fim da vida da pessoa, daquele corpo material da pessoa, mas a pessoa mesmo, a alma dela, está ali viva e foi pra algum outro plano. A morte é isso	Vai pro lado da religião, eu acredito em reencarnação; Fim daquele corpo material, mas a alma dela, está viva e foi pra algum outro plano.	Religião; corpo; alma; outro plano
P8	-	-	-
P9	A morte eu entendo como a finitude de uma vida [...] eu acho que é a vida feita de ciclos e a gente vive, cada pessoa tem seu ciclo e tem seu dia de nascer e dia de morrer. E a morte é quase que um mistério, eu não sei o que vem depois, eu defino como um mistério	A gente vive, cada pessoa tem seu ciclo e tem seu dia de nascer e dia de morrer. E a morte é quase que um mistério, eu não sei o que vem depois,	Ciclo; mistério.
P10	Então, às vezes a gente fica um pouco pensativo sobre a morte, mas sempre há uma resposta, eu como cristão, sempre paro para pensar, sempre há uma resposta, sempre há um propósito para determinadas coisas	Sempre há uma resposta, eu como cristão, sempre paro para pensar, sempre há uma resposta, sempre há um propósito	Cristão; propósito.
P11	Me questiono muito, eu tenho muitas dúvidas quanto à morte. Porque, assim, eu não tenho uma religião, como eu lhe falei antes. Eu não tenho uma religião, eu não sou praticante de nenhuma religião. Então, isso pra mim sempre foi um questionamento. Quando a gente morre, o que é que acontece? Pra onde a gente vai? É o fim ou não é? Eu me questiono muito sobre a morte. Eu acho que é um processo. Faz parte da vida. Todo mundo que nasce certamente um dia se vai, né? Mas, assim, o depois é que eu me questiono	Me questiono muito, eu tenho muitas dúvidas quanto à morte. Porque, assim, eu não tenho uma religião [...] Quando a gente morre, o que é que acontece? Pra onde a gente vai? É o fim ou não é? [...] Todo mundo que nasce certamente um dia se vai	Ciclo; incertezas; religião
Cruzamento das essências:			Espiritualidade; religião; incertezas; ciclo; outro plano.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Quadro 4 - Essência D: A morte naturalizada

	Relato do participante	Síntese do relato	Redução eidética
P1	Aqui na UTI quando eu comecei vivenciar isso, no início era bem difícil pra mim lidar com essas questões. Hoje não é que eu vejo de uma forma mais naturalizada, mas quando isso vai acontecendo, a gente já sabe, a gente já viveu um caso	Hoje não é que eu vejo de uma forma mais naturalizada, mas quando isso vai acontecendo, a gente já sabe, a gente já viveu um caso	Mudança; naturalizada
P2	Eu ouvi muito quando eu cheguei na UTI: “Tu tens que descobrir estratégias para ti proteger, porque senão tu vai ficar no eterno sofrimento”. E eu vejo isso de uma outra forma. Eu sempre digo para as pessoas que não, eu não quero me acostumar	Eu não quero me acostumar	Acostumar
P3	A morte hoje em dia pra mim, ela é encarada de um jeito diferente de quando eu comecei a trabalhar neste hospital. Porque aqui eu comecei a conviver com a morte diariamente [...] eu vejo a morte hoje diferente do que eu via antes de vir pra cá. Acho que pela quantidade de vezes em que isso já aconteceu para mim, essa exposição que eu tenho diariamente, meio que me dessensibilizou. Mas os primeiros contatos que eu tive com adoecimento intenso e morte em consequência do adoecimento, eles foram um pouquinho traumáticos, assim, no sentido de que houve um envolvimento, a sensibilização aconteceu	A morte hoje em dia pra mim, ela é encarada de um jeito diferente de quando eu comecei a trabalhar neste hospital. Acho que pela quantidade de vezes em que isso já aconteceu para mim, essa exposição que eu tenho diariamente, meio que me dessensibilizou.	Mudança; dessensibilizou
P4	Para mim, em um ambiente que eu trabalho, que é de adulto, é natural. Na minha cabeça, um adulto cumpriu o que ele tinha que cumprir, findou a vida dele, o quadro clínico dele não permite mais que ele passe daquilo ali, e dali ele vai para a morte. Então, pra mim, é mais natural.	Para mim, em um ambiente que eu trabalho, que é de adulto, é natural.	Natural
P5	Eu não tenho muito tempo na UTI [...] Mas, eu observo assim que é como se a gente mudasse. A gente mudasse a nossa forma de lidar com o processo da morte. Antes de ter tanto contato a gente talvez tenha mais dificuldade pra falar no assunto. Como profissionais da saúde, quando a gente começa a trabalhar na UTI, que é um local que tem mais gravidade, e a gente começa a lidar com muitos casos, a gente já começa a conversar mais sobre o assunto. A refletir mais sobre o assunto	Eu observo assim que é como se a gente mudasse. A gente mudasse a nossa forma de lidar com o processo da morte. Toda morte é natural, né?	Mudança; natural.

	[...] Toda morte é natural, né? É natural socialmente mais aceitável, vamos dizer assim. Quando já tem uma idade mais avançada ou já tem uma doença que já é crônica que já era algo esperado		
P6	A morte pra mim hoje é uma coisa natural. Antigamente eu não via como uma coisa natural. Hoje eu consigo ver.	A morte pra mim hoje é uma coisa natural. Antigamente eu não via como uma coisa natural	Mudança; natural.
P7	Assim, quando eu vejo aqui que o paciente está muito grave pela rotina da gente, já sabemos. Por esses anos todos que eu tô aqui. então, assim, tem pacientes que a gente já olha e sabe	Quando eu vejo aqui que o paciente está muito grave pela rotina da gente, já sabemos.	Rotina; já conhece
P8	Quando o paciente já é grave, é mais natural. Pra mim, tem uma naturalidade, né, ali daquele quadro. Agora, quando o paciente é clinicamente bem, estável, é muito mais difícil. Eu consigo ter uma naturalidade maior quando o paciente já vinha com uma linha declinante, né, na saúde. Então, pra mim é mais natural. Agora, quando é assim, inesperado, pra mim é mais difícil	Pra mim, tem uma naturalidade	Naturalidade
P9	Deixa eu pensar. É eu acho que é a vida feita de ciclos e a gente vive, cada pessoa tem seu ciclo e tem seu dia de nascer e dia de morrer.	Cada pessoa tem seu ciclo e tem seu dia de nascer e dia de morrer.	Natural, ciclos
P10	Ninguém espera situações, determinadas situações aconteçam, né? Às vezes você leva uma vida saudável, pratica esportes, então você nunca espera que aquela situação aconteça, mas às vezes a gente recebe pacientes jovens que, em condições saudáveis, né, que são cometidos por um trauma, por um acidente ou alguma coisa assim, então eu não vejo isso como um processo natural, não é oriundo de um adoecimento que você já esperava, [...] Às vezes eu vejo, como profissional, eu vejo aquilo como natural mesmo	Então eu não vejo isso como um processo natural, não é oriundo de um adoecimento que você já esperava [...] Às vezes eu vejo, como profissional, eu vejo aquilo como natural mesmo	Natural
P11	Porque tu já fizeste tanto aquilo ali. Tantas pessoas que já se foram. Então é como se já fosse bem normal. A morte é um processo natural.	Já fez tanto, então é como se já fosse bem normal. A morte é um processo natural.	Ver tanto; natural.
Cruzamento das essências:			Mudança; está habituado; natural.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Quadro 5 - Essência E: A morte sentida: depende

	Relato do participante	Síntese do relato	Redução eidética
P1	Isso vai depender do paciente. Existem casos que a gente fica mais triste, mais pensativo, reflexivo [...] Perceber que esse paciente tá morrendo, é como se, se de alguma forma, né, que morresse um pedacinho de mim ali com ele, mas principalmente quando tem um vínculo [...] Tem pacientes que a gente começa a se vincular, mas aí, e geralmente são aqueles pacientes bem mais graves, que a gente se vincula mais. Eu acabo me vinculando mais, porque eu estou mais tempo ali disponível	Vai depender do paciente [...] Perceber que esse paciente tá morrendo, é como se, se de alguma forma, né, que morresse um pedacinho de mim ali com ele, mas principalmente quando tem um vínculo	Depende; vínculo
P2	Alguns casos assim que eu sofro menos, tem outros que eu sofro mais [...] Tem vivências e vivências [...] No ano que eu entrei aqui, três meses antes eu engravidei e tive um aborto espontâneo. Então, assim que eu entrei na UTI, não demorou muito tempo, eu tive que passar por uma experiência com uma paciente [...] ela teve a criança no sétimo mês e não conseguiram salvar a criança [...] eu sentia como se eu tivesse ali realmente. Isso me causou sofrimento, não foi pouco, muito sofrimento	Alguns casos assim que eu sofro menos, tem outros que eu sofro mais [...] eu tive que passar por uma experiência com uma paciente [...] eu sentia como se eu tivesse ali realmente. Isso me causou sofrimento.	Identificação
P3	A morte, ela me afeta a depender da situação, da análise, do contexto e tudo mais [...] de uma hora para a outra a gente tem todo um contato com alguém, conversa com essa pessoa, desenvolve algum laço, troca sorrisos, entende um pouquinho da rotina familiar às vezes. E aí, num outro momento, essa pessoa já não está mais aqui [...] eu tenho um filho, por exemplo, então, quando falece alguém que tem uma idade próxima da idade do meu filho, isso mexe comigo, porque eu imagino como seria difícil para mim passar pela situação	A morte, ela me afeta a depender da situação [...] de uma hora para a outra a gente tem todo um contato com alguém e aí, num outro momento, essa pessoa já não está mais aqui [...] eu tenho um filho, por exemplo, então, quando falece alguém que tem uma idade próxima da idade do meu filho, isso mexe comigo	Depende; vínculo; identificação.
P4	Eu fico triste, dependendo do paciente [...] no meu caso, acho que é uma identificação, porque eu gosto muito de paciente grave. Então, pra mim, quanto mais grave o paciente, melhor. Como uma paciente, ela	Eu fico triste, dependendo do paciente [...] acho que é uma identificação, porque eu gosto muito de paciente grave.	Depende; identificação; perfil do paciente.

	estava muito grave e eu gosto muito desse tipo de paciente e eu me doe bastante, então, pra mim foi mais sensível.		
P5	Isso vai depender do paciente. Existem casos que a gente fica mais triste, mais pensativo. Reflexivo [...] E às vezes a gente até vai pra casa pensando, refletindo. Na questão da brevidade da vida, vou dizer assim. Do quão breve a vida é e também, o fato da gente não ter controle	Isso vai depender do paciente. Existem casos que a gente fica mais triste, mais pensativo.	Depende
P6	E aí tem coisas que pegam a gente mais assim [...] Meio que se apegam com alguns. Eu acho que o primeiro ponto é tempo de internação que faz a gente criar esse vínculo maior. Porque tem pacientes que com 24 horas tem alta, vem só em pós-operatório e vão logo para enfermaria. E tem outros que ficam mais tempo com a gente, e a gente é meio que acaba criando esse vínculo. Eu acredito que é o tempo de internação mesmo que influencia muito.	E aí tem coisas que pegam a gente mais assim [...] Meio que se apegam com alguns [...] é tempo de internação que faz a gente criar esse vínculo maior.	Vínculo; tempo de internação
P7	Acho que depende muito do paciente. Porque tem paciente que a gente acaba se apegando, quando o paciente passa mais tempo [...] eu fico triste assim, sabe? Quando é paciente que a gente vem acompanhando, que a gente já conhece a história [...] Então, assim, é estranho. É uma tristeza, é um aperto no coração, como se fosse uma pessoa próxima. Mas tem outros assim que é tipo, teve uma admissão em uma sexta-feira à tarde e o óbito foi no domingo. Então, eu nem tive contato com o paciente. Eu não conheci, é uma história que eu não conheci, então não me toca.	Acho que depende muito do paciente. Porque tem paciente que a gente acaba se apegando, quando o paciente passa mais tempo	Vínculo; tempo de internação
P8	Então, depende [...] quando o paciente já é grave, é mais natural. Pra mim, tem uma naturalidade, né, ali daquele quadro. Agora, quando o paciente é clinicamente bem, estável, é muito mais difícil pra mim, é doloroso. A gente acaba se apegando aos pacientes, aos familiares, aí é mais doloroso.	Então, depende [...] quando o paciente já é grave, é mais natural. Agora, quando o paciente é clinicamente bem, estável, é muito mais difícil pra mim, é doloroso. A gente acaba se apegando	Depende; vínculo; perfil do paciente.
P9	É assim, a gente sempre se envolve com os pacientes. Uns mais, outros menos. Depende do contato que você tem com esse paciente. Então,	A gente sempre se envolve com os pacientes. Uns mais, outros menos. Depende do contato que você tem com	Vínculo; tempo de internação e cuidado

	se for um paciente que eu tenho mais contato, claro que a gente se envolve um pouco mais [...] Eu acho que como o ritmo de trabalho na UTI é baseado em plantões, depende de quantas vezes tu acabou acompanhando e cuidando daquele paciente. Tem pacientes que chegam na UTI hoje e infelizmente amanhã eles podem falecer. Você acabou tendo pouco contato. Tem pacientes que você já viu de outras internações e que você já acompanhou em outros plantões, que você já sabe aquela história, cria mais vínculo com a família, é diferente, né?	esse paciente	
P10	Assim, depende muito do contexto [...] Assim, como profissional e estando aqui meio que executando tecnicamente, fazendo as atividades técnicas, não existe muito aquele sofrimento porque eu não tenho aquele contato muito direto com o familiar. Eu avalio o paciente meio que através das prescrições. Eu não tenho aquele contato direto com o paciente de conversar muito, de ter aquela proximidade. Eu vejo mais a questão da doença, da prescrição em si. Então, não é aquela coisa muito de sofrimento.	Assim, depende muito do contexto [...] Eu não tenho aquele contato direto com o paciente de conversar muito, de ter aquela proximidade [...] Então, não é [...] sofrimento.	Depende; Vínculo
P11	Eu acho que depende muito do paciente [...] Eu acho que depende muito do perfil daquele paciente. Quando é criança, quando é mais jovem, eu acho que mexe mais. Não que os mais velhos não causem impacto	Eu acho que depende muito do paciente [...] Eu acho que depende muito do perfil daquele paciente.	Depende; perfil do paciente
Cruzamento das essências:			Depende; vínculo; tempo de internação; perfil do paciente.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Quadro 6 - Essência F: Morte como minimização do sofrimento

	Relato do participante	Síntese do relato	Redução eidética
P1	Quando paciente morre eu fico triste, mas ao mesmo tempo eu vejo que, aquele paciente que geralmente que vem á óbito é um paciente que está em sofrimento muito grande. Às vezes é uma doença que realmente é incurável, há fez um tratamento que não é mais curativo. Tá aqui e as coisas vão só se complicando. Então, quando ele morre, às vezes eu tenho a sensação de que esse paciente agora descansou, de fato. E isso, por um lado, me deixa um pouco feliz. Não só a questão de ficar triste porque morreu, mas também feliz porque agora ele tá descansando. Que eu percebia um sofrimento	Paciente que geralmente que vem á óbito é um paciente que está em sofrimento muito grande. Então, quando ele morre, às vezes eu tenho a sensação de que esse paciente agora descansou	Sufrimento; descanso
P2	Pacientes que vêm pra UTI são aqueles pacientes que, realmente, já estão, assim... com história das doenças ameaçadoras da vida [...] a gente sabe que essas doenças, elas têm estágios, então, quando chega no estágio de fim, de estar aqui na UTI é porque a coisa já está muito séria, o sofrimento já está lá, a família já está exausta, já está cansada e o paciente também	Quando chega no estágio de fim, de estar aqui na UTI é porque a coisa já está muito séria, o sofrimento já está lá, a família já está exausta, já está cansada e o paciente também	Sufrimento; prognóstico; cansaço.
P3	Porque aí eu vejo também o adoecimento, o sofrimento da internação, o prognóstico da doença, e começo a pensar nessas questões. E muitas das vezes uma frase que a gente sempre fala aqui é que fulano de tal descansou. Então a morte, para essa pessoa, é uma morte que a gente já via como uma coisa que seria, entre aspas, uma solução	Porque aí eu vejo também o adoecimento, o sofrimento o prognóstico [...] E muitas das vezes uma frase que a gente sempre fala aqui é que fulano de tal descansou [...] é uma morte que a gente já via como uma solução	Sufrimento; descanso; solução; prognóstico.
P4	Tem outros pacientes que com a morte eu fico aliviada, porque você vê que está em um sofrimento. Já tem outros que a gente vê que estão sofrendo sem necessidade. Que você tá vendo que não tem mais o que ser feito e eles continuam investindo e aquele paciente está prolongando o sofrimento E isso aí é uma coisa que adoce a gente, pelo menos a mim	Tem outros pacientes que eu fico aliviada, porque você vê que está em um sofrimento	Sufrimento; alívio.
P5	Às vezes é uma pessoa que já tem uma alteração no fígado, que já está muito avançada. Às vezes o próprio paciente também já está sofrendo há	O próprio paciente também já está sofrendo há muito tempo.	Sufrimento; tempo de internação.

	muito tempo. Já tem muito tempo de internação na UTI.		
P6	Tem pacientes e pacientes, por exemplo, teve um senhor que foi um alívio pra ele. Ele estava sofrendo muito. E aí eu meio que fico pensando “Meu Deus, foi um alívio pra esse senhor”. Ele estava sofrendo muito, ele já estava mais de 20 dias na ventilação, muito anasarcado, não tinha o prognóstico pra ele.	Foi um alívio pra esse senhor”. Ele estava sofrendo muito, ele já estava mais de 20 dias na ventilação, muito anasarcado, não tinha o prognóstico	Sofrimento; tempo de internação; prognóstico
P7	Quando o paciente mesmo já estava ali em processo ativo de morte, se a família estar junto, nesses últimos momentos, eu me sinto mais tranquila, mais aliviada, sabe?	Quando o paciente mesmo já estava ali em processo ativo de morte, se a família estar junto, nesses últimos momentos, eu me sinto mais tranquila, mais aliviada	Alívio
P8	-	-	-
P9	-	-	-
P10	Então, eu vejo muitas vezes, esse lado bom, é ruim a perda de um ente querido, porque você não vai ter mais aquela oportunidade de falar novamente, de dar um abraço, mas é ruim para o paciente permanecer naquele sofrimento, naquele estado. Então, eu acho dolorido ver essa parte, mas quando você pensa que quando a coisa se prolonga por muito tempo, isso gera um sofrimento tanto para a família quanto para o próprio paciente. [...] as pessoas devem perceber, eu não sei como é, mas devem perceber que chegou a um limite e as pessoas ficam na tentativa do retorno, do restabelecimento da saúde, sendo que aquilo não vai mais acontecer. Então, às vezes, isso deve ser um sofrimento	Então, eu vejo muitas vezes, esse lado bom [...] quando você pensa que quando a coisa se prolonga por muito tempo, isso gera um sofrimento	Lado bom; sofrimento.
P11	Quando é um paciente que a gente vê que já teve uma luta muito grande, que já vem sofrendo com aquela doença por muito tempo. Às vezes, é até um, sei lá, um descanso, como a gente fala, né? Ah, o paciente descansou.	Paciente que já teve uma luta muito grande, que já vem sofrendo com aquela doença por muito tempo é um descanso.	Sofrimento; descanso.
Cruzamento das essências:			Sofrimento; descanso; tempo de internação; prognóstico

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

ANEXOS

ANEXO A – Carta de anuência HUUFMA

25/03/2024, 11:15

SEI/SEDE - 37408276 - Carta - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Rua Barão de Itapary, nº 227 - Bairro Centro
São Luís-MA, CEP 65020-070
(98) 2109-1000 - <http://huufma.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 33/2024/SGPITS/GEP/HU-UFMA-EBSEH

São Luís, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: **“UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A MORTE E O MORRER NO CONTEXTO DA UTI”**, sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **DAYSE MARINHO MARTINS**.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinada eletronicamente)

Gerente de Ensino e Pesquisa



Documento assinado eletronicamente por **Rita da Graça Carvalho Frazão Correa, Gerente**, em 15/03/2024, às 15:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **37408276** e o código CRC **E60A821C**.

Referência: Processo nº 23523.002127/2024-45 SEI nº 37408276

ANEXO B - Parecer consubstanciado do Cep

25/03/2024, 11:15

SEI/SEDE - 37408276 - Carta - SEI

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** UMA FENOMENOLOGIA DA ESCUTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A MORTE E O MORRER NO CONTEXTO DA UTI**Pesquisador:** DAYSE MARINHO MARTINS**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 79192824.5.0000.5087**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 7.108.702**Apresentação do Projeto:****Desenho:**

Vide metodologia de acordo com a Carta Circular nº 110-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS.

Resumo:

A morte é um fato inevitável e inerente ao curso da vida do ser vivo. Ela faz parte do desenvolvimento humano e o acompanha no seu ciclo vital. Do ponto de vista histórico a morte e o processo de morrer foram vistos e vivenciados de modos distintos e atualmente, após o advento da tecnologia e o avanço da medicina, os hospitais ganharam destaque nesse contexto, em especial as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) que se tornaram um constante local para a morte da grande parte das pessoas no mundo. Para a equipe multiprofissional de saúde, a morte faz parte do seu cotidiano e os aspectos relacionados a terminalidade dos pacientes são vivenciados constantemente. Dessa forma, o presente estudo tem o objetivo de analisar como os profissionais de saúde vivenciam a morte e o morrer dos pacientes no contexto da UTI e busca especificamente identificar os modos e estruturas da abordagem sobre a morte na sociedade ocidental e descrever o sentido de mundo da vida na perspectiva da fenomenologia husserliana; caracterizar o contexto da UTI e o perfil sociodemográfico dos profissionais

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom Delgado**Bairro:** Bacanga**CEP:** 65.080-805**UF:** MA**Município:** SAO LUIS**Telefone:** (98)3272-8708**E-mail:** cepufma@ufma.br