

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO**

LUCIANA ARAÚJO AFONSO

**ATUAÇÃO EM ONCOLOGIA: ATITUDES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DIANTE
DA MORTE**

Orientadora: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

**JUIZ DE FORA
2019**

LUCIANA ARAÚJO AFONSO

**ATUAÇÃO EM ONCOLOGIA: ATITUDES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DIANTE
DA MORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Processos Psicossociais em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**JUIZ DE FORA
2019**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Afonso, Luciana Araújo.

Atuação em Oncologia: Atitudes de uma equipe de saúde diante da morte / Luciana Araújo Afonso. -- 2019.

140 f.

Orientador: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2019.

1. Atitude do Pessoal de Saúde. 2. Morte. 3. Pacientes. 4. Neoplasias. I. Grincenkov, Fabiane Rossi dos Santos, orient. II. Título.

Termo de Aprovação

LUCIANA ARAÚJO AFONSO

ATUAÇÃO EM ONCOLOGIA: ATITUDES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE
DIANTE DA MORTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Psicologia.

Dissertação defendida e aprovada em 27 de junho de 2019.

Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Prof^a. Dr^a. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov
Universidade Federal de Juiz de Fora

Cláudia Helena Cerqueira Marmora

Prof^a. Dr^a. Cláudia Helena Cerqueira Marmora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva

Prof^a. Dr^a. Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva
Hospital do Câncer de Barretos-SP e Universidade de São Paulo

Dedico este estudo a minha avó, cuja dolorosa partida incentivou investigar a temática aqui
abordada.

“Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornaremos na arte de viver.”

Rubem Alves

RESUMO

Os profissionais de saúde que atuam na oncologia se veem em meio à fragilidade da vida humana, visto que o câncer ainda é considerado a segunda maior causa de mortes no Brasil. Por sua vez, esses profissionais são frutos de uma sociedade que tem a morte como tabu, fato que gera implicações em sua prática profissional, bem como frente à ênfase que a formação acadêmica dos cursos de saúde tem dado às habilidades técnicas-científicas, enfocando muitas vezes o caráter curativo e de estabelecimento de saúde do indivíduo em detrimento do estudo da tanatologia, tornando grande parte dos profissionais incapacitados para lidarem com a morte e/ou o processo de morrer. Desta forma, a presente pesquisa tem por objetivo geral compreender as atitudes de uma equipe de saúde que atua na oncologia diante da morte de pacientes. Como objetivos específicos busca-se levantar informações sobre as crenças, sentimentos e ações dos profissionais diante da morte de pacientes, suas percepções quanto ao preparo da formação para o enfrentamento desta vivência, bem como analisar se há associações entre suas habilidades sociais e resiliência com as atitudes diante da morte. Trata-se de um estudo transversal, exploratório e correlacional, de caráter qualitativo e quantitativo, cuja amostragem foi por conveniência e composta por 38 profissionais de saúde (Técnicos de Enfermagem, Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social) de um hospital oncológico de referência ao tratamento do câncer, localizado no município de Muriaé/MG. Os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico, profissional e clínico, entrevista semiestruturada, Escala de Resiliência e Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Os dados qualitativos foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin e os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva, sendo também realizada a Correlação de Pearson. Como resultados, constatou-se que grande parte dos profissionais apresentaram atitudes de negação no contato com a morte e o processo de morrer de pacientes (42%) e verificou-se que atitude negativa diante da morte de pacientes correlacionou-se negativamente com habilidade social e resiliência. Além disso, identificou-se que 79% dos entrevistados apontaram o despreparo da formação para o enfrentamento da terminalidade. No que concerne às crenças diante da morte de pacientes, a maior parte da amostra concordou que a morte significa perda e angústia. Quanto aos itens relacionados aos sentimentos diante da morte de pacientes, a maior parte da amostra concordou com o item “sinto tristeza profunda com a morte do paciente”. Por fim, grande parte dos participantes concordou com as ações: “mesmo estando em casa continuo pensando sobre o quadro clínico do paciente” e “há muitos momentos em que aproximo do paciente e

há muitos momentos em que eu o evito”. Espera-se que os achados deste estudo contribuam para que futuramente intervenções sejam traçadas, direcionadas ao desenvolvimento de habilidades específicas com foco no melhor enfrentamento da terminalidade.

Palavras-chave: Atitude do Pessoal de Saúde. Morte. Pacientes. Neoplasias.

ABSTRACT

Health professionals that works in oncology see themselves in a context of the human life fragility, since cancer is still considered the second largest cause of death in Brazil. In turn, these professionals are the fruits of a society that has death as taboo, a fact that creates implications in their professional practice, and in the emphasis that the academic training of health courses has given to the technical-scientific abilities frequently focusing on the curative character and health establishment of the individual over the study of the tanatology, making a large number of the professionals incapable to deal with death and / or the process of dying. Therefore, the present study has as general objective to understand the attitudes of a health team that acts in oncology facing the death of patients. As specific objectives, it aims to know the beliefs, feelings and actions of the professionals in front of the death of patients, their perceptions in relation to the preparation of the formation to face this experience, as well as to analyze if there are associations between their social skills and resilience with the attitudes in front of death. This is a cross-sectional, exploratory and correlational study of a qualitative and quantitative character, whose sampling was by convenience and composed of 38 health professionals (Nursing Technicians, Nursing, Medicine, Pharmacy, Physiotherapy, Phonoaudiology, Nutrition, Dentistry, Psychology and Social Work) from a cancer hospital which is a reference for cancer treatment, located in the city of Muriaé/MG, Brazil, encompassing this specialties:. The following instruments were used: sociodemographic and professional questionnaire, semi-structured interview, Resilience Scale and Social Skills Inventory (ISS). The qualitative data were submitted to the Bardin Content Analysis and quantitative data were analyzed using descriptive statistics, a Pearson's correlation was also made. As a result, it was found that a large number of the professionals presented negative attitudes in contact with death and the process of dying of patients (42%) and it was verified that negative attitude in face of the death of patients was negatively correlated with social ability and resilience. Moreover, it was identified that 79% of the interviewees pointed out the unpreparedness of the training to face terminality. Concerning beliefs about patient death, most of the sample agreed that death means loss and anguish. About the items related to feelings on the death of patients, most of the interviewees agreed with the item "I feel deep sadness with the death of the patient". Finally, most of the participants agreed with the actions: "even being at home I still think about the clinical status of the patient" and "there are many moments when I approach myself to the patient and there are many moments when I avoid it." It is hoped that the findings of this study will contribute to future interventions

based and aimed at the development of specific skills focused on better coping with terminality.

Keywords: Attitude of Health Personnel. Death. Patients. Neoplasms.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Frequência, percentual e percentual acumulado	54
Figura 2 – Fluxograma referente às etapas da pesquisa	57
Figura 3 – Síntese da progressão das categorias de análise.....	58
Figura 4 – Fluxograma referente à análise de dados	61
Figura 5 – Representação gráfica da normalidade: (a) atitude negativa diante da morte de pacientes, (b) habilidade social e (c) resiliência	69
Figura 6 – Diagrama de dispersão mostrando a correlação entre atitude negativa diante da morte de pacientes e habilidade social	71
Figura 7 – Diagrama de dispersão mostrando a correlação entre atitude negativa diante da morte de pacientes e resiliência	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Teste simples de Kolmogorov- Smirnov de normalidade dos dados	53
Tabela 2 – Frequência, percentual e percentual acumulado	54
Tabela 3 – Dados sociodemográficos dos participantes	63
Tabela 4 – Dados profissionais dos participantes.....	64
Tabela 5 – Dados clínicos dos participantes.....	65
Tabela 6 – Descrição dos resultados em relação às crenças diante da morte de pacientes	66
Tabela 7 – Descrição dos resultados em relação aos sentimentos diante da morte de pacientes.....	67
Tabela 8 – Descrição dos resultados em relação às ações diante da morte de pacientes	67
Tabela 9 – Descrição dos resultados para o IHS	68
Tabela 10 – Descrição dos resultados para a escala de resiliência	68
Tabela 11 – Teste de Normalidade das variáveis: atitude negativa diante da morte de pacientes, habilidade social e resiliência	69
Tabela 12 – Relação entre atitude negativa diante da morte de pacientes e habilidade social através da Correlação de Pearson para $p < 0,05$	70
Tabela 13 – Relação entre atitude negativa diante da morte de pacientes e resiliência através da Correlação de Pearson para $p < 0,05$	70
Tabela 14 – Dados frequenciais e percentuais obtidos na Análise de Conteúdo acerca das atitudes diante da morte de pacientes	74
Tabela 15 – Dados frequenciais e percentuais obtidos na Análise de Conteúdo acerca das atitudes frente aos pacientes que estão diante da terminalidade.....	76
Tabela 16 – Dados frequenciais e percentuais obtidos na Análise de Conteúdo acerca das atitudes frente ao familiar e/ou acompanhante de pacientes que estão diante da terminalidade	78

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPA	Centro de Psicologia Aplicada
EIU	Economist Intelligence Unit
ENJUPSI	Encontro Juizforano de Psicologia
FCV	Fundação Cristiano Varella
HS	Habilidade Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IHS	Inventário de Habilidades Sociais
ISS	Social Skills Inventory
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
RBPH	Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar
SPSS	Software Statistical Package for the Social Sciences
THS	Treinamento de Habilidades Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	O CÂNCER: DEFINIÇÃO, ORIGEM, FATORES DE RISCO, TRATAMENTO E ESTIMATIVAS	19
2.2	UM BREVE PANORAMA DA MORTE NO OCIDENTE	21
2.3	A VIVÊNCIA DA TERMINALIDADE NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA	24
3	CARACTERIZANDO AS VARIÁVEIS DO ESTUDO: ORIGEM E DEFINIÇÃO	30
3.1	ATITUDE.....	30
3.2	RESILIÊNCIA.....	36
3.3	HABILIDADE SOCIAL	41
4	OBJETIVOS	46
4.1	OBJETIVO GERAL.....	46
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
5	PERCURSO METODOLÓGICO	47
5.1	DELINEAMENTO.....	47
5.2	PARTICIPANTES	47
5.2.1	Amostra	47
5.2.2	Critério de seleção	48
5.2.3	Critérios para inclusão na amostra	48
5.2.4	Critérios para não inclusão na amostra	48
5.3	CENÁRIO DA PESQUISA	49
5.4	INSTRUMENTOS	49
5.5	PROCEDIMENTOS.....	55
5.6	ANÁLISE DOS DADOS	57
5.7	ASPECTOS ÉTICOS	61
6	RESULTADOS	62
6.1	ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS	62
6.1.1	Caracterização da amostra	62
6.1.2	Atitude diante da morte de pacientes	66
6.1.3	Habilidade Social	68
6.1.4	Resiliência	68

6.1.5	Atitude, Habilidade Social e Resiliência	69
6.2	ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS	73
6.2.1	Atitudes de profissionais da oncologia diante da morte de pacientes.....	73
6.2.2	Atitudes de profissionais da oncologia diante do processo de morrer de pacientes	75
7	DISCUSSÃO	79
7.1	DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS.....	79
7.2	DISCUSSÃO DOS DADOS QUALITATIVOS.....	82
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
	REFERÊNCIAS	110
	APÊNDICES	126
	ANEXOS	131

1 INTRODUÇÃO

Em estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer- INCA (2018), cerca de 600 mil novos casos de câncer foram previstos para o biênio 2018-2019 no Brasil. Ademais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2018), o câncer é considerado a segunda maior causa de mortes no mundo. Diante disso, segundo dados da literatura (Kovács, 2010; Kubler-Ross, 2005), cada vez mais as equipes de saúde que atuam em hospitais estão envolvidas na rede de relações interpessoais que esta doença desencadeia.

O câncer caracteriza-se como uma enfermidade que requer tratamento contínuo, e muitas vezes invasivo, o que demanda grande envolvimento por parte das equipes especializadas de saúde. Além disso, em nossa sociedade e na prática dos profissionais de saúde, está associado a aspectos negativos, temidos e ameaçadores, como sofrimento, dor, mutilação, desesperança, destruição, medo e morte (Kubler-Ross, 2005; Silva, 2009).

Desta forma, tem se dado destaque à importância de se considerar as particularidades do contexto do profissional que atua na atenção ao paciente com câncer, visto que o mesmo caracteriza-se como um ambiente desafiador, hostil e ameaçador, permeado por vários aspectos geradores de conflitos, como a perda cotidiana de pacientes, as pressões exercidas ao modelo biomédico em salvar vidas e o convívio frequente dos profissionais com familiares e pacientes (Kubler-Ross, 2005). Entretanto, dentre os aspectos conflitantes do cotidiano hospitalar, a morte de pacientes tem sido considerada um dos maiores desafios para atuação profissional, configurando-se como um momento capaz de suscitar inúmeros pensamentos e emoções, como dúvidas sobre competência, sentimentos de culpa, negação da dor dos pacientes, distanciamento afetivo nas relações e simplificação na abordagem sobre o tema (Browall et al., 2014; Barbosa, Massaroni, & Lima, 2016; Cevik & Kav, 2013; Kubler-Ross, 2005; Novaes & Trindade, 2007; Rodenbach et al., 2015).

Todavia, o contexto social, histórico e cultural de negação da morte, influencia diretamente na ênfase que a formação acadêmica dos profissionais de saúde tem dado aos aspectos técnico-científicos em detrimento dos aspectos relacionais e na maneira como os mesmos interagem em sua prática com o processo de morte e morrer de pacientes (Ariés, 2014; Kubler-Ross, 2005; Odejide, et al., 2016).

Sendo assim, por se tratar de um fenômeno complexo, o qual abrange as equipes de saúde presente nos hospitais, diferentes estudos têm abordado as atitudes dos profissionais de

saúde diante da morte de pacientes (Mori, et al., 2015; Recco, Luiz & Pinto, 2005). O despreparo dos profissionais tem sido evidenciado por meio de atitudes de ambivalência, de defesa e de distanciamento, bem como por dificuldades em definir e tratar os pacientes como fora de possibilidade de cura e na comunicação de seus diagnósticos e prognósticos (Enzinger, Zhang, Schrag, & Prigerson, 2015; Hayasida, Assayag, Figueira, & Matos, 2014; Gramling, et al., 2016; Quintana, Kegler, Santos, & Lima, 2006). Estes entraves entre equipe de saúde, familiares e pacientes que estão diante da morte e/ou do processo de morrer têm desencadeado aos pacientes uma morte solitária, impedindo o diagnóstico precoce, dificultando o tratamento e, por conseguinte, impedindo uma morte digna (Azeredo, Rocha, & Carvalho, 2011; Kovács, 2010; Mack, & Joffe, 2014; Novaes, 2007).

Além disso, devido à morte ser interdita na cultura ocidental, muitas vezes não é permitida a expressão de dor e sentimentos do profissional, levando o mesmo à negação da morte e também ao adoecimento, como depressão e Síndrome de Burnout (Kovács, 2010; Shanafelt & Dyrbye, 2012; Tang, Pang, He, Chen, & Leng, 2018). Os profissionais de saúde têm sido preparados para ter a cura como seu objetivo primordial e o ensino da Tanatologia tem muitas vezes se mostrado superficial, tornando-os incapacitados para lidar e identificar as etapas do processo de morte e morrer de pacientes, e prestar uma atuação humanizada a estes e suas famílias (Kovács, 2003; Odejide, et al., 2016; Souza, Sampaio & Freitas, 2014).

Desta maneira, presume-se que os profissionais de saúde podem apresentar um déficit em suas habilidades sociais, uma vez que vivenciam grandes dificuldades na comunicação e no relacionamento interpessoal em sua prática profissional diante da morte, seja com pacientes e/ou familiares. A habilidade social é definida segundo Del Prette e Del Prette (1999) como diferentes classes de comportamentos sociais aprendidos e emitidos pela pessoa frente a demandas de uma situação interpessoal específica.

Ademais, a resiliência destes profissionais pode ser considerada como um fator interveniente em sua relação com a terminalidade, pois os mesmos têm apresentado fatores de risco para o adoecimento, uma vez que consideram como uma das adversidades relativas à profissão, o convívio com a morte. A resiliência é definida como o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que promovem um crescimento saudável do ser humano, mesmo que em meio a uma situação desfavorável (Pesce et al., 2005).

Contudo, perante os dados acima, percebe-se a importância em compreender as atitudes dos profissionais de saúde diante da morte de pacientes, visto que os mesmos têm apresentado dificuldades de lidar com a morte e/ou o processo de morrer de pacientes,

acarretando implicações na qualidade do atendimento prestado, bem como adoecimento profissional. As atitudes são definidas como uma construção psicológica constituída de três componentes de natureza distinta: um componente cognitivo, que concerne às crenças e às informações que as pessoas possuem em direção ao objeto para o qual se direciona a atitude; um componente afetivo, que diz respeito às respostas fisiológicas e aos sentimentos subjetivos que um determinado objeto suscita e, um componente comportamental, que se refere às ações de evitação e aproximação a respeito do mesmo objeto (Rovland & Rosenberg, 1960).

Deste modo, a presente pesquisa tem como intuito investigar quais as atitudes de uma equipe de saúde que atua na oncologia frente à morte de pacientes e analisar se há associações entre atitudes negativas com as habilidades sociais e a resiliência destes profissionais. Além disso, também tem por objetivo identificar as crenças, sentimentos e ações destes profissionais diante da morte de pacientes, bem como suas percepções quanto ao preparo da formação frente à terminalidade. Assim, acredita-se, como hipótese norteadora deste estudo, que é possível identificar atitudes de negação no contato com a morte em profissionais de saúde diante da terminalidade e que as mesmas encontram-se negativamente associadas às habilidades sociais e à capacidade de lidar com adversidades.

A relevância e a justificativa de se investigar tais construtos se faz presente na literatura, a qual tem evidenciado a carência e por conseguinte, a necessidade de investimentos em pesquisas acerca deste assunto no cenário brasileiro. Além disso, grande parte dos estudos referentes a presente temática têm sido desenvolvidos apenas com médicos e enfermeiros, apontando a importância em se considerar e envolver os demais profissionais de saúde também presentes nos hospitais. Ainda, tem sido identificado que a maioria dos estudos são realizados apenas por meio da abordagem qualitativa, demonstrando uma lacuna referente às pesquisas quantitativas, reforçando a importância também de investimento neste formato de investigação (Afonso, Carvalho e Grincenkov, 2018).

Além de tais fatores, a presente pesquisa ainda tem por contribuição, favorecer o conhecimento das atitudes de profissionais de saúde diante da morte de pacientes. Dessa forma, possibilita que futuras intervenções possam ser traçadas, direcionadas ao desenvolvimento de habilidades específicas nesses profissionais com foco no melhor enfrentamento da terminalidade, bem como a oferta de medidas preventivas e promotoras acerca da saúde do profissional da oncologia no país.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O CÂNCER: DEFINIÇÃO, ORIGEM, FATORES DE RISCO, TRATAMENTO E ESTIMATIVAS.

De acordo com definição da OMS, câncer refere-se a um termo genérico para um vasto número de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Outros termos utilizados são neoplasias e tumores malignos. Uma característica definidora do câncer é sua ágil formação de células anormais que se expandem além de suas fronteiras habituais, e que podem assim invadir certas partes do corpo, propagando-se para outros órgãos, ocasionando as metástases. Estas por sua vez, são as principais causas de morte por câncer (WHO, 2018).

O câncer tem sua origem a partir da transformação de células normais em células tumorais por meio de um processo de múltiplos estágios que comumente progride de uma lesão pré-cancerosa para um tumor maligno. Essas alterações são o resultado da interação entre os fatores genéticos de uma pessoa e três tipos de agentes externos. São eles: carcinogênicos biológicos (infecções de certos vírus, bactérias ou parasitas); carcinogênicos químicos (amianto, componentes do tabaco, aflatoxina- um contaminante de alimentos e arsênicos- um contaminante de água); e, carcinogênicos físicos (radiação iônica e ultravioleta). Outro fator fundamental para o surgimento do câncer é o envelhecimento, sua incidência aumenta drasticamente com a idade, provavelmente devido a acumulação global de risco aliada com a tendência dos mecanismos de reparação celular, visto que estes se tornam menos eficientes com o passar do tempo (WHO, 2018).

Os principais fatores de risco listados pela OMS para o desenvolvimento do câncer e outras doenças crônicas ao redor do mundo são abuso de bebida alcoólica, ociosidade, alimentação inadequada e o abuso de cigarro. Este configura como o mais importante fator de risco para o câncer, sendo responsável por 22% das mortes por câncer ao redor do mundo. Além disso, como fatores de risco para o câncer em países em desenvolvimento, considera-se algumas infecções crônicas, como alguns tipos de HPV e Hepatites B e C. Entretanto, 30% a 50% dos cânceres podem ser evitados, utilizando-se de estratégias de prevenção baseadas em evidências, bem como evitando os fatores de risco. O câncer também pode ser reduzido pela detecção precoce, uma vez que muitos cânceres apresentam alta chance de cura quando

diagnosticados precocemente e tratados apropriadamente. No entanto, são comuns a apresentação tardia, diagnóstico e tratamentos inacessíveis. Em 2017, apenas 26% dos países de baixa renda comunicaram a presença de serviços disponíveis geralmente no setor público. Em contrapartida, mais de 90% dos países desenvolvidos informaram a disponibilidade dos serviços de tratamento, em comparação com menos de 30% dos países de baixa renda (WHO, 2018).

Em relação ao tratamento do câncer, o INCA aponta que pode ser realizado por meio de radioterapia, quimioterapia, cirurgia ou transplante de medula óssea. Em diversos casos há necessidade de combinar mais de uma modalidade. A radioterapia faz uso de radiações para a destruição do tumor ou para impedir que suas células aumentem. Essa pode ser usada em combinação com outros recursos no tratamento dos tumores ou até mesmo com a quimioterapia. O transplante de medula óssea refere-se ao tratamento para algumas doenças malignas que acomete as células sanguíneas. Resulta na substituição de uma medula óssea doente ou deficitária, por células normais de medula óssea, com o intuito de constituir uma nova medula. A quimioterapia utiliza medicamentos. Os mesmos são aplicados em grande parte nas veias, porém, podem ser dados por via intramuscular, tópica, subcutânea, intratecal e oral. Eles se misturam com o sangue sendo levados por toda parte do corpo, rompem com as células doentes, bem como com as que estão constituindo o tumor e também, impossibilita que elas se dispersem pelo corpo (INCA, 2018).

Entretanto, apesar dos considerados avanços das áreas médica e tecnológica, o câncer continua a ser um importante problema de saúde pública. (Kav, Citak, Akman, & Erdemir, 2013). Segundo a OMS é considerado a segunda maior causa de mortes no mundo. Em 2015 foi responsável por 8,8 milhões de mortes. Mundialmente, cerca de uma em cada seis mortes correspondem ao câncer, sendo que 70% ocorrem em países em desenvolvimento. Além disso, o número de casos novos devem aumentar cerca de 70% nas próximas duas décadas (WHO, 2018). Em relação ao cenário brasileiro, espera-se a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer para o biênio 2018-2019. As regiões sul e sudeste concentrarão 70% dessa ocorrência, sendo que quase metade dessa incidência encontrar-se-á na região sudeste. Estima-se que os cânceres de mama (60 mil) e de próstata (68 mil), serão os mais frequentes. Com a exceção do câncer de pele não melanona, os tipos mais incidentes nas mulheres serão os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%). Nos homens, os cânceres de próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%) (INCA, 2018).

2.2 BREVE PANORAMA DA HISTÓRIA DA MORTE NO OCIDENTE

“A morte foi sempre tema atual, porque faz parte da vida (no reino animal é mesmo uma forma de subsistência), e o pensar nela pode dar mais qualidade à própria vida, aventura grandiosa e ao mesmo tempo tão frágil” (Oliveira, 1998, p.7).

A morte e o processo de morrer além de serem considerados acontecimentos biológicos, também são eventos que envolvem as dimensões religiosa, social, filosófica e antropológica. Sendo o homem o único ser vivo dotado de consciência, ele tem por costume sofrer sua morte antecipadamente, tornando o significado da mesma e os mistérios que a envolvem parte de suas preocupações (Machado et al., 2016).

Segundo Sousa e Boemer (2005) e Ziegler (1977), as transformações ocorridas ao longo da história contribuíram para modificar as atitudes do homem diante da morte e do processo de morrer. Evoluíram de uma experiência tranquila, e até mesmo desejada, na Idade Média, para uma possibilidade impregnada de angústia, que podia e ainda pode ser percebida na atualidade em situações de aversão, pelo simples fato de se imaginar a sua possibilidade.

De fato, a morte até a Idade Média era vista como um acontecimento natural. Todos da comunidade participavam do seu evento, até mesmo as crianças. Grande parte de sua ocorrência se dava nos lares, pois não havia hospitais. O homem que diante dela se encontrava conhecia os sinais que a antecedia, fato que o permitia antes de morrer, tomar todas as providências cabíveis com relação à própria vida e a da sua família. Por ser a morte aceita com tranquilidade, grande parte do cerimonial se dava ao redor do leito e não possuía um caráter dramático (Ariés, 2014).

Nesse período a morte era aceitável e entendida como parte do ciclo da vida. Os cristãos acreditavam na vida após a morte, o que gerava conforto. A mesma era tida como uma separação temporária entre os familiares, visto que uma vida plena e eterna era oferecida na presença de deus. Porém, na segunda fase da Idade Média, assim como na Europa e no Brasil, modificações sutis começaram a surgir frente às atitudes diante da morte. A preocupação do que iria acontecer após a morte surgiu como uma das aflições recorrentes. As pessoas começaram a sentirem-se inseguras quanto à salvação. O homem que se encontrava

diante do processo de morrer, preocupava-se e acreditava-se que suas ações seriam pesadas na balança do bem e do mal no julgamento do juízo final (Ariés, 2014; Reis, 1997; Rodrigues, 1983).

No entanto, já a partir do século XVIII com a Revolução Industrial, surge outro sentido atribuído à morte. Frente ao processo de industrialização e ao desenvolvimento de novas tecnologias o homem passou a controlar os fenômenos da vida e do processo de morrer, por meio de mecanismos que visam prolongar a vida ou impedir a ocorrência da morte. O homem passou a preocupar-se menos com o que seria dele após sua morte e voltou-se para a morte das pessoas que lhe eram queridas. Nesse momento, a aceitação da morte começou a sair de cena, e passou a ser indesejável, sendo expressa pela dor e não aceitação da separação. Minuciosamente, a morte que se fazia presente na vida das pessoas se apagou e desapareceu. O leito de morte saiu de casa e passou para os hospitais, tornando o processo de morrer distante dos familiares e amigos. A morte passou a ser considerada tabu principal da sociedade contemporânea, visto que falar e pensar no assunto com frequência tornou-se mórbido, pessimista e doentio (Ariés, 2014; Aguiar, Veloso, Pinheiro, & Ximenes, 2006; Kubler- Ross, 2005).

Desta forma, as cerimônias tornaram-se discretas e as pessoas passaram a evitar externar o sofrimento sentido, visto que uma dor expressada em “excesso” era vista como doentia. Nos funerais os óculos escuros ganharam destaque com o objetivo de disfarçar as lágrimas, como se não pudessem ser mostradas. Também passou a evitar o uso de roupas pretas e a afastar as crianças (Ariés, 2014).

Diferentemente do tempo da morte vivenciada como um acontecimento natural, neste momento houve uma contenção das gesticulações exageradas e dos sentimentos, escamoteando um profundo ressentimento pela perda. Na Inglaterra, a fim de tornar mais rápido o funeral, a cremação surgiu como forma de sepultamento comum. Já nos Estados Unidos, o corpo morto passou a ser exposto a um tempo mais prolongado aos familiares, conhecidos e amigos, com o intuito de atenuar a dor gerada pela morte de um ente querido (Ariés, 2014; Rodrigues, 2006).

Já no Brasil, quando do falecimento de alguém, a cerimônia de enterro passou a ser rápida. Os familiares passaram a comentar entre si o mínimo possível sobre o falecimento durante algum tempo, uma vez que este é causador de dor e consternação. O defunto disposto em um caixão é coberto por flores e vestido com roupas cuidadosamente escolhidas. Na

maioria dos velórios há a presença de uma pessoa que possui algum tipo de autoridade religiosa, a qual convoca os presentes a orarem pela alma do defunto (Rodrigues, 2006).

Segundo Carvalho et al., (2006), Kovács (1992) e Schumacher (2009) a morte para o homem ocidental tem sido um acontecimento causador de angústia e aflição. Muitas vezes para conservar o bem-estar, o mesmo tem evitado a pensar sobre a mesma. O medo da morte é universal e tem sido um dos sentimentos mais comuns vivenciados pela sociedade. Para Martins (2007, p.177) “no nosso contexto social a morte é algo incompreensível e inaceitável, pois vivemos num meio a uma supervalorização dos bens materiais [...] Se o sentido das coisas é serem usadas pelo homem, com a morte tudo perde o sentido”.

Desta maneira, por ser a morte considerada interdita em grande parte dos países ocidentais, tanto a literatura nacional quanto a internacional tem apontado o reflexo da negação da morte frente aos cursos de formação em saúde, os quais têm dado destaque aos aspectos técnicos científicos em detrimento da tanatologia, esta imprescindível à assistência prestada frente à terminalidade. Os acadêmicos têm sido capacitados para atuarem diante da esfera biológica, mas não para assumirem uma abordagem holística do cuidado diante da finitude da vida (Kubler- Ross, 2005, Kovács, 1992; Mazur, Dobrowolska, Rabiasz; & Pilewska-kozak, 2018; Perboni, Zilli, Oliveira, 2018).

De acordo com Kovács (1992) e Kubler- Ross (2005) a morte se difere em significado. Pensar sobre a própria morte ou pensar sobre a morte de uma pessoa próxima, acarreta os mais diversos sentimentos, como: tristeza, barganha, raiva e negação. Além disso, a história do indivíduo, o contexto cultural e o tipo de religião professada, também interferem no significado atribuído ao fenômeno do morrer. Entretanto, o enfrentamento da morte tem sido mais angustiante e difícil para os que observam a morte do outro, visto que acarreta rupturas profundas, além de outras formas de pensar, viver, entender e perceber o mundo ao redor.

Frente ao presente exposto, percebe-se que o contexto cultural influencia diretamente no processo de entendimento e na adaptação de vivenciar a morte e o morrer, ou seja, que os valores sociais, as vivências e as questões religiosas e espirituais influenciaram e influenciam a forma como o homem lida diretamente com a morte, além de sua postura frente ao seu evento. Sendo assim, o significado que se atribui a este fenômeno em cada época poderá dificultar ou até mesmo facilitar a convivência com ele (Ariés, 2014; Kubler- Ross, 2005).

2.3 A VIVÊNCIA DA TERMINALIDADE NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA

Segundo dados da literatura, as equipes de saúde que atuam em hospitais oncológicos estão cada vez mais envolvidas na rede de relações interpessoais que o câncer desencadeia. Desta forma, uma vez que tal patologia em nossa sociedade e na prática dos profissionais de saúde está associada a aspectos negativos, temidos e ameaçadores, como sofrimento, dor, mutilação, desesperança, destruição, medo e morte, têm se dado destaque à importância de se considerar as particularidades do contexto do profissional que atua na oncologia. O mesmo tem sido caracterizado como desafiador, hostil, complexo e ameaçador, permeado por vários aspectos geradores de conflitos, como a perda cotidiana de pacientes, as pressões exercidas ao modelo biomédico em salvar vidas e o convívio frequente dos profissionais com familiares e pacientes. Todavia, dentre os aspectos conflitantes do ambiente de trabalho, a morte de pacientes tem sido considerada um dos maiores desafios para os profissionais de saúde (Cevik & Kav, 2013; Kovács, 2010; Kubler-Ross, 2005; Silva, 2009; Novaes & Trindade, 2007).

De fato, morte e câncer ainda são temas evitados pela cultura ocidental. O diagnóstico do câncer causa um impacto abrangente na saúde física e mental do indivíduo, bem como em suas condições sociais, comprometendo sua qualidade de vida. A possibilidade da morte por sua vez, desencadeia no homem sentimentos diversos, como medo, angústia, negação, depressão, ansiedade, bem como diversos questionamentos pessoais e profissionais (Falcão & Martins, 2011; Kubler-Ross, 2005).

O paciente que possui esta patologia vivencia um sofrimento intenso, pois frequentemente associa a doença à morte próxima, o que o torna profundamente ansioso. Ademais, o câncer avançado ocasiona ao indivíduo perda gradual e funcional da sua autonomia e de sua independência (Kubler-Ross, 2005). Sendo assim, com o propósito de qualificar e ampliar a assistência dada a estes pacientes tem ganhado importância à filosofia dos cuidados paliativos, a qual tem por objetivo contemplar uma política pública que priorize um modelo de atenção integral a saúde (WHO, 2018).

Segundo a OMS (2018), os cuidados paliativos podem ser conceituados como:

Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias frente ao problema associado à doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce e avaliação e tratamento impecáveis da dor e outros problemas psicossocial e espiritual (WHO, s/p).

Os cuidados paliativos têm por função, afirmar a vida e enfrentar a morte como um processo normal, o qual não deve ser prolongado, nem adiado. Visa promover o alívio da dor e de outros sintomas, integrando os cuidados, de maneira que ofereça suporte aos pacientes, para que possam viver mais ativos, além de ajudar familiares e cuidadores no processo de luto (WHO, 2018). Nessa abordagem, a dignidade humana deve ser respeitada e cabe aos profissionais de saúde atender os pacientes em suas particularidades, de modo que os ofereça um cuidado empático e holístico, os auxiliando em suas necessidades psicossociais, espirituais e físicas (Kovács, 2003; Le Blanc & El-Jawahr, 2015; Pessini & Bertachini, 2005).

Deste modo, a abordagem dos cuidados paliativos tem como intuito oferecer qualidade de vida para o paciente que se encontra com uma doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida, exigindo a atuação especializada de equipes multiprofissionais (WHO, 2018). Estas devem ser compostas por diferentes profissionais de saúde, como enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, médicos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e fisioterapeutas. Além disso, deve integrar a equipe, capelães e voluntários, a fim de que seja possível, o apoio espiritual conforme as crenças religiosas dos pacientes (Figueiredo, 2006).

Entretanto, segundo dados de uma pesquisa realizada pela consultoria britânica Economist Intelligence Unit- EIU (2015), que avaliou os cuidados paliativos disponibilizados aos pacientes fora de possibilidade de cura em 80 países do mundo, o Brasil não cuida bem de pacientes que se encontram diante da terminalidade, tendo ocupado a 42ª posição no índice de qualidade de morte. Já países desenvolvidos como o Reino Unido, seguido de Austrália e Nova Zelândia ocuparam o topo do ranking. De acordo com o estudo, dos 80 países avaliados, apenas 34 poderiam ser classificados como bons em cuidados de fim de vida. Ademais, o relatório concluiu que países ricos tendem a ocupar melhores posições no ranking, apresentam melhores índices de qualidade de morte e compartilham características comuns, como: alto investimento em serviços de saúde, política nacional de cuidados paliativos, treinamento continuado para os profissionais de saúde, grande oferta de opióides e consciência pública sobre cuidados paliativos. Além disso, chegaram à conclusão de que as políticas nacionais são vitais para aumentar o acesso da população aos cuidados paliativos e que a qualidade do

tratamento depende do acesso a analgésicos, opióides, apoio psicológico, bem como treinamento para os profissionais de saúde. Posto isso, para a realização deste levantamento foram analisados: a qualidade dos hospitais, a quantidade de pessoas dedicadas a este tipo de trabalho, a qualificação destas, o acesso da população aos cuidados paliativos e a qualidade dos mesmos.

Corroborando com tais achados, a literatura tem apontado muitas questões conflitivas frente aos cuidados prestados aos pacientes que se encontram diante da morte e/ou do processo de morrer. Os fatores que têm contribuído para tais problemáticas referem-se ao fato de estarmos inseridos em uma sociedade de negação da morte e por sua vez, a cultura médica, que a vê como falência desta ciência em preservar indefinidamente a vida, adiando a morte a todo custo (Ariés, 2014; Kubler-Ross, 2005).

Desta forma, os profissionais de saúde não têm sido preparados para a prática frente à temática e a mesma tem acarretado nestes, sentimentos como angústia, tristeza, raiva, negação e frieza. Quando da morte de pacientes, o profissional tem se sentido frustrado e tem reprimido seus sentimentos para auxiliar na lida com o trabalho. Tais condutas têm refletido de maneira negativa no cuidado prestado ao paciente, desencadeando ao mesmo uma morte solitária, impedindo o diagnóstico precoce, dificultando o tratamento e por seguinte, impossibilitando uma morte digna (Boemer, 1998; Enzinger, Zhang, Schrag, & Prigerson, 2015; Gutierrez & Ciampone, 2007; Kovács, 2012).

Segundo Kubler-Ross (2005), durante o processo de morrer, o paciente, os familiares e até mesmo os profissionais de saúde, podem vir a vivenciar cinco fases, são elas: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Estas por sua vez podem ser experimentadas de forma alternada, sequenciada ou não, em conjunto ou isoladamente. A autora ressalta ainda que a fase que mais tem sido vivenciada pelos profissionais de saúde é a da negação. A mesma é usada como forma de lidar com os sentimentos de impotência e solidão frente à impossibilidade de evitar a morte de pacientes.

Em um estudo realizado com 83 enfermeiras na Suécia, foram identificados sentimentos de impotência frente à morte e o morrer de pacientes oncológicos, bem como sentimentos de insuficiência e incerteza sobre como responder e se relacionar acerca de tal situação. Algumas enfermeiras consideraram como extremamente difíceis os casos em que pacientes expressavam vontade de morrer e que se sentiam presas ao cuidar daqueles que tinham o desejo de escapar do tratamento. Reconheceram ter dificuldade de conhecer a tristeza do paciente que está perto da morte e consideraram episódios existenciais destes tipos,

difíceis de lidar. Ainda, sentimentos de impotência foram descritos quando precisavam reter informações sobre resultados de testes e investigações. E, por fim, sentimentos de medo de não serem honestas com os pacientes ou até mesmo de tirarem a esperança destes ou de inspirarem muita esperança, quando tal não era realista (Browall, Henoch, Johansson, Strang, & Danielson, 2014).

Já no Brasil, em uma revisão integrativa da literatura relacionada à atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem, realizada no período de 2000-2011, foi possível evidenciar, de modo consistente, que a temática sobre a morte e o morrer a muito vem sendo negligenciada nas instituições de ensino, fato que tem gerado tensões na prática do profissional. Notou-se que a falta de preparo tem ocasionado dificuldades e sofrimentos aos estudantes e aos profissionais. Além disso, devido à falta de atenção ao assunto, a conduta adotada pelos profissionais frente ao paciente, tem se tornado distante, fria, impessoal e tecnicista (Santos & Hormanez, 2013).

Entretanto, o trabalho frente ao paciente que se encontra próximo à morte, exige além da técnica, atitudes como o confortar, comunicar e acolher. Ao profissional de saúde cabe percebê-lo e ouvi-lo, de maneira que identifique o estágio do processo de morrer que o paciente se encontra e suas necessidades, de forma que as demandas sejam suprimidas. O mesmo deve ser compreendido para além da dor física, mas também em sua dor total. O cuidado prestado deve abordar o indivíduo em sua integralidade, ou seja, em seus aspectos, físicos, psíquicos, espirituais e sociais (Santos, Santos, Silva, & Passos, 2017; Santos, 2009; Kubler-Ross, 2005).

Todavia, há que ressaltar que para alguns profissionais lidar com a terminalidade de pacientes pode até ser agradável quando esta se relaciona à gratificação diante da possibilidade de prestar um cuidado humanizado e diferenciado. Porém, as sensações de impotência e inaptidão emocional os acompanham (Bernardes et al., 2014). No setor da oncologia de um hospital em Teresina, Piauí, os enfermeiros consideraram que uma das maiores ansiedades enfrentadas em seu cotidiano é lidar com a morte. Uma vez que a mesma é vista como um fenômeno doloroso e de difícil aceitação, a maioria admitiu o despreparo no manejo e enfrentamento desta condição, apontando ter a vivenciado de forma amarga, conflituosa e cruel (Alencar et al., 2017).

Estudantes de enfermagem que já tiveram experiências de cuidar de pacientes com câncer avançado descreveram ter experimentado sentimentos de desamparo e inadequação diante da atuação. A maioria relatou que o medo foi a principal preocupação e muitos

expressaram receio de causar danos aos pacientes. No entanto, entre as dificuldades encontradas na atuação, manter e iniciar a comunicação foram consideradas uma das mais importantes (Kav, Citak, Akman & Erdemir, 2013).

Conquanto, a comunicação configura-se como elemento indispensável para o cuidado do paciente. Ela permite que o profissional de saúde o compreenda, percebendo suas dúvidas e angústias, bem como suas expressões, gestos, olhares e linguagens simbólicas. Já em relação ao contexto de decisões de fim de vida, uma boa comunicação com o paciente e seus familiares permite um melhor ajuste psicológico frente à situação de doença e morte. Além disso, propicia uma melhor compreensão das informações complexas e a redução da ansiedade. A mesma faz com que o paciente e/ou seus familiares sintam o interesse do profissional por suas preocupações (Araújo & Silva 2003; Yellen, Burton, & Elpern, 1992).

Em um estudo cujo objetivo foi entender as características e preferências dos pacientes que se encontravam diante da morte em relação ao papel do médico para facilitar a sensação de paz, os pacientes relataram que os médicos poderiam facilitar a paz desenvolvendo um bom relacionamento com eles, bem como por meio de informações honestas e claras sobre o que eles poderiam esperar quando a morte se aproximasse (Best, Butow, & Olver 2014).

Contudo, alguns médicos não conseguem abordar a deterioração dos pacientes. Estabelecem uma comunicação ambígua e parte das vezes enganosa, segundo relato de algumas enfermeiras. Observa-se que há um papel passivo por parte dos médicos. Muitos não consideram obrigados a preparar o paciente para seus últimos dias de vida. Esperam que os pacientes iniciem alguma discussão sobre seu prognóstico ou ainda, até que a situação destes se deteriore mais. Alguns oncologistas ainda relataram que preferiam que outros profissionais de saúde discutissem questões sobre cuidados de fim de vida, uma vez que eles se julgavam despreparados para tal situação. Sendo assim, certos médicos, de acordo com o relato de enfermeiras, tenderam evitar contato com os pacientes que se encontravam diante do processo de morrer, visto que tinham a compreensão de que seu mandato no hospital baseava-se em cuidados curativos e não paliativos (Pfeil et al, 2015).

De fato, a comunicação entre médico e paciente tem se mostrado inadequada. Em uma pesquisa que avaliou os determinantes da discordância prognóstica entre pacientes e oncologistas, 68% dos pacientes apresentaram opiniões sobre o seu prognóstico de sobrevivência que diferiram das de seus oncologistas e apenas um em cada 10 pacientes discordantes tinham o conhecimento que suas opiniões diferiam. Além disso, 70% dos pares discordantes compreendiam pacientes que desejavam ter apoio crescente à qualidade de vida

perto da morte. Uma decisão que exigira clareza da proximidade da morte (Gramling et al., 2016).

Já acerca da relação entre atitudes pessoais sobre a morte e a comunicação com pacientes com doença terminal, tal comportamento não se difere. Os clínicos da oncologia apresentaram três estilos de comunicação ao discutir morte e morrer com os pacientes: indireto, seletivamente direto e indireto. Aqueles que usaram abordagem indireta retiveram informações dos pacientes, utilizaram linguagens vagas e palavras amortecidas, com a finalidade de manter a esperança e evitar aterrorizar o paciente com muita informação. Já os profissionais que utilizaram o estilo de comunicação seletivamente direto, preferiram ser diretos em apenas algumas ocasiões específicas, como quando o paciente levantava alguns questionamentos, quando da ocorrência de urgência médica e quando os pacientes se encontravam em estado de negação persistente. Em relação aos clínicos com um estilo de comunicação direta, estes se esforçaram para levar aos pacientes uma compreensão realista de sua doença, com o objetivo de ajudá-los a resolver seus assuntos e tomar decisões informados. Entretanto, observou-se que parte dos oncologistas que relataram comunicar-se diretamente com os pacientes, na verdade forneceram uma comunicação indireta, com eufemismos sobre a morte e expressões ambíguas (Rodenbach, Rodenbach, Mohamedtaki, & Epsteinic, 2015).

Não obstante, dentre as principais barreiras para uma comunicação efetiva de fim de vida, encontram-se: dúvidas sobre o momento adequado para iniciar as discussões de fim de vida e quanto aos desejos dos pacientes, bem como incerteza sobre qual profissional é o responsável para iniciar tais discussões. (Pfeil et al, 2015). Já em uma pesquisa realizada com oncologistas hematológicos, 97,3% disseram ser as principais barreiras as expectativas irrealistas do paciente, 71,3% a preocupação do clínico em acabar com a esperança do paciente e 59% expectativas irrealistas do clínico. Cerca de mais de 50% notificaram duas outras barreiras, como a incerteza do clínico quanto ao prognóstico e a falta de tempo do clínico (Odejide, et al., 2016).

Porém, além das questões conflitivas levantadas, a prática tecnicista também tem favorecido o sentimento de fracasso e condições para a instalação de doenças ocupacionais. A sobrecarga do luto profissional em enfermeiros tem ganhado destaque, bem como a possibilidade desta de constituir-se em um desafio ao crescimento profissional e pessoal. Além disso, alguns profissionais têm sido vulneráveis ao estresse ocupacional e ao Burnout, uma vez que tem sentido uma intensa carga emocional e psicológica diante do trabalho.

(Breen, O'Connor, Hewitt, & Lobb, 2014; Gama, 2013; Santos, Santos, Silva, & Passos, 2017; Tang, Pang, Chen, & Leng, 2018).

O Burnout pode ser explicado por meio da dissonância emocional ou do conflito que pode vir a surgir quando o profissional tenta mostrar empatia sem intrusão de emoções, como raiva, frustração e tristeza. O mesmo caracteriza-se pela exaustão emocional, perda de perspectiva e despersonalização. Já o estresse, pode ser devido ao dia a dia do profissional que está diante da morte ser permeado por decisões difíceis de serem tomadas. Todavia, ambos podem comprometer o desempenho no trabalho, acarretando atendimentos de má qualidade frente ao paciente (Borges & Mendes, 2012; Kovács, Kovács, & Hegedu's, 2010; Kovacs, 2010; Shanafelt, & Dyrbye, 2012).

Por conseguinte, em comparação com a população geral, distúrbios do humor como a depressão têm aumentado em especialistas da oncologia. Isso pode ser consequência do resultado da Síndrome de Burnout ou resultado de um transtorno de humor apenas. De fato, os estresses pessoais, sociais e trabalhistas, mais o diálogo ao comunicar más notícias, bem como lidar com as famílias dos pacientes que geralmente tentam fazer o melhor, muitas vezes negando a doença de seus entes queridos, suscitam efeitos psicossociais adversos para os oncologistas que estão diante de decisões de morte (Shanafelt, & Dyrbye, 2012; Tanriverdi, 2013).

Sendo assim, observa-se diante do presente exposto, que atuar frente à morte e/ou do processo de morrer de pacientes implica em um processo exaustivo que perpassa as condições emocionais, afetivas e cognitivas do ser humano. A morte e o morrer estão para além de um evento biológico. Compreendem uma dimensão social, antropológica, filosófica, pedagógica, religiosa e espiritual. Ou seja, a forma com que cada pessoa lida com a morte, seja a de pacientes ou não, refere-se a seus valores culturais, espirituais, religiosos, suas vivências e seu grau de maturidade (Araújo, 2009; Faria, 2017; Kubler-Ross, 2005).

3 CARACTERIZANDO AS VARIÁVEIS DO ESTUDO: ORIGEM E DEFINIÇÃO.

3.1 ATITUDE

O vocábulo “Atitude” teve sua origem no latim e une-se a dois termos: aptidão, que significa aptidão e, actus, que significa ação e ato (Lima, 1993). Foi utilizado pela primeira vez na pesquisa em 1918 por Thomas e Znaniecki, que publicaram em cinco volumes os resultados do estudo acerca dos camponeses poloneses, emigrados em massa para os Estados Unidos e países europeus. Os autores afirmaram que a relação de dependência recíproca entre os indivíduos e a cultura pode ser apreendida se as problemáticas são compreendidas por meio da caracterização de atitudes e valores sociais. Definiram que os valores sociais são formados por qualquer objeto que possua algum significado vinculado com deliberadas ações do indivíduo. As atitudes por sua vez são os processos da consciência individual que delimita a ação. Fizeram referência a um estado de motivação que causa o comportamento e utilizaram do exemplo da fome como atitude que causa o comportamento da procura do alimento. Diante disso, definiram a relação causal afirmando ser a atitude quem determina a ação (Thomas & Znaniecki, 1918).

Todavia, foi na psicologia social que a utilidade do construto atitude na explicação do comportamento humano foi reconhecida (Cavazza, 2008). Allport em sua obra “Atitudes” considerou que o conceito de atitudes era central na psicologia social, visto que as mesmas são elementos básicos das relações sociais. Definiu atitude como uma predisposição e como uma tendência, para responder a um determinado objeto, situação ou pessoa, de forma negativa ou positiva. Ademais, afirmou que atitude implica a um estado, que conduz o indivíduo a reagir de determinada maneira frente a um objeto, podendo este ser: uma instituição, um conceito, uma pessoa, um valor, uma coisa, dentre outros (Monteiro & Santos, 1997 como citados em Tojal, 2011).

Segundo Trentin (1991), Allport pode ser considerado a gênese da postura individualista que configurou a evolução deste âmbito de estudos, sobretudo nos Estados Unidos: a atitude torna-se atraente enquanto dado psicológico presente na relação entre o ambiente e o indivíduo. Esta visão individualista transparece ainda no compêndio sobre tal temática publicado em 1993 por Alice Eagly e Shelley Chaiken, que assumem a seguinte definição: A atitude é uma tendência psicológica, a qual é expressa através de uma avaliação

de uma entidade particular, com algum grau de preferência ou desvantagem. A tendência psicológica refere-se a um estado interno do indivíduo e a avaliação, a toda classe de resposta avaliativa de caráter comportamental, cognitivo e afetivo (Eagly & Chaiken, 1993).

Em 1986, William McGuire tentou traçar a história do estudo das atitudes na psicologia social. Para tal, fez notar que esta construção foi o tema dominante da disciplina em três distintos períodos. O primeiro abrangeu os anos 1920-1930 e caracterizou-se pelo esforço dos estudiosos em atualizar as técnicas de mensuração das atitudes. Neste, foram elaboradas as mais difundidas escalas de atitudes, como a Thurstone, Likert e diferencial semântico. No entanto, no final de 1930, três processos considerados positivos para a evolução do estatuto científico da disciplina, tomaram direções improdutivas. Foram eles: A potencialidade de aplicação dos resultados desses estudos (para fins comerciais e políticos, por exemplo), que acabou submetendo-se às exigências do mercado; as tentativas de elucidação dos termos, que não se consolidam em definição única e compartilhada da construção; e, por fim, a mensuração que degenera a mistificação do número, tornando cada vez mais difícil a comparação entre atitudes e outras variáveis que os estudiosos ainda não estavam aptos a quantificar (McGuire, 1986 como citado em Cavazza, 2008).

Já o segundo momento, remonta paralelamente aos meios de comunicação de massa no período da Guerra Fria. Investimentos federais foram destinados ao estudo das modalidades com que as atitudes podem ser modificadas em contextos de comunicação, ou dos processos de construção do consenso da definição do construto atitude. Porém, entre os anos 1965-1975, o estudo das atitudes inseriu-se em uma profunda crise. Esta, decorrente da sensação dos estudiosos de que a construção de atitude não se adequava a definição de um fenômeno preciso, bem como à identificação do processo psicológico a ele sujeito. Posto isso, o terceiro período empenhou os pesquisadores no estudo desta construção concebida como uma estrutura cognitiva, assim como na individuação das suas propriedades (McGuire, 1986 como citado em Cavazza, 2008).

Desta forma, há décadas a definição do construto atitude vem sendo objeto de estudo teórico e metodológico nos campos da sociologia, da educação, da psicologia e de outras diversas áreas que concentram o estudo do comportamento. Uma vez que a atitude expressa um sentimento favorável ou desfavorável a um determinado objeto e uma predisposição de significado social e psicológico, seu conceito assumiu inúmeras interpretações, sendo alvo de muitas controvérsias. Estas por sua vez foram relevantes para um tratamento aprofundado do conceito de atitude. Sendo assim, existem diversas proposições de pesquisadores com o

objetivo de construir modelos que venham fornecer esquemas explicativos para os estudos de formação, desenvolvimento e mensuração das atitudes (Faria, Moro, & Brito, 2008).

Fishbein e Azjen (2010, p.76) conceituam atitude “como uma disposição latente ou tendência a responder com algum grau de favorabilidade ou desfavorabilidade a um objeto psicológico”. Fazio, Powell e Williams (1989) definem atitude como uma estrutura cognitiva composta por ligações na memória entre a representação do objeto em questão (suas características) e a avaliação que o indivíduo estabelece acerca do mesmo. Segundo Zanna (1990), historicamente, as atitudes foram definidas com base em apenas um componente, consistindo de sentimentos de uma pessoa ou de respostas afetivas acerca de um determinado objeto ou, por meio de três componentes, consistindo, além disso, em cognições e conhecimento de um indivíduo, bem como do comportamento em relação a um objeto de atitude.

No entanto, para embasamento teórico deste trabalho, adotou-se como referencial o Modelo Tripartido das Atitudes (modelo proposto por Rosenberg e Rovland, 1960). Neste, atitudes são definidas como uma construção psicológica constituída de três componentes de natureza distinta: um componente cognitivo, um afetivo e um comportamental. O componente cognitivo refere-se às opiniões e crenças por meio das quais a atitude se manifesta, apesar de nem sempre ser consciente. Crença é o que acreditamos ser verdadeiro acerca do objeto. Configura-se à informação que aceitamos sobre um acontecimento, um conceito, uma situação. Já o componente afetivo de uma atitude diz respeito às respostas fisiológicas e aos sentimentos subjetivos que um determinado objeto suscita. Ao possuir uma atitude, sentimentos negativos ou positivos em relação ao objeto, são desenvolvidos pelo indivíduo. Sendo assim, o componente afetivo está interligado ao sistema de valores de uma determinada pessoa. Por fim, o componente comportamental, constituído pelo conjunto de ações de um indivíduo diante do objeto. O mesmo refere-se ao processo físico e mental que prepara a pessoa a agir de determinada forma (Rosenberg & Rovland, 1960).

Além disso, de acordo com Rodrigues, Assmar e Jablonski (2014), as atitudes podem ser aprendidas. Se uma criança é reforçada em seu comportamento por mostrar-se favorável a um determinado objeto e, punida, quando indica sentimento desfavorável a outro, ela tenderá a desenvolver uma atitude positiva ao primeiro e negativa ao segundo. Um exemplo desta lógica refere-se ao preconceito racial, o qual configura uma atitude negativa em relação a um grupo social. Além disso, aspectos como identificação com grupos sociais e classe social, também podem levar as pessoas a manifestarem determinados tipos de atitudes.

Já para Tojal (2011), as atitudes se formam a partir da influência do processo de socialização, visto que as mesmas sofrem os reflexos dos padrões culturais vigentes. Desta maneira, à medida que o indivíduo se desenvolve e se torna adulto, as atitudes vão se reestruturando devido às suas experiências de vida, bem como devido às informações que a pessoa elabora afetiva e cognitivamente de forma seletiva. Tal processo é dinâmico, contínuo e nítido durante a vida adulta.

Center (1949) mostrou em seu estudo que a forma com que um indivíduo se identifica com diferentes classes sociais, leva o mesmo a atitudes políticas diferentes. Por sua vez, Newcomb et al. (1967), apresentaram provas notórias de que a força da identificação com grupos de referência exercem influência direta na manutenção e desenvolvimento de atitudes. No College Bennington, estudantes universitários que se identificaram com o posicionamento liberal de docentes, alteraram suas atitudes políticas e conservaram-na por um período de 25 anos (Center, 1949; Newcomb et al., 1967 como citados em Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2014).

Segundo Fishbein e Ajzem (1975), as atitudes se formam por meio do contato que uma pessoa estabelece mediante determinado objeto. Os autores afirmam que tal contato possibilita ao indivíduo recolher informações sobre características do objeto, formando para si, avaliações e crenças que confluem em uma atitude. Ao contrário, McGuire em 1985, sustenta que, além disso, a formação das atitudes se dá sobre a avaliação de uma característica particularmente relevante em um dado ambiente e momento. Assim, somente se o indivíduo não considerar satisfatório o êxito deste processo é que ele permanecerá considerando outros aspectos do mesmo objeto (McGuire, 1985 citados por Cavazza, 2008).

Já no que concerne ao estudo relacionado às funções das atitudes, os mesmos configuram-se no esforço em compreender para que servem as atitudes, e quais os motivos que nos levam a manter ou não as nossas atitudes perante forças de persuasão. De fato, as atitudes orientam o ser humano na categorização e interpretação dos eventos e objetos, assim como na decisão de se afastar ou aproximar de determinados estímulos (Tojal, 2011).

Neste contexto, Daniel Katz (1960), como citado em Cavazza (2008), aborda quatro tipos de função de atitudes. São elas: Função de expressão de valores- concerne que as atitudes que expressamos dizem respeito a qual gênero de pessoas somos, bem como a qual sistema de valores mais gerais nos referimos. Função de Conhecimento- refere-se de que com o propósito de dar significado e de organizar um universo que de outro modo seria conturbado, as pessoas formam suas crenças. Uma atitude compõe um quadro de referência

para interpretar eventos e objetos, com o intuito de categorizar o mundo em negativo e positivo. Função Instrumental, utilitária ou adaptadora- as pessoas desenvolvem atitudes desfavoráveis diante de determinados objetos que comportam custos, e favoráveis aos que estão associados à satisfação das necessidades. Diante disso, as atitudes tornam-se meios para atingir o que se é desejado e evitar o que se é indesejável. E, por fim a Função ego defensiva- em determinados casos, as atitudes possibilitam proteger a pessoa de fatores interiores, como de ameaças externas e aflição. Exemplo: situações consideradas altamente competitivas. Tais atitudes se formam nas relações que estabelecemos com determinados objetos, na medida em que permitem que não seja danificada a autoestima ou até permite melhorá-la. Frequentemente essa função é desempenhada pelas atitudes que se desenvolvem mediante confrontos de categorias sociais diferentes das nossas e que nos correspondem a uma ameaça.

De fato o conhecimento das atitudes mostra-se importante para a compreensão do comportamento humano. Estas são compreendidas como uma predisposição da qual o comportamento observável e manifesto dependem. É por meio da manifestação do comportamento dos indivíduos que as atitudes são avaliadas. Assim sendo, a ideia de que as atitudes afetam as nossas ações, baseia-se no quesito de que, para alterar a ação de uma determinada pessoa, há que primeiro mudar as suas opiniões, sentimentos ou crenças (Tojal, 2011).

De acordo com o modelo teórico tridimensional explicativo de mudança de atitudes, o qual engloba os componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, qualquer alteração em um desses três componentes é capaz de suscitar uma modificação nos outros. Desta maneira, uma informação nova, um novo comportamento emitido em cumprimento as normas sociais vigentes, uma nova experiência, ou outro tipo de agente com capacidade de prescrever comportamento, podem dar origem a um estado de inconsistência entre os três componentes atitudinais de maneira que resulte numa mudança de atitude (Rosenberg & Rovland, 1960).

No que concerne à mudança no componente afetivo digamos que, diante de uma desavença qualquer com uma pessoa, sem real fundamento cognitivo, alteramos nossa forma afetiva de se relacionar com ela, passando a não gostar mais da mesma. Esta mudança nos remeterá a comportamentos hostis a ela (componente comportamental) e por seguinte, a conferir- lhe uma série de defeitos (componente cognitivo), ambos suficientes para justificar e tornar sólida a mudança de nosso afeto. Do mesmo modo, ocorre quando por um motivo ou por outro, passamos a gostar de uma pessoa que antes não gostávamos. Tudo que

considerávamos como defeito da pessoa, por sua vez, passa a ser visto como qualidade (Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2014).

Em referência ao componente comportamental, a prescrição de um determinado comportamento, por exemplo, quando os pais exigem que seus filhos estudem em um colégio do qual estes não gostam, com o tempo, pode ocasionar em reestruturação dos componentes afetivo e cognitivo em relação ao colégio, tornando a atitude favorável por parte das crianças (Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2014).

Por fim, frente ao componente cognitivo, a pesquisa de Deutsch e Collins em 1951, certificou que um indivíduo que possui atitude preconceituosa (atitude negativa) para com pessoas negras, ao morar num projeto habitacional inter-racial, altera sua atitude negativa, inicialmente exibida contra as pessoas desta raça. A pesquisa oferece provas satisfatórias de que o motivo da mudança deve-se à certificação, por parte do indivíduo preconceituoso, de que suas crenças acerca de negros eram falsas, visto que acreditavam que as pessoas negras eram preguiçosas, sujas e infringiam a lei. No entanto, diante da convivência com elas, as cognições foram se modificando, resultando em uma reestruturação cognitiva no sentido de alterar os componentes comportamental e afetivo relacionados a essas crenças, ocasionando a extinção do preconceito e revelando comportamento caloroso em relação aos negros (Deutsch & Collins, 1951 como citados em Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2014).

3.2 RESILIÊNCIA

Conforme Angst (2009) e Yunes (2003), o termo resiliência teve sua origem na física e significa a capacidade de um corpo físico absorver energia, sem sofrer deformação plástica. Um material é denominado resiliente, quando a energia de deformação máxima que o mesmo é capaz de armazenar, não o acarreta deformações permanentes. No que concerne à ciência psicológica, segundo as autoras, o estudo sobre a resiliência se deu somente a partir da década de 1950. Diante disso, Yunes e Syzmansky (2001, p.16), explicam a relação do termo utilizado na física e na psicologia, da seguinte forma: “poder-se-ia dizer que a relação tensão/pressão com deformação não permanente do material corresponderia à relação situação

de risco/estresse/experiências adversas com respostas finais de adaptação/ajustamento no indivíduo”.

Tendo em vista tal afirmação, Michael Rutter, um dos precursores no estudo sobre a temática na psicologia, afirma que resiliência não diz respeito ao termo invulnerabilidade, o qual se refere a uma absoluta resistência ao dano. Porém, destaca que diversos estudiosos fizeram uso de tal terminologia, sendo posteriormente substituída pelo construto resiliência (Rutter 1985; 1993). Entretanto, como o uso de tal construto na psicologia é recente, sua definição não é clara, e nem tão pouco precisa quanto na física. De fato, quando se faz referência a fenômenos humanos, uma multiplicidade e uma complexidade de fatores devem ser levados em consideração. Desta forma, tem se observado na literatura científica, inúmeras definições para o construto resiliência (Angst, 2009; Yunes, 2003).

Corroborando com tal exposto, em uma pesquisa realizada no Brasil acerca da produção científica sobre a compreensão do construto resiliência na área da psicologia, referente ao período de 1970 a 2014, identificou-se que o mesmo carece de uma definição consensual e de uma tradição empírica consolidada (Rooke, 2015). De forma semelhante, em uma revisão da literatura elaborada por Souza e Cerveny (2006), observou-se que há diversas definições sobre o conceito de resiliência e que a construção do mesmo é permeada por significados e valores próprios de uma cultura.

No entanto, as autoras ressaltaram que inicialmente os estudos científicos sobre a resiliência não consideravam a influência do meio, mas apenas uma perspectiva individualista. Resiliência era definida mediante a presença de traços de personalidade; ao desenvolvimento normal de um indivíduo em meio às condições adversas; a manifestação de competência, apesar de situações difíceis; ao desenvolvimento da capacidade de adaptação bem sucedida e, a resistência e ao resultado do equilíbrio entre fatores protetores e de risco (Souza & Cerveny, 2006).

Da mesma forma, Junqueira e Deslandes (2003) em uma revisão crítica sobre o tema da resiliência, a qual abrangeu a literatura nacional e internacional, deixaram nítido que o construto é permeado por muitas definições e o seu conceito encontra-se em constante construção e debate. Diante disso, as autoras trouxeram diversas definições de diferentes autores, como as que seguem: “habilidade para suportar a adversidade, adaptar-se, recuperar-se e aceder a uma vida significativa e produtiva” (Kotilarenco et al., 1997 como citado em Junqueira & Deslandes, 2003, p. 230); “capacidade do ser humano para fazer frente às adversidades da vida, de superá-las e de ser transformado positivamente por elas” (Munist et

al., 1999 como citado em Junqueira & Deslandes, 2003, p. 230); “capacidade dos indivíduos de superar os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados” (Garcia, 2001 como citado em Junqueira & Deslandes, 2003, p. 230); “competência e adaptação da pessoa para ultrapassar com sucesso o estresse e a adversidade. Relacionada à vulnerabilidade e a fatores de proteção, através dos quais há uma mudança na resposta da pessoa frente a uma situação de risco, em um sentido adaptativo” (Ruther, 1987 como citado em Junqueira & Deslandes, 2003, p. 231); “funcionamento competente de indivíduos, apesar de severa adversidade (em um sentido adaptativo)” (Cicchetti et al., 1993 como citado em Junqueira & Deslandes, 2003, p. 231); “capacidade de se recuperar e de manter um comportamento adaptado após um dano” (Blum, 1997 como citado em Junqueira & Deslandes, 2003, p. 231), dentre outros.

Já Junqueira e Deslandes (2003), entendem a resiliência como um processo não estático, muito menos linear, visto que uma pessoa pode se apresentar resiliente em um dado momento, mas não o ser frente a outro. Assim, de acordo com as autoras, não se pode falar de pessoas resilientes, mas de uma capacidade do indivíduo de, em determinadas ocasiões, lidar com a adversidade, sem entregar-se a ela. Posto isso, concluem que o termo não pode ser distorcido de modo a sustentar um discurso de “superação individual”, separado do suporte social-afetivo e das relações macrosociais. E, que a promoção da resiliência não deve substituir a responsabilidade do Estado frente às situações de risco que interferem na saúde e na qualidade de vida das pessoas. Comumente, Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004) ressaltam que a ênfase na promoção da resiliência de maneira alguma deve substituir as políticas de combate à desigualdade social e de condições de vida precárias de alguns indivíduos.

Frente a isso, Polleto e Koller (2008, p. 408) afirmam que “Resiliência não é uma característica fixa, ou um produto; pode ser desencadeada e desaparecer em determinados momentos da vida, bem como estar presente em algumas áreas e outras ausentes”. Ou seja, resiliência não se trata de uma herança genética, mas é fruto da interação entre indivíduo e ambiente. As autoras afirmam que “a resiliência é entendida, portanto, não somente como uma característica da pessoa, como uma capacidade inata, herdada por alguns “privilegiados”, mas a partir da interação dinâmica existente entre as características individuais e a complexidade do contexto ecológico” (Poletto & Koller, 2008, p. 408).

Assim sendo, a resiliência é compreendida como um fenômeno dinâmico e ativo, articulado pelos fatores de risco e proteção, provenientes da interação com o meio social e

individual. Ter atitudes resilientes demanda capacidade analítica e reflexão, a fim de que o indivíduo seja capaz de unir forças para ultrapassar os obstáculos, retomando aquilo que necessita ser feito ou superado (Ribeiro, Mattos, Antonelli, Canêo, & Júnior, 2011).

No que concerne aos fatores de risco, tais podem ser definidos como eventos aversivos que ocorrem durante o desenvolvimento do indivíduo, que uma vez presentes, aumentam a chance do mesmo apresentar problemas sociais, físicos e emocionais. No entanto, não se pode afirmar que um mesmo evento aversivo será caracterizado por todo indivíduo como um fator de risco. Isto se dá porque é necessário observar o contexto social e histórico dos quais cada pessoa está inserida. O que para alguns pode ser considerado risco, para outros, pode não o ser (Rutter, 1987; Poletto & Koller, 2008). Já segundo Yunes e Szymanski (2011, p. 24) “os fatores de risco relacionam-se com toda a sorte de eventos negativos de vida e que, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais e emocionais”.

No que diz respeito aos fatores protetivos, Rutter (1985, p. 600) relata que estes “referem-se às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação”. Defende que proteção refere-se à forma pela qual cada indivíduo lida com as transformações ocorridas em sua vida, o significado que o mesmo atribui as suas experiências, bem como age diante de situações adversas (Rutter, 1985, 1987, & 1993). Segundo Canelas (2004, p. 49), “os fatores e os mecanismos de proteção são condições que o ambiente é capaz de fazer para favorecer o indivíduo ou um grupo, e de reduzir os efeitos provenientes de circunstâncias desfavoráveis”.

Segundo Rutter (1987), os fatores de proteção têm como característica primordial, a capacidade de provocar mudanças nas respostas dos indivíduos e, possuem quatro funções: (1) a diminuição do impacto do risco; (2) a diminuição das reações negativas que seguem a exposição do indivíduo às circunstâncias de risco; (3) o estabelecimento e a manutenção da autoeficácia e autoestima por meio da disponibilidade de relações pessoais seguras; e, (4) a abertura de oportunidades, a fim de reverter os impactos nocivos do estresse.

Frente a isso, os fatores de proteção serão aqueles que interferem de maneira favorável, alterando a direção dos eventos considerados aversivos para um indivíduo, orientando a um caminho melhor. Tais são caracterizados por meio de três grupos: individual, familiar e social. Os aspectos individuais relacionam-se às estratégias que cada indivíduo possui ou até mesmo adquire em sua vida para lidar com adversidades. Como exemplos destacam-se a autoestima positiva, autonomia, controle e orientação social positiva. Já o

familiar diz respeito às famílias nucleares ou estendidas que são capazes de auxiliarem o indivíduo quando está diante de um evento que para ele é considerado adverso. E o social concerne às instituições e contextos que podem ser buscados pelo indivíduo, tais como escolas, igrejas, grupos sociais e outras redes de apoio disponíveis (Bianchini & Dell'Aglio, 2006; Souza & Cerveny, 2008; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

Diante do exposto, percebe-se que quando se está diante do conceito de resiliência, deve-se levar em consideração a sua complexidade. É sabido que as situações estressantes do dia a dia afetam as pessoas, bem como o ambiente social do qual elas estão inseridas. Desta maneira, a resiliência deve ser compreendida através de uma análise multifatorial, de modo que inclua os aspectos sociais, organizacionais, comunitários, psicológicos e biológicos (Zautra & Reich, 2011).

Ademais, é de fundamental importância destacar que, por serem diversos os fatores que exercem influência sobre a resiliência, os mesmos tem dificultado seu estudo, tornando um grande desafio medi-la (Atkinson, Martin, & Ranki, 2009; Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2012). Em uma pesquisa bibliográfica cujo objetivo foi revisar sistematicamente o rigor psicométrico das escalas de medida de resiliência, os autores concluíram que nenhuma das escalas identificadas apresentaram todos os dados considerados pertinentes para classificá-las como adequadas para avaliação da resiliência. Todas apresentaram algum tipo de informação incompleta sobre as propriedades psicométricas, além de várias adequações conceituais e teóricas terem sido questionadas. Apesar disso, Paludo e Koller (2011), afirmam que o uso de instrumentos quantitativos nos estudos têm se mostrado eficazes, apesar das diversas discussões sobre como medir ou avaliar aspectos relacionados à resiliência.

No que concerne ao cenário brasileiro, alguns instrumentos quantitativos de outros países foram traduzidos e validados, respeitando as particularidades de nosso contexto. Tais como a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993), adaptada para o português por Pesce et al. (2005), a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10), adaptada por Lopes & Martins (2011) e o Questionário do Índice de Resiliência: Adultos – Reivich-Shatté, adaptado por Barbosa (2006).

Contudo, para execução do presente estudo, adotou-se como instrumento referente à mensuração da resiliência, a Escala de Wagnild e Young (1993), na versão adaptada para o português por Pesce et al. (2005), os quais a definem como o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que promovem um crescimento saudável do ser humano, mesmo que em meio a uma situação desfavorável.

3.3 HABILIDADE SOCIAL

A área de estudos e de aplicação que contempla as habilidades sociais está ganhando cada vez mais espaço nos últimos anos, tanto a nível internacional, quanto a nível nacional. A crescente complexidade das demandas sociais, seja no âmbito pessoal e/ou profissional, tem exigido cada vez mais dos indivíduos habilidades sociais aprimoradas (Bandeira, Costa, Del Prette, Del Prette, & Gerk-Carneiro, 2000). Não obstante, apesar de seu considerado avanço dentro da comunidade científica, o termo ainda carece de uma definição única aceita por todos os estudiosos. Tal ocorrência se justifica, devido ao fato do mesmo abranger um vasto número de dimensões, assim como, a ausência de um modelo integrador, capaz de direcionar as pesquisas na área (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010; Del Prette & Del Prette, 1999).

Desta forma, nos últimos trinta anos, diversas definições de habilidades sociais têm sido desenvolvidas por vários pesquisadores (Gresham, 2017). Caballo (1996) afirma que a HS se refere a um conjunto de comportamentos que são emitidos por uma pessoa que consegue expressar suas opiniões, atitudes e sentimentos em meio a um contexto relacional, promovendo de maneira geral, a resolução dos problemas imediatos da situação e a diminuição de problemas futuros. Já Del Prette e Del Prette (1999), definem a habilidade social como diferentes classes de comportamentos sociais aprendidos e emitidos pela pessoa frente a demandas de uma situação interpessoal específica. A demanda neste caso refere-se à ocasião diante da qual se espera um determinado desempenho social em relação a um ou mais indivíduos.

Para Bolsoni-Silva (2002), HS diz respeito a comportamentos operantes, mantidos por suas consequências. Salienta que a dimensão situacional do comportamento implica que a pessoa pode se comportar de maneira “adequada” em um dado momento, mas não em outro. Exemplificando: uma pessoa pode ser habilidosa em seu ambiente de trabalho (comporta-se de acordo com o que se considera adequado ao ambiente), porém, não o ser no contexto de educação de filhos. Tal ocorrência remete a sensibilidade das pessoas às consequências de seus próprios comportamentos, ou seja, acredita-se que o comportamento socialmente adequado seja mantido no ambiente de trabalho por ser reforçado, fato que pode não ocorrer no ambiente familiar. Todavia, diante de tais definições, para a concretização do presente trabalho, adotou-se como referencial teórico o conceito de habilidade social acima citado dos

autores Del Prette e Del Prette (1999), visto que estes se consolidaram como referência nacional sobre a temática.

Segundo Del Prette e Del Prette (1999), o desenvolvimento de habilidades sociais permite o favorecimento de relações interpessoais gratificantes. Além disso, o mesmo ajuda o indivíduo a estabelecer diferenças entre estímulos, objetos, aplicação de regras e a decodificar o ambiente, o que beneficia a competência social (Bolsoni-Silva, 2002; Del Prette & Del Prette, 2001b). A competência social é compreendida como um construto avaliativo do desempenho efetivamente apresentado pela pessoa, frente a tarefas sociais específicas. Já as habilidades sociais são entendidas como um construto descritivo, onde no repertório de uma pessoa há disponível um conjunto particular de comportamentos sociais. De acordo com Del Prette e Del Prette (2001b, p. 33), “as pessoas socialmente competentes são as que contribuem na maximização de ganhos e na minimização de perdas para si e para aquelas com quem interagem”. Ainda segundo os autores, para que uma pessoa haja de maneira socialmente competente, é relevante que se desenvolva automonitoramento. Estes se referem a “uma habilidade comportamental metacognitiva e afetivo-comportamental pela qual a pessoa observa, descreve, interpreta e regula seus pensamentos, sentimentos e comportamentos em situações sociais” (Del Prette & Del Prette, 2001b, p. 62).

No entanto, definir quais são as habilidades sociais necessárias para o desenvolvimento de uma pessoa não é tarefa fácil, visto que há uma multiplicidade de definições frente à temática, o que tem dificultado a obtenção de um sistema único e consensual (Caballo, 2010). Entretanto, para uma conceituação adequada de um comportamento socialmente hábil, há que se levar em consideração os quatro aspectos que compreendem as habilidades sociais, são eles: os componentes comportamentais, cognitivos afetivos, fisiológicos e outros componentes (Del Prette & Del Prette, 1999; Caballo 2010).

Os componentes comportamentais referem-se aos comportamentos que são realizados frente a uma interação social. Tais podem ser analisados como verbais de conteúdo, verbais de forma ou não verbais. Os verbais de conteúdo dizem respeito a fazer e responder perguntas, pedir e dar feedback, discordar, opinar, concordar, elogiar, recompensar, gratificar, fazer pedidos, recusar, autorrevelar, utilizar o pronome EU, dentre outros. Já os verbais de forma relacionam-se a transtornos da fala, modulação, volume, latência e duração. E, os não verbais referem-se ao olhar, contato visual, postura corporal, movimentos com a cabeça, distância e proximidade de outros e etc. Os componentes cognitivos afetivos dizem respeito à forma pela qual o indivíduo percebe, avalia e constrói as situações, estímulos e

acontecimentos. Os mesmos dividem-se em conhecimentos prévios sobre a cultura, ambiente e papéis sociais, bem como sobre expectativas e crenças, ou seja, metas, autoconceito, autoeficácia, empatia, valores sociais, dentre outros. Já os componentes fisiológicos, fazem menção à frequência dos batimentos cardíacos, respiração, respostas galvânicas da pele (maior umidade ou secura da pele), tensão etc. E, por fim, os outros componentes que se associam à aparência pessoal e atratividade física (Caballo, 2010; Del Prette & Del Prette, 1999).

Desta maneira, muitas pesquisas tem mostrado que a qualidade das relações interpessoais é um importante indicador da saúde psicológica do indivíduo, visto que a mesma está relacionada à melhor qualidade de vida, a comportamentos adequados e ao ajustamento psicossocial em geral. Já os déficits nas relações interpessoais têm sido vistos como um fator de risco, associados a comportamentos não adequados. Além disso, podem estar relacionados a déficits de desempenho ou de aquisição. Os déficits de desempenho associam-se a afirmativa do tipo “eu não vou fazer”. O indivíduo apresenta uma falha no desempenho de uma determinada habilidade social em níveis aceitáveis, por mais que saiba como desempenhá-la. Esses déficits frequentemente têm sido mais bem compreendidos como problemas de natureza motivacional ou de desempenho, do que como problemas de aquisição ou de aprendizagem. Já os déficits de aquisição, relacionam-se a seguinte expressão: “não consigo fazer”. Aqui, os indivíduos apresentam inabilidade de apresentar de forma fluente uma sequência de comportamentos considerados necessários para uma dada situação específica. E, ademais, demandam grande dificuldade para determinar qual habilidade social se mostra mais adequada em determinada ocasião (Del Prette & Del Prette, 2006; Gresham, 1981, 2017).

De acordo com Del Prette e Del Prette (2005), as HS começam a se desenvolver logo na infância. A maneira como os pais relacionam-se com seus filhos interfere de forma significativa nos padrões de comportamentos que as crianças desempenharão. Bolsoni-Silva & Marturano (2002) revelam que a forma perante a qual os pais utilizam para expressarem sentimentos negativos e positivos frente à interação com as crianças contribui para que os filhos aprendam a distinguir quais comportamentos são aceitos pela sociedade da qual eles se inserem, bem como quais não o são. Assim, conforme Carneiro e Falcone (2004), na medida em que o indivíduo vai se desenvolvendo, novas habilidades vão sendo requeridas. Desta forma, o mesmo percorre ao longo de toda sua trajetória de vida, um processo de aprendizagem de novas habilidades.

Segundo Del Prette e Del Prette (2001a), as habilidades sociais podem ser divididas através de seis classes, tais são: (a) habilidades de comunicação, que compreende iniciar, manter e finalizar uma conversa, fazer e responder perguntas, elogiar quando for ou não solicitado, gratificar, pedir e dar feedback; (b) habilidades sociais de civilidade, envolve fazer apresentações, cumprimentar, falar por favor, despedir-se e agradecer; (c) habilidades assertivas de direito e cidadania, como desculpar-se, interagir com pessoas autoritárias, aceitar e recusar pedidos, lidar com críticas, pedir mudança de comportamento, expressar desagrado ou raiva, ter relacionamento afetivo e/ou sexual e terminar relacionamentos; (d) habilidades sociais empáticas, concerne refletir sobre sentimentos, mostrar apoio e parafrasear; e) habilidades sociais de trabalho, refere-se a falar em público, tomar decisões, intervir quando há conflitos, coordenar grupos e resolver problemas; e, (f) habilidades sociais de expressão de sentimento positivo, diz respeito a cultivar e expressar amor, fazer amizades e expressar solidariedade.

Além disso, Del Prette e Del Prette (1999, 2005) afirmam que há três possibilidades de uma pessoa relacionar-se com as outras, podendo estas serem por meio da interação assertiva, não assertiva ou agressiva. Ao que se refere à interação assertiva, o indivíduo é capaz de expressar livremente suas opiniões e frequentemente atingir os objetivos por ele desejados. Uma pessoa assertiva comumente fala o que sente e mantém firme suas opiniões, porém, para tal, não agride ao outro. Todavia, quando um indivíduo comporta-se de maneira assertiva, o mesmo não está isento de situações conflituosas, visto que a ausência de opiniões contrárias é impossível, porém o desfecho da conversa favorece todas as partes. Já em relação ao comportamento não assertivo, a pessoa não é capaz de expressar de maneira honesta seus sentimentos, suas emoções, bem como suas opiniões. A mesma possui a crença de que não se pode contar o que se pensa, pois os sentimentos próprios não importam, mas sim os dos outros, uma vez que os vê como superiores. Diante disso, tais indivíduos acabam suprimindo seus sentimentos e ademais, seus comportamentos são vistos como uma violação de seus direitos em prol dos demais. No que concerne ao comportamento agressivo, aqui a pessoa expressa de maneira direta seus sentimentos, suas emoções e opiniões, porém não leva em consideração a opinião, os direitos e os pensamentos dos outros. Este tipo de comportamento pode manifestar-se de diferentes maneiras, como na forma de agressões verbais e físicas, ou por meio de olhares, comentários em tons sarcásticos e gestos maliciosos. O mesmo encontra-se baseado na relação de poder, como se a pessoa que emite o comportamento agressivo assinalasse que é capaz de dominar e vencer o outro, podendo este, sentir-se humilhado.

Diante de tais considerações Villa, Del Prette e Del Prette, (2007) revelam que são diversas as variáveis que se mostram presentes ao longo do desenvolvimento das habilidades sociais, tais como nível socioeconômico, aspectos culturais, idade, sexo, nível educacional, dentre outros. No entanto, quando o ambiente e as relações sociais se mostram desfavoráveis frente ao aprendizado de um repertório de HS, podem de certa forma, impedir ou limitar o aprendizado das mesmas. Ou seja, a qualidade de vida e as relações sociais do indivíduo podem ser prejudicadas devido ao déficit no seu repertório de HS (Del Prette & Del Prette, 2011).

Frente a isso, com o objetivo de solucionar a problemática, ganha importância o Treinamento de Habilidades Sociais (THS). O mesmo consiste em uma estratégia cujo objetivo vincula-se à prevenção de futuras dificuldades comportamentais através do ensino e da facilitação de padrões de comportamentos pró-sociais. Estes, por sua vez, podem diminuir a ocorrência de problemas de comportamento considerados inadequados (Gresham, 2017). Desta maneira, o THS é composto por algumas etapas complementares. A primeira refere-se à avaliação inicial do repertório de habilidades sociais do indivíduo. Nesta, cabe ao profissional direcionar sua atenção para certos aspectos, como a presença de déficits nesse repertório, antecedentes e consequentes de tais comportamentos. Por seguinte, é relevante que se faça uma apresentação dos objetivos da intervenção a pessoa, para assim desenvolver as técnicas e os procedimentos com o propósito de atender suas necessidades (Del Prette & Del Prette, 1999, 2011).

Todavia, recomenda-se que os programas de THS devem ser avaliados. Para tal, utiliza-se de um conjunto de instrumentos de avaliação das habilidades sociais do indivíduo e/ou quando for o caso, do grupo. Isso, com o propósito de obter os indicadores comportamentais, cognitivos afetivos e fisiológicos. Sendo assim, as metodologias que se destacam na avaliação das HS são os autorrelatos, por meio de questionários, escalas ou inventários; a entrevista; a observação do comportamento em situação artificial e natural; os registros psicofisiológicos e o autorregistro. Entretanto, para a execução do presente trabalho optou-se por utilizar um instrumento de autorrelato, o Inventário de Habilidades Sociais de Del Prette e Del Prette (2001a) (Caballo, 2010; Del Prette & Del Prette, 1999).

De fato, a avaliação das habilidades sociais tem interessado a muitos, como terapeutas, empresários, professores e o público em geral. Os estudos neste campo tem evidenciado a importância da avaliação do desempenho social. Os resultados tem mostrado que os indivíduos socialmente hábeis dispõem de relações interpessoais (seja pessoais e/ou

profissionais) mais produtivas, além de apresentarem melhor saúde física e psicológica. Posto isso, há que considerar que atualmente, os processos de trabalhos baseiam-se na natureza e na qualidade das relações interpessoais, exigindo além das competências técnicas, a competência social nas interações (Del Prette & Del Prette, 1999).

Contudo, a partir do que foi discutido, percebe-se que as habilidades sociais apresentam um caráter situacional-cultural, pois sua avaliação deve levar em consideração sob quais contextos (familiar, trabalho, lazer, escolar etc.) e com que tipo de interlocutores (pessoas de autoridade, professores, amigos, colegas de trabalho, família etc.) um determinado indivíduo apresenta recursos e/ou déficits de HS. Há que se identificar as normas, regras e padrões de expectativas da cultura do indivíduo, visto que tais constituem contingências que podem determinar repertórios diferenciados (Del Prette & Del Prette, 1999, 2003; Villa, Del Prette & Del Prette, 2007).

Diante disso, compreende-se a habilidade social como uma “qualificação” que aparentemente teve sua consolidação na prática cultural e que por sua vez, encontra-se presente no contexto da comunidade científica, (com repertório socialmente habilitado ou repertório socialmente inábil) como a forma de designar, adjetivar e qualificar comportamentos que estejam de acordo ou não com as funções sociais aceitas dentro das normas e regras do nosso grupo social (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as atitudes de uma equipe de saúde que atua na oncologia diante da morte de pacientes.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, profissional e clínico da equipe de saúde;
- Levantar informações acerca das crenças, sentimentos e ações destes profissionais diante da morte de pacientes;
- Levantar informações acerca de suas percepções quanto ao preparo da formação para o enfrentamento da morte;
- Analisar suas habilidades sociais e resiliência e verificar se há associações destas com as atitudes diante da morte de pacientes.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e correlacional, de caráter qualitativo e quantitativo.

5.2 PARTICIPANTES

5.2.1 Amostra

A amostra foi composta por 38 profissionais de saúde (Técnicos de Enfermagem, Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social), de um hospital oncológico centro de referência ao tratamento do câncer, localizado no município de Muriaé/MG.

5.2.2 Critérios de seleção

Os participantes foram selecionados por conveniência, no período de coleta de dados, que compreendeu a terceira semana dos meses de agosto e setembro, no seguinte horário: 07h00minhrs às 18h00minhrs. Vale ressaltar que os dias e os horários para realização da aplicação dos instrumentos foram determinados pelo próprio hospital, mediante sua rotina. Sendo assim, foram selecionados os profissionais de saúde que se inseriram nos critérios de inclusão e que estavam de plantão nos respectivos dias. Para a abordagem aos profissionais, a secretária do centro de estudos do hospital via telefone comunicou aos gerentes de cada setor sobre a pesquisa, a fim de que a pesquisadora tivesse autorização dos mesmos para ir aos setores e abordar os profissionais para participar do estudo. Desta maneira, caso os profissionais expressassem o desejo de participar da pesquisa, a pesquisadora apresentava aos mesmos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ([TCLE] Apêndice A).

5.2.3 Critérios para inclusão na amostra

- Profissionais de saúde que atuavam há no mínimo um mês na oncologia;
- Profissionais de saúde com idade entre 18 a 59 anos.

5.2.4 Critérios para não inclusão na amostra

- Profissionais de saúde que perderam há no máximo um ano algum membro familiar por câncer;
- Profissionais de saúde que tinham algum membro familiar com câncer e/ou em tratamento.

5.3. CENÁRIO DA PESQUISA

A escolha do Hospital do Câncer de Muriaé para a realização da pesquisa se deu por ser considerado centro de referência ao tratamento do câncer, na região da zona da mata mineira, atendendo a mais de 270 municípios. Foi fundado em 1995, pelo empresário e político Lael Vieira Varella em memória do seu filho, que faleceu tragicamente vítima de um acidente automobilístico em 1994. Em 2002 teve oficializado o seu credenciamento junto ao Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), tendo início pleno de suas atividades em janeiro de 2003 (FCV, 2018).

Atualmente se mantém através dos serviços prestados, recursos públicos e doações. Dos pacientes atendidos, 84% recebem assistência do SUS. É considerada de médio porte, com o total de 146 leitos ativos, uma sala cirúrgica integrada (sala de cirurgia inteligente), além de seis salas cirúrgicas. Conta ainda com um total de 48 leitos de quimioterapia ambulatorial, três salas de radioterapia, ampla estrutura de consultórios, além de diversos serviços de diagnóstico (FCV, 2018).

Por atender a uma vasta região, com alguns municípios a mais 500 km, ainda conta com uma “Casa de Apoio”, para o acolhimento de pessoas de localidades distantes que vêm em busca de tratamento e permanecem hospedadas gratuitamente. Possui 138 leitos para atendimento com suporte de uma equipe especializada e multiprofissional além de todos os serviços de hospedagem e cinco refeições diárias (FCV, 2018).

Ademais, possui o certificado de Acreditado em Excelência, nível III, pela Organização Nacional de Acreditação- ONA, Prêmio Mineiro da Qualidade - Faixa Ouro em 2014, Prêmio Referências da Saúde 2013 - Pilar Sustentabilidade Socioambiental, Prêmio Top Quality Diamante no Programa 5S, além de ser hospital da Rede Sentinela da ANVISA (FCV, 2018).

5.4 INSTRUMENTOS

Para a realização da coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Inventário de Habilidades Sociais desenvolvido por Del Prette e Del Prette, IHS-2 (2018).

Instrumento validado, de autorrelato, composto por 38 questões, cujo objetivo é avaliar dimensões comportamentais e situacionais das habilidades sociais. O respondente indica a frequência com que sente ou age de acordo com o que está escrito em cada item, utilizando da legenda de uma escala tipo Likert, com cinco pontos: A (nunca ou raramente), B (com pouca frequência), C (com regular frequência), D (muito frequentemente), E (sempre ou quase sempre). Os itens são agrupados em cinco Fatores:

O fator F1 avalia habilidades sociais associadas a "Conversação Assertiva", tais como participação de conversa, encerrar uma conversação, lidar com críticas dos pais, reagir a elogio, encerrar conversa ao telefone, negociação, manutenção de conversação, abordagem de autoridade, pedido de favores a desconhecidos e realização de perguntas, recusar pedidos abusivos, pedir mudança de conduta e falar a público desconhecido.

O fator F2 avalia habilidades sociais associadas a "Abordagem afetivo-sexual", tais como abordar para relação sexual, apresentar-se a outra pessoa, declarar sentimento amoroso.

O fator F3 avalia habilidades sociais associadas a "Expressão de sentimento positivo", tais como elogiar familiares, expressar carinho, expressar bem-estar, agradecer elogios, elogiar outrem, lidar com críticas justas, cumprimentar desconhecidos, fazer perguntas a conhecidos.

O fator F4 avalia habilidades sociais associadas a "Autocontrole/Enfrentamento", tais como defender outrem em grupo, lidar com críticas injustas, discordar em grupo de conhecidos, expressar desagrado a amigos, discordar de autoridade.

O fator F5 avalia habilidades sociais associadas a "Desenvoltura Social", tais como fazer pergunta a conhecidos, cumprimentar desconhecidos, falar a público desconhecido, manter conversa com desconhecidos, discordar de autoridade, abordar autoridade.

(Observação: o IHS avalia também outras seis habilidades sociais que não são abarcadas nos cinco fatores supracitados, são elas: interromper a fala do outro, cobrar dívida de amigo, falar a público conhecido, devolver mercadoria defeituosa, pedir ajuda a amigos, recusar pedido abusivo, pedir favores a colegas, lidar com chacotas).

Os resultados do IHS são dados em escore total (que permite a primeira avaliação dos recursos e déficits do sujeito) e escores fatoriais (que possibilita a classificação clínica do repertório de HS do respondente em inferior, médio inferior, bom, elaborado e altamente elaborado). O repertório inferior de Habilidades Sociais indica déficit e necessidade de treinamento de Habilidades Sociais, especialmente naquelas subescalas e itens mais críticos

para o ajustamento pessoal e profissional. O repertório médio inferior de Habilidades Sociais, com resultados abaixo da média em grande parte dos itens, indica necessidade de treinamento de Habilidades Sociais, especialmente naquelas subescalas e itens mais críticos para o ajustamento pessoal e profissional. Bom repertório de Habilidades Sociais refere-se a resultados dentro da média para a maior parte dos itens ou equilíbrio entre recursos e déficits nesses itens e subescalas em que aparecem. O repertório elaborado de Habilidades Sociais, com resultados acima da média para a maior parte dos itens e subescalas em que aparecem, é indicativo de recursos interpessoais bastante satisfatórios. Por fim, o repertório altamente elaborado de Habilidades Sociais com resultados acima da média para praticamente todos os itens e subescalas em que aparecem, retrata indicativo de recursos interpessoais altamente satisfatórias nesses itens.

Para o instrumento Inventário de Habilidades Sociais não é permitida reprodução por se tratar de teste psicológico, por isto o mesmo não consta em anexo.

- Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (Anexo A)

De acordo com Wagnild e Young (1993 p. 167), “o propósito da Escala de Resiliência é identificar o grau de resiliência individual, considerado como uma característica positiva da personalidade que melhora a adaptação individual”. Segundo os autores, a escala foi construída por meio de um estudo qualitativo com cerca de vinte e quatro mulheres que se adaptaram com sucesso à adversidade da vida. De suas colocações, identificaram-se cinco componentes como fatores constituintes da resiliência: perseverança, sentido da vida, serenidade, autossuficiência e autoconfiança. Estas definições e perspectivas foram clarificadas e validadas através de uma revisão de literatura sobre o tema.

A escala é composta por 25 itens do tipo Likert, com sete pontos que variam de discordo totalmente (1 ponto) a concordo totalmente (7 pontos). A pontuação varia de 25 a 175 pontos, considerada por fator e no total, sendo que quanto maior o escore, mais elevada é a resiliência. É relevante ressaltar ainda que, de acordo com Wagnild (2009), é possível afirmar que escores abaixo de 121 indicam baixa resiliência, escores entre 121 e 145 indicam moderada resiliência e escores acima de 146 indicam altos níveis de resiliência.

No Brasil, o instrumento foi submetido à adaptação transcultural e avaliação psicométrica por Pesce e colaboradores. (2005). O plano amostral baseou-se na população de estudantes de sétima e oitava séries do Ensino Fundamental e primeiro e segundo anos do

Ensino Médio da rede pública de ensino do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro. Em relação à equivalência funcional da escala de resiliência, constatou-se um grau satisfatório de equivalência semântica, de itens, conceitual, operacional e de mensuração. Além disso, no que concerne à validade de constructo, a escala de resiliência associou-se com alguns conceitos considerados relevantes na literatura sobre o tema, como supervisão familiar, apoio social, satisfação com a vida e autoestima.

- Questionário Sociodemográfico, Profissional e Clínico (Apêndice B).

Instrumento elaborado pela pesquisadora, composto por dezessete questões, que leva em consideração as seguintes variáveis: setor de atuação na oncologia, gênero, idade, estado civil, raça/cor/etnia, religião, renda, escolaridade, formação profissional, tempo de formação, comorbidades clínicas e/ou psicológicas, uso de medicamento psicotrópico e tempo de trabalho na instituição. Para a criação do mesmo foi utilizado como referencial o questionário base do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2010).

- Entrevista Semiestruturada (Apêndice C)

Instrumento elaborado pela pesquisadora, visando compreender as atitudes, crenças, sentimentos e ações de uma equipe de saúde que atua na oncologia diante da morte de pacientes, bem como suas percepções quanto ao preparo da formação para o enfrentamento da terminalidade. Composta por 20 questões (duas dicotômicas: sim/não; duas múltipla escolha; duas abertas e, 14 questões em escala Likert, acerca das atitudes negativas diante da morte de pacientes). A mesma foi construída com base na literatura, tendo como principal referencial os apontamentos de Ariés (2014), Kovács (2003) e Kubler-Ross (2005). No entanto é relevante ressaltar que as 14 questões em escala Likert, acerca das atitudes negativas diante da morte de pacientes, além de terem sido estruturadas com base nos autores acima citados, também foram desenvolvidas a partir do modelo tripartido das atitudes de Rosenberg e Rovland (1960), o qual define atitudes como uma construção psicológica constituída de três componentes de natureza distinta: um componente cognitivo (que concerne às crenças e às informações que as pessoas possuem em direção ao objeto para o qual se direciona a atitude), um componente afetivo (que diz respeito aos sentimentos que o objeto suscita) e, um

componente comportamental (que refere às ações de evitação e aproximação a respeito do mesmo objeto).

Essas questões também foram elaboradas analogamente à Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993) adaptada para o português por Pesce et al. (2005), onde as questões 1 a 4 referem-se às crenças e informações; 5 a 8 aos sentimentos e 9 a 14 as ações, com sete pontos que variam de discordo totalmente (1 ponto) a concordo totalmente (7 pontos). A pontuação geral das 14 questões varia de 14 a 98 pontos, considerada por fator e no total, sendo que quanto maior o escore, mais elevada são as atitudes negativas.

Para compor os pontos de cortes das categorias que indicam ausência de atitude negativa, baixa atitude negativa, moderada atitude negativa e alta atitude negativa, realizou-se, a partir da análise da amostra de 38 indivíduos, um teste de normalidade dos dados.

Tabela 1.

Teste simples Kolmogorov-Smirnov de normalidade dos dados.

Teste Simples Kolmogorov-Smirnov		Atitude
N		38
Normal Parâmetros ^{a,b}	Média	42,21
	Desvio-padrão	8,896
	Absoluta	,096
Most Extreme Differences	Positiva	,096
	Negative	-,051
Kolmogorov-Smirnov Z		,593
Asymp. Sig. (2-tailed)		,873
Exact Sig. (2-tailed)		,840
Point Probability		,000

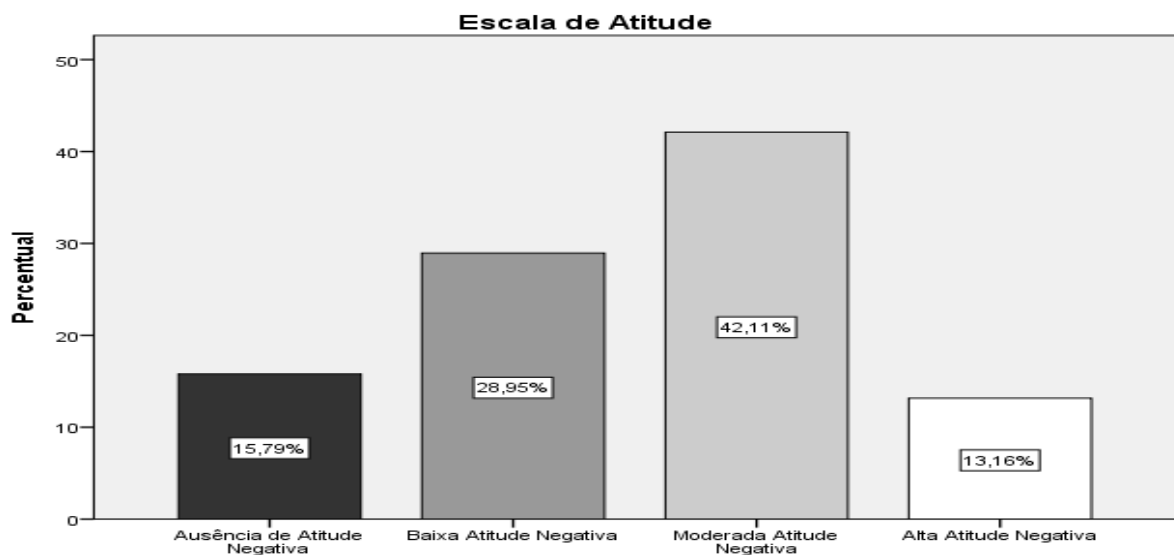
Teste de Distribuição é normal.

Analisando o teste, aceitou-se a hipótese nula de normalidade (p -valor $> 0,05$) para a distribuição dos escores para a questão de Atitude propostas. Assim considerou-se, a partir da distribuição normal e das aproximações de média e desvio-padrão, a construção das questões de Atitude, admitindo os cortes um desvio antes e um depois da média, como segue: Ausência de atitude negativa: Escore < 33 ; Baixa atitude negativa: $33 \leq$ Escore < 42 ; Moderada atitude negativa: $42 \leq$ Escore < 51 e, Alta atitude negativa: Escore ≥ 51 .

Tabela 2
Frequência, percentual e percentual acumulados.

	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Ausência de Atitude Negativa	6	15,8	15,8
Baixa Atitude Negativa	11	28,9	44,7
Moderada Atitude Negativa	16	42,1	86,8
Alta Atitude Negativa	5	13,2	100,0
Total	38	100,0	

Figura 1
Frequência, percentual e percentual acumulado.



É importante ressaltar ainda que, para elaboração destas questões foi realizada uma avaliação de concordância entre juízes. Sendo assim, selecionou-se uma amostra intencional de dois juízes que agregavam características como ter formação em psicologia e ter conhecimento sobre o estudo das atitudes. Desta maneira, uma vez que seriam observados traços latentes de crenças, sentimentos e ações, para compor as questões a serem utilizadas, a escolha intencional justifica-se pela necessidade de compreensão de conceitos específicos da área.

Todavia, numa primeira análise as questões não cumpriram a exigência mínima de concordância moderada entre juízes ($Kappa > 0,4$). Porém, além dos juízes apresentarem sua

concordância ou discordância das afirmativas e escalas, foi dado a estes a possibilidade de inserção de comentários, críticas e sugestão às questões. Assim, após análise qualitativa das respostas desses juízes foi realizada uma adequação das afirmativas e escalas e foram elaboradas novas questões, que contemplavam a análise da validade da afirmativa para a aferição de crenças/sentimentos/ações, além da validade da escala Likert utilizada.

Desta maneira, com a intenção de mensurar o grau de confiabilidade das questões, propomos outra análise de concordância entre juízes por tabela de referência cruzada e cálculo de coeficiente Kappa. O Coeficiente Kappa é definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância entre dois juízes. Segundo a escala de Landis & Koch (como citado em Perroca e Gaidzinski, 2003), valores maiores que 0,75 representam excelente concordância. Valores abaixo de 0,40 representam baixa concordância e valores situados entre 0,40 e 0,75 representam concordância mediana.

O cálculo de Kappa realizado através do Statistical Package for the Social Sciences SPSS apontou uma concordância perfeita entre os juízes ($Kappa = 1,0$) atribuindo assim, validade as questões que foram utilizadas nesta presente pesquisa para aferir o grau de atitude negativa de profissionais de saúde diante da morte de pacientes.

5.5 PROCEDIMENTOS

A primeira etapa da pesquisa foi caracterizada pela elaboração de uma revisão sistemática, com intuito de investigar a temática, verificando a presença de publicações similares e que pudessem colaborar na estruturação da dissertação. Tal análise concretizou-se em um artigo científico publicado na Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar- SBPH e uma apresentação em congresso realizada no XI Congresso de Psicologia da Zona da Mata e Vertentes e XV Encontro Juizforano de Psicologia – ENJUPSI.

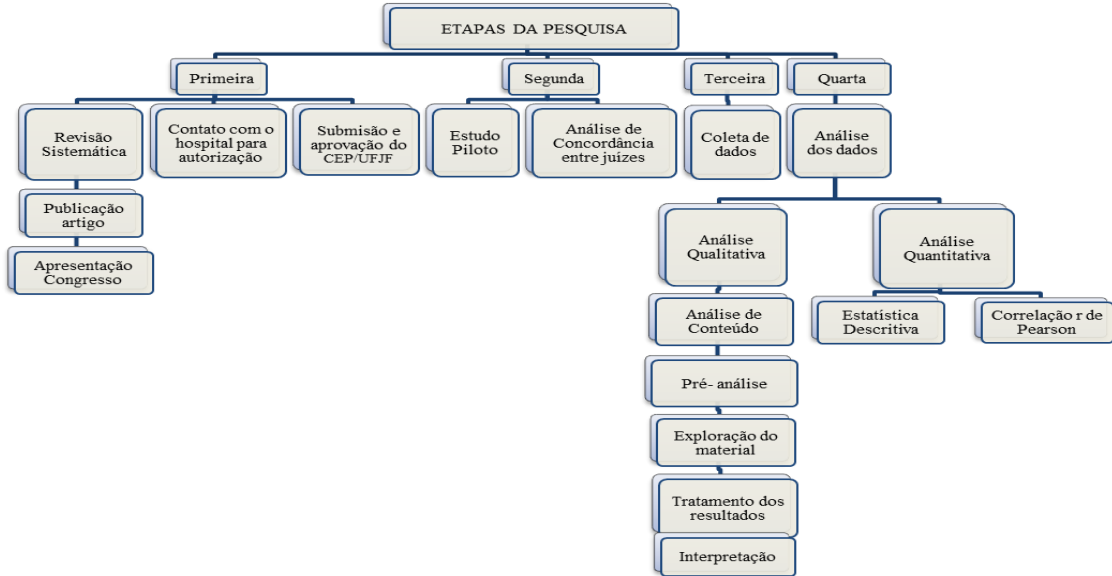
Ainda, foi efetivado o contato com o gerente do centro de estudos do hospital do Câncer de Muriaé, que concordou e assinou o documento de coparticipação da pesquisa (Anexo B), sendo em seguida realizada a submissão e aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora- CEP/UFJF (Anexo C).

A segunda etapa assim como as etapas seguintes contou com o uso do checklist Critérios Consolidados para Relatórios de Pesquisa Qualitativa- COREQ 32, que auxilia pesquisadores no relato da pesquisa qualitativa (Anexo D). Ainda foi realizado pela pesquisadora o estudo piloto com oito profissionais de saúde da oncologia. Foram testados os materiais, métodos e equipamentos da pesquisa, os quais se mostraram adequados ao contexto do presente hospital. Também nesta etapa, foi executada a análise de concordância entre juízes frente ao conjunto de questões referente à atitude negativa diante da morte de pacientes, a qual apontou uma concordância perfeita ($Kappa = 1,0$).

A terceira etapa consistiu à coleta de dados, na qual os participantes da pesquisa foram informados sobre esta através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Apêndice A) no período de trabalho. Os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora, devidamente treinada, no próprio hospital, em momento único e de modo presencial, em condições que garantiram o sigilo e a tranquilidade para que o procedimento fosse executado. O tempo médio de duração da aplicação foi de 30 minutos. Primeiramente, foi aplicada a entrevista semiestruturada (onde duas de suas questões foram gravadas em áudio, mediante autorização dos participantes e, posteriormente transcritas. A transcrição não foi devolvida aos participantes para comentários e/ou correções devido à rotina intensa do hospital). Em seguida o Inventário de Habilidades Sociais, a Escala de Resiliência e, posteriormente, o questionário sociodemográfico, profissional e clínico. Cabe ressaltar que a pesquisadora não estabeleceu um relacionamento com os participantes antes do início do estudo e que os mesmos não a conheciam. Além disso, a pesquisadora relatou que o interesse pessoal pela presente temática é poder contribuir para a melhoria da atuação de profissionais de saúde da oncologia diante do paciente e do familiar que se encontram em situação de terminalidade.

Na quarta etapa foi realizada a análise de dados, elaboração dos resultados, discussão e considerações finais. E, na quinta e última etapa, que ainda será realizada, se fará a devolutiva a instituição, mediante um feedback aos profissionais participantes, sob a autorização do gerente do centro de estudos do hospital.

Figura 2
 Fluxograma referente às etapas da pesquisa.



Fonte: Elaboração própria.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Em relação à parte qualitativa da pesquisa, as respostas às questões abertas da entrevista semiestruturada elaborada pela pesquisadora foram transcritas, analisadas e categorizadas conforme a Técnica da Análise de Conteúdo de Bardin (2016), “que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (Bardin, 2016, p.24).

Além disso, ela também tem por intuito, através da classificação ou categorização, obter indicadores- temáticos ou frequenciais – que possibilitam a inferência e interpretação dos resultados obtidos. Desta maneira, para a realização de tal técnica, as categorias foram estabelecidas e identificadas no decorrer do processo de análise de modo independente pela autora da pesquisa e uma psicóloga, ambas previamente treinadas, onde as eventuais discordâncias foram discutidas e sanadas até que se obteve o sistema final de categorias, isto, seguindo-se as seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2016).

- *Pré-análise*: Etapa de organização propriamente dita. Teve como propósito capturar os resultados significativos e as ideias principais sobre o tema. Nesta, foi realizada uma leitura inicial flutuante dos materiais a serem analisados, a fim de estabelecer as primeiras impressões e orientações a respeito dos mesmos, que possibilitaram elaborar os indicadores que fundamentaram a interpretação final. Mediante este primeiro contato com o documento foi adotada as seguintes regras: (a) regra de exaustividade – não foi deixado de fora da análise nenhum elemento. (b) regra da representatividade – a escolha da amostra foi realizada rigorosamente, sendo uma parte representativa do universo inicial. (c) regra da homogeneidade – o documento obedeceu a critérios precisos; e (d) regra de pertinência – a fonte de informação selecionada correspondeu adequadamente ao objetivo da pesquisa.
- *Exploração do material*: Etapa da análise propriamente dita. Os dados foram codificados, decompostos e enumerados. Realizou-se o recorte das unidades de registro, seguindo critérios semânticos para o estabelecimento das categorias globais, específicas e subespecíficas. A presente etapa se dividiu em dois momentos: o inventário- que se refere ao isolamento dos elementos e a classificação- que corresponde ao agrupamento dos elementos semelhantes. Como resultado, obteve-se a seguinte síntese de progressão das categorias:

Figura 3
Síntese da progressão das categorias de análise.

Iniciais	Intermediárias	Finais
1. Quando há vínculo 2. Quando da morte de criança 3. No início da prática 4. Quando de falecimento súbito 5. Quando da morte de mãe jovem 6. Quando sente que poderia ter feito mais 7. Pesado 8. Desgastante 9. Sofre 10. Evita-os	I- Com dificuldade	I- Como reage
	II- Com naturalidade	
11. Devido ao tempo de trabalho 12. Com tranquilidade 13. Quando não há apego 14. Quando se trata de morte de idoso 15. Com normalidade 16. Lida bem	III- Com facilidade	
17. Tenta se colocar no lugar da família 18. Tenta se colocar no lugar dos pacientes	VI- Com empatia	II- Como se sente
19. Fica triste 20. Chora 21. Pensa muito no ocorrido 22. Sente incapaz 23. Sente pesar 24. Fica abalado 25. Sente insatisfação 26. Sente que cumpriu o dever quando o paciente ficou mais tempo assistido.	V- Mal	

27. Fica aliviado pelo paciente 28. Sente que fez o melhor	V- Bem	
29. Não fica sofrendo 30. Não fica pesaroso 31. Continua o dia 32. Um pouco insensível 33. Dificilmente tem a sensação de transferência na morte	VI- Neutro	
34. Acolhe 35. Conforta 36. Ajuda 37. Dá atenção 38. Abraça 39. Tenta passar força 40. Tenta descontraír 41. Dá carinho 42. Passa tranquilidade 43. Dá segurança 44. Oferece palavra amiga 45. Tenta ser o mais humano possível 46. Brinca 47. Conversa	VII- Afetivo	III- Suporte
48. Recorre à psicologia para auxílio ao familiar 49. Tenta explicar com calma a situação 50. Com alívio da dor 51. Orienta sobre os procedimentos 52. Procura trazer as melhores condições de qualidade de vida 53. Trabalha a partir do sofrimento que trazem 54. Orienta sobre o acesso a benefícios 55. Estreita o vínculo entre equipe, paciente e família. 56. Oferece o melhor tratamento 57. Explica para que serve os medicamentos	VII- Técnico	
58. Fala sobre a questão da fé 59. Faz orações 60. Fala de deus	IX- Espiritual	
61. Enxerga a morte como um descanso do sofrimento para o paciente. 62. Equilibra profissional e emocional 63. Tenta não se apegar 64. Tenta não se abater 65. Reflete sobre a vida 66. Isolamento	X- Focado no problema	IV- Estratégias de enfrentamento
67. Conversa com alguém próximo	XI- Focado no suporte social	
68. Não toca no assunto 69. Recorre a outros profissionais para tratar sobre o assunto. 70. Não é direto com o paciente 71. Não sabe lidar 72. Discute sobre o tratamento, mas não explica tudo. 73. Fala para perguntarem ao médico. 74. Fala para não sofrerem na frente do paciente 75. Pergunta o que acham melhor para o paciente 76. Tenta passar a verdade, mas não diz que vão morrer.	XII- Vaga	V- Abordagem sobre a terminalidade
77. Aborda-os aos poucos, quando a família não permite dizê-los. 78. Procura saber suas expectativas 79. Procura saber o que desejam 80. Trabalha questões familiares 81. Mais claro e suave possível 82. Incentiva o apoio ao paciente 83. Informa sobre a terminalidade do paciente 84. Tenta mostrar a importância de estarem juntos do paciente 85. Quando não aceitam tenta mostrar que existe a possibilidade de que não seja como estão pensando. 86. Quando não querem que o paciente saiba de sua terminalidade, frisa-se a importância de ele saber. 87. Trabalha a possibilidade da despedida	XIII- Precisa	
88. Tenta ter uma comunicação clara 89. Pergunta se querem conversar com algum psicólogo. 90. Conversa até estabilizarem 91. Comunica se desejarem saber 92. Tenta ser claro	XIV- Precisa	VI- Comunicação do prognóstico
93. Fala para ficarem calmos, que tudo vai dar certo. 94. Tenta ser o mais sucinto possível 95. Não entra na informação do prognóstico 96. Recorre à psicologia	XV- Imprecisa	

Fonte: Elaboração própria

- *Tratamento dos resultados e interpretações:* Etapa caracterizada pela seleção e síntese dos resultados, a partir das inferências e interpretação dos dados, seguindo-se o aporte teórico da pesquisa. Conforme Bardin (2016), os resultados foram tratados de forma a serem válidos e significativos. Posto isso, foram construídas tabelas, as quais colocaram em relevo as informações fornecidas pela análise, por meio da frequência absoluta e relativa.

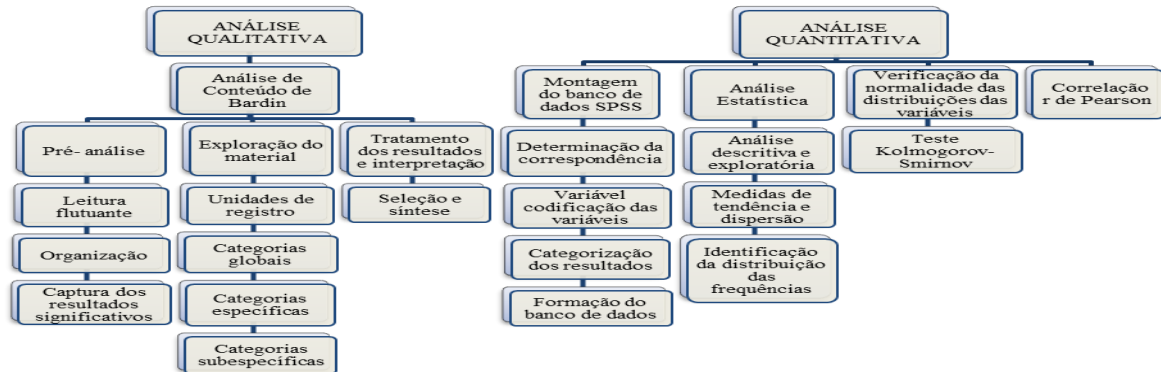
De acordo com Flick (2009), a Análise de Conteúdo apresenta-se como ponto positivo a importância dada ao contexto do conteúdo analisado, em contraponto da fragmentação da ciência positivista. Além disso, ainda tem como potencialidade, a capacidade de dispor os elementos de forma clara, devido à elaboração categórica e sistemática que ensina passo a passo.

Já no que concerne a análise dos dados obtidos a partir da aplicação das escalas, do questionário sociodemográfico, profissional e clínico e, das questões fechadas da entrevista semiestruturada, construiu-se um banco de dados pela codificação e tabulação dos dados que foram analisados pelo Software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, V.20, estabelecendo-se frequências absolutas e relativas distribuídas em tabelas, apresentando as principais características de cada variável observada na amostra.

Para a realização da montagem do banco de dados, foi necessário o seguimento das seguintes etapas: determinação da correspondência entre os dados e a variável codificação das variáveis; categorização dos resultados; formação do banco de dados e análise estatística.

Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva e exploratória das variáveis de interesse, anteriormente citadas, onde se estabeleceu as medidas de tendência e dispersão que foram necessárias e, identificou as distribuições de frequências para caracterizar tais variáveis. Em seguida verificou-se a normalidade da distribuição das variáveis selecionadas para os testes correlacionais (Atitude negativa diante da morte de pacientes, Habilidade Social e Resiliência) por meio do teste Kolmogorov- Smirnov. Como as distribuições satisfizeram os critérios de normalidade, utilizou-se o coeficiente de Correlação de Pearson para identificar a direção e a intensidade das correlações estatísticas significativas existentes, no nível de significância de 5% (IC 95%).

Figura 4
Fluxograma referente à análise dos dados.



Fonte: Elaboração própria.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente, foi realizado contato com a instituição parceira, a fim de que fosse possível a autorização do estudo (Anexo B). Posteriormente, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética (CEP) e aprovado sob o parecer nº 2.453.675 e CAAE nº 80292417.9.0000.5147 (Anexo C).

Desta maneira o estudo seguiu as diretrizes das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisas envolvendo seres humanos e contou com o TCLE (Apêndice A), documento que informou o tipo da pesquisa, seus objetivos, e esclareceu acerca da proteção ao sigilo e privacidade, assim como resguardou o direito à autonomia, de forma que a retirada do participante da pesquisa pudesse ser realizada a qualquer momento em que ele assim a desejasse, sem que isso lhe desencadeasse qualquer prejuízo.

No entanto, ressalta-se que por se tratar de instrumentos que envolvem perguntas que podem estar relacionadas a experiências emocionais desagradáveis, esta pesquisa envolveu um risco mínimo. Portanto, caso fosse observada alguma demanda por parte do profissional entrevistado, este seria encaminhado pela pesquisadora ao Centro de Psicologia Aplicada-

CPA do Centro Universitário- UNIFAMINAS ou ao setor de Psicologia do presente hospital. No entanto, tal fato não ocorreu.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em meios públicos com honestidade científica, resguardando o anonimato dos participantes. Os arquivos utilizados para a realização da mesma encontram-se arquivados no Núcleo Interdisciplinar de Investigação em Psicossomática, Saúde e Organizações (NUIPSO) do Departamento de Psicologia da universidade Federal de Juiz de Fora e permanecerão após o término da pesquisa, por no mínimo cinco anos, resguardados.

6 RESULTADOS

Dentre os profissionais que foram convidados a participar da pesquisa, houve a recusa do gerente do setor da farmácia, o qual alegou que o setor não se enquadrara aos critérios da pesquisa, visto que não estabelecem contato frequente com os pacientes em terminalidade. Além disso, 12 profissionais que foram abordados não puderam participar devido aos critérios de não inclusão.

6.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS

6.1.1 Caracterização da amostra

No intuito de compreender melhor o perfil dos participantes da pesquisa, realizou-se um levantamento dos dados sociodemográficos, profissionais e clínicos, os quais encontram-se detalhados a seguir, nas tabelas 3, 4 e 5.

Tabela 3
Dados sociodemográficos dos participantes.

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Gênero	Feminino	25	66%
	Masculino	13	34%
Faixa etária	De 31 a 40 anos	15	39%
	De 26 a 30 anos	14	37%
	De 18 a 25 anos	8	21%
	De 41 a 50 anos	1	3%
Raça/cor/etnia	Branco	22	58%
	Pardo	11	29%
	Negro	5	13%
Escolaridade	Pós- graduação	14	37%
	Ensino técnico completo	10	26%
	Ensino superior completo	7	18%
	Ensino superior incompleto	6	16%
	Mestrado	1	3%
Estado Civil	Solteiro	17	45%
	Casado formalmente	14	37%
	União estável (mora junto)	4	10%
	União estável homoafetiva	2	5%
	Divorciado	1	3%
Religião	Católica	21	55%
	Evangélica/Protestante	9	24%
	Espírita	2	5%
	Não tem	2	5%
	Indefinida	2	5%
	Outa	1	3%
	Judaica	1	3%
Renda	Entre 1 e 2 salários mínimos	19	50%
	Entre 3 e 6 salários mínimos	15	39,5%
	> 12 salários mínimos	4	10,5%

Fonte: Elaboração própria

Tabela 4
Dados profissionais dos participantes.

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Formação profissional	Técnicos de Enfermagem	17	45%
	Enfermagem	6	16%
	Medicina	4	10%
	Fisioterapia	3	8%
	Psicologia	2	5%
	Nutrição	2	5%
	Serviço Social	2	5%
	Odontologia	1	3%
	Fonoaudiologia	1	3%
Tempo de formado	Entre 4 anos e 7 anos	13	34%
	Entre 1 ano e 3 anos	10	26%
	Entre 8 anos e 13 anos	10	26%
	> de 13 anos	4	11%
	< que 1 ano	1	3%
Tempo de trabalho no hospital	De 1 ano a 3 anos	16	42%
	De 4 anos a 7 anos	13	34%
	De 8 anos a 13 anos	4	10,5%
	< que 1 ano	4	10,5%
	> de 13 anos	1	3%
Pacientes que atendem	Criança, Jovem, Adulto e Idoso	32	84%
	Adulto e idoso	6	16%
Frequência de atendimento	Todos os dias	28	74%
	Toda semana	10	26%
Preparo da formação para o enfrentamento da morte	Não	30	79%
	Sim	8	21%
Curso ou capacitação para lidar com a terminalidade	Não	27	71%
	Sim	11	29%
Participação de grupo de apoio ou intervenção sobre terminalidade	Não	27	71%
	Sim- participo atualmente	6	16%
	Sim- já participei	5	13%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5
Dados clínicos dos participantes.

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
Comorbidade ou transtorno clínico e/ou psicológico	Não	33	86,8%
	Sim	5	13,2%
Qual comorbidade ou transtorno	Não se aplica	33	86,8%
	Ansiedade	2	5,3%
	Depressão	1	2,6%
	Enxaqueca/Ansiedade	1	2,6%
	Ansiedade/Depressão	1	2,6%
Utiliza medicamento psicotrópico	Não	35	92%
	Sim	3	8%
Nome do medicamento psicotrópico	Não se aplica	35	92,2%
	Fluoxetina	1	2,6%
	Clonazepam/Paroxetina	1	2,6%
	Clonazepam	1	2,6%

Fonte: Elaboração própria

Em suma, conforme evidenciado na Tabela 3, a amostra foi composta por 38 profissionais de saúde que estão majoritariamente entre a faixa etária de 31 a 40 anos. Deste total, 66% correspondiam ao gênero feminino e 34% ao gênero masculino. Quanto à cor da pele, 58% dos sujeitos experimentais se autodeclararam brancos. Em relação ao estado civil, 45% estavam solteiros e 37% casados formalmente. No que se refere à religião, 55% afirmaram ser católicos. Já no que concerne à escolaridade, 26% da amostra tinha o ensino técnico completo e 18 % ensino superior completo. Em relação à faixa salarial, 50% recebiam entre um e dois salários mínimos e 39,5% entre três e seis.

Referindo-se às variáveis profissionais estudadas, Tabela 4, 45% dos entrevistados eram técnicos de enfermagem, 16% enfermeiros, 10% médicos, 8% fisioterapeutas, 5% assistentes sociais, 5% psicólogos, 5% nutricionistas, 3% fonoaudiólogos e 3% odontólogos. Desses entrevistados, 34% tinham entre quatro e sete anos de formado. Além disso, 42% trabalhavam no hospital no período de um a três anos e 34% de 4 a 7 anos.

No que diz respeito às categorias de pacientes atendidos, 84% dos profissionais lidavam ao mesmo tempo com crianças, jovens, adultos e idosos; o restante, 16%, apenas com

adultos e idosos. Quanto à frequência de atendimentos a pacientes com doença grave e/ou fora de possibilidade de cura, 74% dos entrevistados afirmaram fazê-los diariamente e 26% semanalmente. Quando perguntados se suas formações profissionais prepararam-lhes para atuar diante da terminalidade, 79% disseram que não, enquanto 21% que sim. Em relação a conclusão de algum curso e/ou capacitação para lidar com a terminalidade, 71% relataram ter concluído, já 29% não. Sobre a participação em grupos de apoio ou intervenção sobre a terminalidade, 71% não haviam participado, 16% estavam participando e 13% já haviam participado.

Por fim, considerando os dados clínicos, Tabela 5, 13,2% dos respondentes declararam ter comorbidade ou transtorno clínico e/ou psicológico. Desses, 5,3% disseram ter ansiedade, 2,6% enxaqueca e ansiedade, 2,6% ansiedade e depressão e 2,6% depressão. Dos 13,2%, 8% utilizavam medicamentos psicotrópicos, sendo 2,6% clonazepam, 2,6% fluoxetina e 2,6% clonazepam e paroxetina.

6.1.2 Atitude Diante da Morte de Pacientes

No que diz respeito ao escore obtido no conjunto de questões de Atitude pelos sujeitos experimentais, constatou-se que grande parte da amostra obteve um índice moderado de atitude negativa (42%), seguida de baixo índice de atitude negativa (29%), ausência de atitude negativa (16%) e a minoria, elevado índice de atitude negativa (13%).

Diante dos itens referentes às crenças diante da morte de pacientes, como pode ser observado por meio da Tabela 6, a maior parte da amostra concordou que a morte significa perda e angústia.

Tabela 6

Descrição dos resultados em relação às crenças diante da morte de pacientes.

Variável	Nível de Concordância													
	1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Eu acredito que a morte signifique perda	0	0	2	5,26	0	0	3	7,89	5	13,15	14	36,84	14	36,84
Eu acredito que a morte signifique fracasso	25	65,78	4	10,52	5	13,15	2	5,26	1	2,63	1	2,63	0	0
Eu acredito que a morte signifique impotência	17	44,73	4	10,52	1	2,63	6	15,78	3	7,89	4	10,52	3	7,89
Eu acredito que a morte signifique angústia	1	2,63	0	0	1	2,63	4	10,52	14	36,84	14	36,84	4	10,52

Fonte: Elaboração própria.

Já no que concerne aos itens referentes aos sentimentos diante da morte de pacientes, a maior parte da amostra concordou com a variável “Sinto tristeza profunda com a morte do paciente” (Tabela 7).

Tabela 7

Descrição dos resultados em relação aos sentimentos diante da morte de pacientes.

Variável	Nível de Concordância													
	1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sinto tristeza profunda com a morte do paciente	0	0	8	21,05	4	10,52	3	7,89	17	44,73	5	13,15	1	2,63
Sinto indignação com a morte do paciente	14	36,84	5	13,15	7	18,42	7	18,42	4	10,52	0	0	1	2,63
Sinto culpa com a morte do paciente	28	73,68	3	7,89	3	7,89	2	5,26	2	5,26	0	0	0	0
Sinto indiferença com a morte do paciente	23	60,52	3	7,89	6	15,78	3	7,89	2	5,26	1	2,63	0	0

Fonte: Elaboração própria.

Por fim, quanto aos itens relacionados às ações diante da morte de pacientes, grande parte da amostra concordou com os itens “Mesmo eu estando em casa continuo pensando sobre o quadro clínico do paciente” e “Há muitos momentos em que aproximo do paciente e há muitos momentos em que eu o evito” (Tabela 8).

Tabela 8

Descrição dos resultados em relação às ações diante da morte de pacientes.

Variável	Nível de Concordância													
	1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Evito conversar com os familiares do paciente	23	60,52	1	2,63	3	7,89	1	2,63	6	15,78	2	5,26	2	5,26
Há muitos momentos em que aproximo do paciente e há muitos momentos em que eu o evito	8	21,05	3	7,89	5	13,15	8	21,05	9	23,68	4	10,52	1	2,63
Em muitos momentos mantenho distância do paciente	21	55,26	10	26,31	2	5,26	3	7,89	2	5,26	0	0	0	0
Evito conversar, a respeito do paciente, com os colegas de equipe	21	55,26	7	18,42	5	13,15	3	7,89	1	2,63	0	0	1	2,63
Mantenho meu trabalho sem pensar na condição do paciente	27	71,05	6	15,78	2	5,26	1	2,63	0	0	2	5,26	0	0
Mesmo estando em casa continuo pensando sobre o quadro clínico do paciente	5	13,15	2	5,26	6	15,78	2	5,26	14	36,84	3	7,89	6	15,78

Fonte: Elaboração própria.

6.1.3 Habilidade Social

No que se refere aos escores obtidos pelo Teste de Habilidade Social, conforme evidenciado na Tabela 9, 29% da amostra obteve baixo repertório de HS, por outro lado o mesmo percentual demonstrou possuir bom repertório. Posteriormente, 21% da amostra obteve repertório altamente elaborado de HS, 13% repertório médio inferior de HS e 8% repertório elaborado de HS.

Tabela 9
Descrição dos resultados para o IHS.

Interpretação dos escores Inventário de Habilidades Sociais	Frequência	Percentual	Sexo	
			F	M
Baixo repertório de HS	11	29%	7	4
Bom repertório de HS	11	29%	6	5
Repertório altamente elaborado	8	21%	7	1
Repertório médio inferior de HS	5	13%	3	2
Repertório elaborado de HS	3	8%	2	1

Fonte: Elaboração própria.

6.1.4 Resiliência

De acordo com os resultados obtidos pela Escala de Resiliência, como pode ser observado na Tabela 10, a maior parte da amostra obteve moderado índice de resiliência (68%). Posteriormente, 21% da amostra obteve índice elevado de resiliência e 11% baixo índice de resiliência.

Tabela 10
Descrição dos resultados para a escala de resiliência.

Interpretação dos escores Resiliência	Frequência	Percentual
Moderado índice de resiliência	26	68%
Alto índice de resiliência	8	21%
Baixo índice de resiliência	4	11%

Fonte: Elaboração própria

6.1.5 Atitude, Habilidade Social e Resiliência.

No intuito de saber qual teste utilizar para verificar se atitude negativa diante da morte de pacientes se correlaciona negativamente com habilidade social e resiliência, realizou-se em um primeiro momento a partir da análise da amostra de 38 indivíduos, um teste de normalidade dos dados.

Tabela 11

Teste de Normalidade das variáveis: atitude negativa diante da morte de pacientes, habilidade social e resiliência.

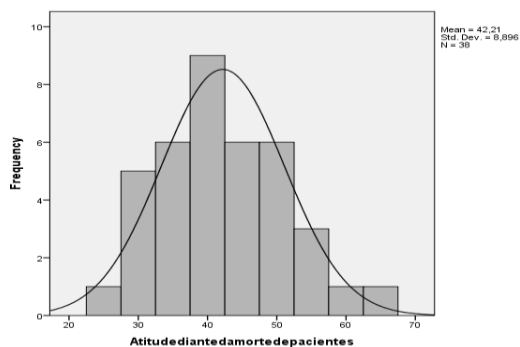
	Kolmogorov- Smirnov		Shapiro- Wilk	
	Estatística	Sig.	Estatística	Sig.
Atitude negativa diante da morte de pacientes	0,096	0,200*	0,976	0,577
Resiliência	0,082	0,200*	0,989	0,971
Habilidade Social	0,11	0,200*	0,945	0,060

*Este é um limite inferior do verdadeiro significado.
n=38

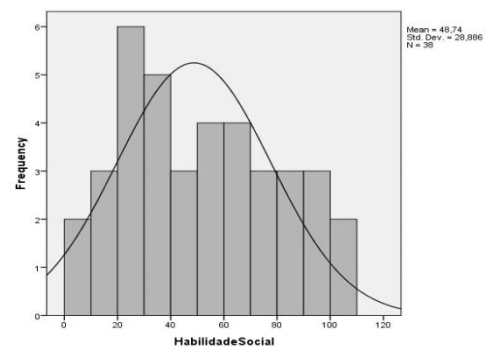
Figura 5

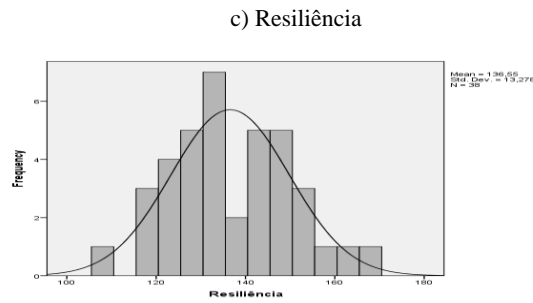
Representação gráfica da normalidade: (a) atitude negativa diante da morte de pacientes, (b) habilidade social e (c) resiliência.

a) Atitude negativa diante da morte de pacientes



b) Habilidade Social





Analisando o teste, aceitou-se a hipótese nula de normalidade (p -valor $> 0,05$) para a distribuição dos escores de cada uma das variáveis. Assim considerou-se, a partir do resultado da distribuição aproximadamente normal, utilizar a análise de correlação de Pearson (coeficiente de correlação produto-momento), para $p < 0,05$, no intuito de avaliar se atitude negativa diante da morte de pacientes se correlaciona com resiliência e habilidade social, conforme mostrado a seguir.

Tabela 12

Relação entre atitude negativa diante da morte de pacientes e habilidade social através da análise de correlação de Pearson para $p < 0,05$.

		Atitude negativa diante da morte de pacientes	Habilidade Social
Atitude negativa diante da morte de pacientes	Correlação de Pearson	1	-0,338
	Sig. (bicaudal)		0,038
Habilidade Social	Correlação de Pearson	-0,338	1
	Sig. (bicaudal)	0,038	

Correlação é significativa até 0,05. n= 38

Tabela 13

Relação entre atitude negativa diante da morte de pacientes e resiliência através da análise de correlação de Pearson para $p < 0,05$.

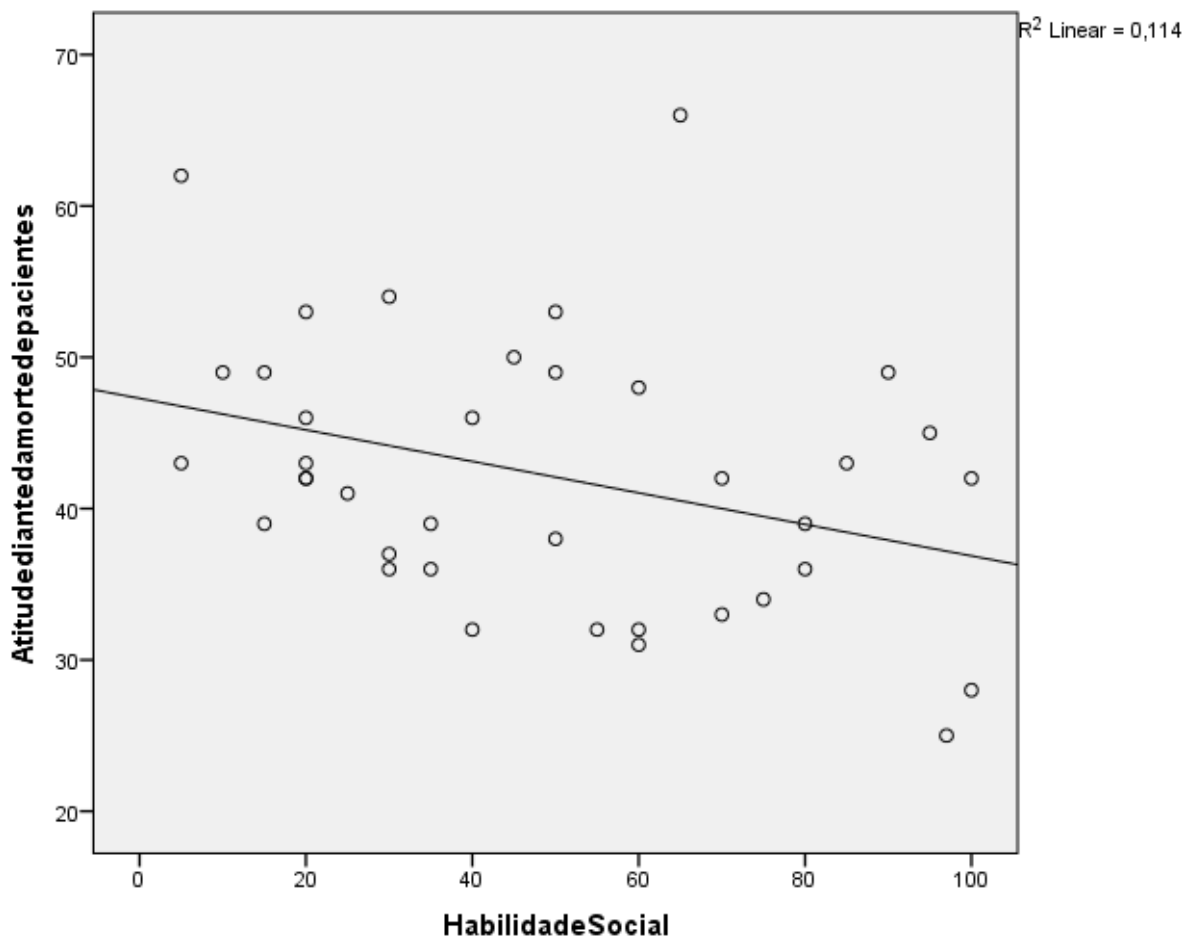
		Atitude negativa diante da morte de pacientes	Resiliência
Atitude negativa diante da morte de pacientes	Correlação de Pearson	1	-0,136
	Sig. (bicaudal)		0,416
Resiliência	Correlação de Pearson	-0,136	1
	Sig. (bicaudal)	0,416	

Correlação é significativa até 0,05. n= 38

Acerca da relação entre atitude negativa diante de morte de pacientes e habilidade social, pode-se observar uma correlação significativa, em um nível de significância de $p < 0,05$. O coeficiente de correlação observado é ainda negativo ($r = -0,338$) o que mostra que há uma relação inversa entre as variáveis, ou seja, o aumento do nível de atitude negativa diante da morte de pacientes está relacionado a um menor nível de habilidade social (Figura 6).

Figura 6

Diagrama de dispersão mostrando a correlação entre atitude negativa diante da morte de pacientes e habilidade social.

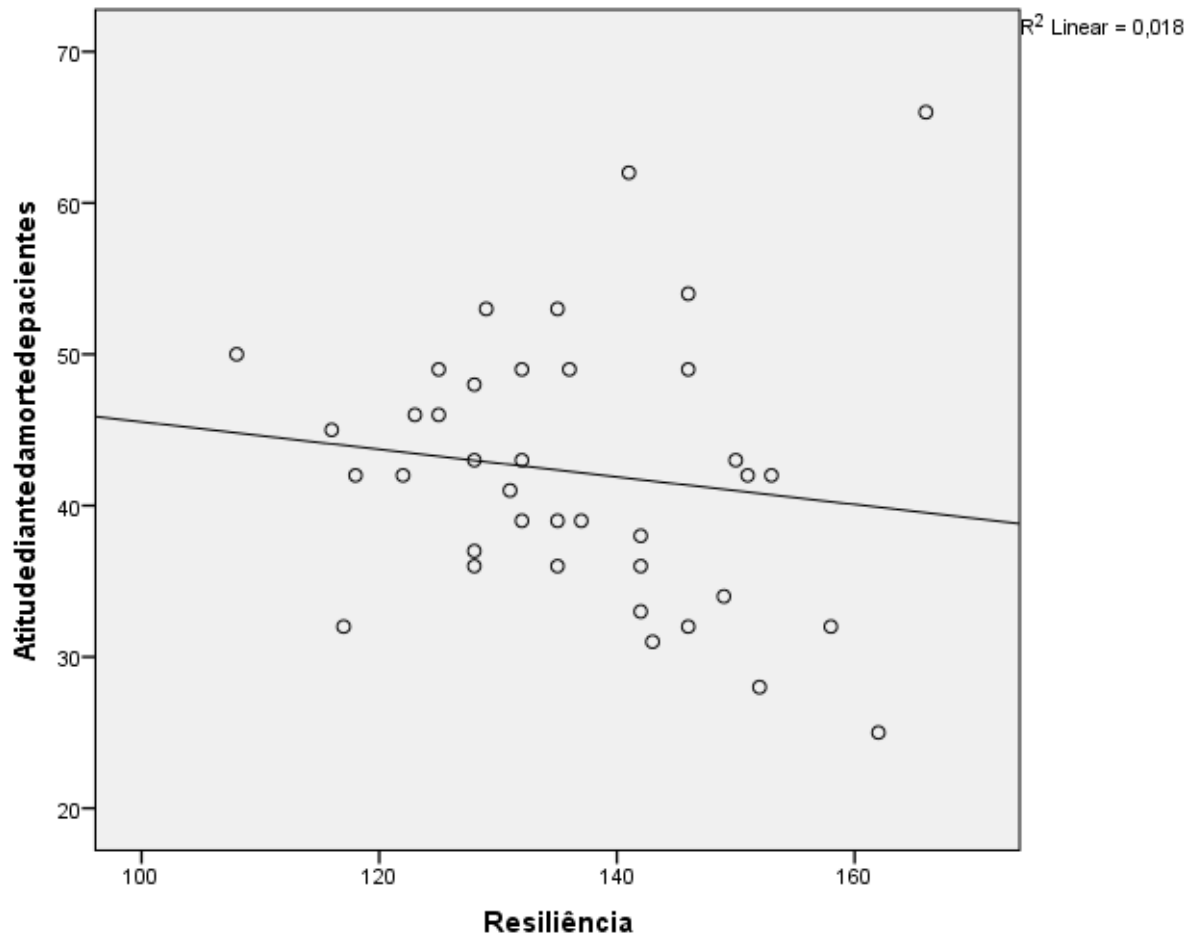


Já no que se refere à relação entre atitude negativa diante da morte de pacientes e resiliência, pode-se observar uma correlação não significativa, em um nível de significância de $p < 0,05$. Embora a correlação observada seja fraca ($r = -0,136$), vale ressaltar o

direcionamento dessa relação, evidenciada por seu valor negativo, demonstrando que há uma relação inversa entre as variáveis (Figura 7).

Figura 7

Diagrama de dispersão mostrando a correlação entre atitude diante da morte de pacientes e resiliência.



Em síntese, conforme pode ser observado, a maioria dos entrevistados apresentou repertório inferior de HS e bom repertório de HS, sendo ambos (29%) respectivamente. Grande parte obteve moderado índice de resiliência (68%) e de atitude negativa (42%). A atitude negativa diante da morte de pacientes correlacionou-se negativamente com habilidade social e resiliência. No entanto, a correlação entre atitude negativa diante da morte de pacientes e resiliência não foi significativa. Todavia o resultado apresenta importância clínica,

a qual poderá ser compreendida de maneira mais precisa na seção de discussão dos dados quantitativos.

6.2 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

Dando prosseguimento à apresentação dos resultados obtidos da amostra, conforme explicitado anteriormente, após os participantes responderem aos questionários, os mesmos foram convidados a responderem duas questões abertas que objetivavam compreender suas atitudes diante da morte e do processo de morrer de pacientes.

6.2.1 Atitudes de profissionais da oncologia diante da morte de pacientes

Com a primeira questão aberta da entrevista semiestruturada, buscou-se investigar as atitudes de profissionais de saúde da oncologia diante da morte. Assim, solicitou-se aos entrevistados discursar acerca de suas reações diante da morte de pacientes. Como mostra a Tabela 14, a categoria global de maior ocorrência “Como reage”, derivou quatro categorias específicas. “Com dificuldade”, foi a categoria predominante (45,07%), seguida de “Com naturalidade” (26,76%), “Com facilidade” (22,53%) e “Com empatia” (5,63%). No que concerne à segunda categoria global de maior incidência, “Como se sente” apareceu em 25,00% da ocorrência dos registros, destacando-se dentre as categorias específicas, “Mal” (64,70%), “Bem” (17,64%) e “Neutro” (17,64%). Já a terceira categoria global mais emergente “Oferece suporte aos familiares e/ou acompanhantes” derivou duas categorias específicas, “Afetivo” (75,00%) e “Técnico” (25,00%). Por fim, como categoria global de menor ocorrência, “Estratégia de enfrentamento” derivou duas categorias específicas, “Focada no problema” (93,33%) e “Focada no suporte social” (6,66%).

Tabela 14

Dados frequenciais e percentuais obtidos na Análise de Conteúdo acerca das atitudes diante da morte de pacientes.

Categorias globais	F	%	Categorias específicas	F	%	Categorias subespecíficas	F	%
<i>Como reage</i>	71	52,20	Com dificuldade	32	45,07	Quando há vínculo	13	40,62
						Quando da morte de criança	9	28,12
						No início da prática	6	18,75
						Quando de falecimento súbito	2	6,25
						Quando da morte de mãe jovem	1	3,12
						Quando sente que poderia ter feito mais.	1	3,12
				32	100,00			
			Com naturalidade	19	26,76			
			Com facilidade	16	22,53	Devido ao tempo de trabalho	9	56,25
						Com tranquilidade	5	31,25
Quando não há apego	1	6,25						
	16	100,00						
Com empatia	4	5,63	Tenta se colocar no lugar da família	4	100,00			
	71	100,00		4	100,00			
<i>Como se sente</i>	34	25,00	Mal	22	64,70	Fica triste	9	40,90
						Chora	5	22,72
						Pensa muito no ocorrido	2	9,09
						Sente incapaz	2	9,09
						Sente pesar	2	9,09
						Fica abalado	1	4,54
			Sente insatisfação pelo atendimento quando se trata de uma situação em que se está correndo contra o tempo e o paciente vem a óbito.	1	4,54			
				22	100,00			
			Bem	6	17,64	Fica aliviado pelo paciente	4	66,66
						Sente que cumpriu o dever quando o paciente ficou mais tempo assistido.	1	16,66
Sente que fez o melhor	1	16,66						
	6	100,00						
Neutro	6	17,64	Não fica sofrendo	2	33,33			
			Não fica pesaroso	1	16,66			
			Continua o dia	1	16,66			
			Um pouco insensível	1	16,66			
	6	100,00						
	34	100,00		6	100,00			
<i>Suporte</i>	16	11,76	Afetivo	12	75,00	Acolhe	5	41,66
						Conforta	2	16,66
						Ajuda	1	8,33
						Dá atenção	1	8,33
						Abraça	1	8,33
						Tenta passar força	1	8,33
				12	100,00			
			Técnico	4	25,00	Recorre à psicologia para auxílio ao familiar	3	75,00
						Tenta explicar com calma a situação	1	25,00
				4	100,00			
	16	100,00		4	100,00			
			Focada no problema	14	93,33	Enxerga a morte como um descanso do sofrimento para o paciente.	6	42,85
		Equilibra profissional e emocional				4	28,57	
		Tenta não se apegar				1	7,14	

<i>Estratégia de enfrentamento</i>	15	11,02	Focada no suporte social	1	6,66	Tenta não se abater	1	7,14
						Reflete sobre a vida	1	7,14
						Isolamento	1	7,14
							14	100,00
				15	100,00	Conversa com alguém próximo	1	100,00
							1	100,00
Total	136	100,00						

Fonte: Elaboração própria.

6.2.2 Atitudes de profissionais da oncologia diante do processo de morrer de pacientes

Com a segunda questão aberta da entrevista semiestruturada, buscou-se compreender as atitudes de profissionais de saúde da oncologia diante do processo de morrer de pacientes. Assim, solicitou-se aos entrevistados discursar acerca de como lidavam com os pacientes que se encontravam fora de possibilidade de cura, bem como com seus familiares e/ou acompanhantes. De modo específico, acerca das atitudes frente aos pacientes que estão diante da terminalidade, como pode ser observado na Tabela 15, “Oferece suporte” foi a categoria global de maior incidência. Desta, foram derivadas três categorias específicas: “Afetivo” (73,21%), “Técnico” (19,64%) e “Espiritual” (7,14%). No que se refere à segunda categoria global de maior ocorrência, “Abordagem sobre a terminalidade” apareceu em 17,20% dos registros, destacando-se dentre as categorias específicas, “Vaga” (68,75%) e “Clara” (31,25%). Já a terceira categoria global mais mencionada “Como reage”, derivou três categorias específicas, “Com dificuldade” (46,15%), “Com facilidade” (38,46%) e “Com empatia” (15,38%). Por último, como categoria global de menor incidência, “Comunicação do prognóstico” derivou duas categorias específicas, “Precisa” (75%) e “Imprecisa” (25%).

Tabela 15

Dados frequenciais e percentuais obtidos na Análise de Conteúdo acerca das atitudes frente aos pacientes que estão diante da terminalidade.

Categorias globais	F	%	Categorias específicas	F	%	Categorias subespecíficas	F	%						
<i>Suporte</i>	56	60,21	Afetivo	41	73,21	Conforta	11	26,82						
						Tenta descontrair	6	14,63						
						Acolhe	6	14,63						
						Dá carinho	4	9,75						
						Dá atenção	3	7,31						
						Passa tranquilidade	2	4,87						
						Dá segurança	2	4,87						
						Dá força	2	4,87						
						Oferece palavra amiga	2	4,87						
						Abraça	2	4,87						
						Tenta ser o mais humano possível	1	2,43						
						41	100,00							
Técnico	11	19,64	Técnico	11	19,64	Com alívio da dor	3	27,27						
						Orienta sobre procedimentos	2	18,18						
						Traz as melhores condições de qualidade de vida.	1	9,09						
						Trabalha a partir do sofrimento que trazem.	1	9,09						
						Orienta sobre o acesso a benefícios	1	9,09						
						Estreita o vínculo entre equipe, paciente e família.	1	9,09						
						Dá espaço	1	9,09						
						Oferece o melhor tratamento	1	9,09						
												11	100,00	
						Espiritual	4	7,14	Espiritual	4	7,14	Fala sobre a questão da fé	2	50,00
												Faz orações	1	25,00
Fala de deus	1	25,00												
						4	100,00							
	56	100,00		56	100,00									
<i>Abordagem sobre a terminalidade</i>	16	17,20	Vaga	11	68,75	Não toca no assunto	5	45,45						
						Recorre a outros profissionais para tratar sobre o assunto.	2	18,18						
						Não é direto com o paciente	2	18,18						
						Não sabe lidar	1	9,09						
						Discute sobre o tratamento, caso possam tomar alguma decisão, mas não explica tudo.	1	9,09						
												11	100,00	
						Clara	5	31,25	Clara	5	31,25	Aborda aos poucos, quando a família não permite dizê-los.	1	20,00
												Procura saber suas expectativas	1	20,00
												Procura saber o que desejam	1	20,00
												Trabalha questões familiares	1	20,00
												Mais claro e suave possível	1	20,00
						5	100,00							
	16	100,00		16	100,00									
<i>Como reage</i>	13	13,97	Com dificuldade	6	46,15	Complicado lidar	3	50,00						
						Pesado	1	16,66						
						Desgastante	1	16,66						
						Sofre	1	16,66						
									6	100,00				
			Com facilidade	5	38,46	Com facilidade	5	38,46	Com tranquilidade	3	60,00			
									Com normalidade	2	40,00			
												5	100,00	
			Com empatia	2	15,38	Com empatia	2	15,38	Tenta se colocar no lugar deles	2	100,00			
												2	100,00	
				13	100,00		13	100,00						

<i>Comunicação do Prognóstico</i>	8	8,60	Precisa	6	75,00	Tenta ter uma comunicação clara	2	33,33
						Pergunta se querem conversar com algum psicólogo.	2	33,33
						Conversa até estabilizarem	1	16,66
						Comunica se desejarem saber	1	16,66
				6	100,00			
			Imprecisa	2	25,00	Fala para ficarem calmos, que tudo vai dar certo.	1	50
Tenta ser o mais sucinto possível	1	50						
	8	100,00				2	100,00	
Total	93	100,00						

Fonte: Elaboração própria.

Dando continuidade aos resultados da segunda questão aberta da entrevista semiestruturada, de modo específico, acerca das atitudes frente ao familiar e/ou acompanhante de pacientes que estão diante da terminalidade, como mostra a Tabela 16, a categoria global de maior ocorrência “Oferece suporte”, derivou três categorias específicas. “Afetivo” foi a categoria predominante (74,19%), seguida de “Técnico” (11,11%) e “Espiritual” (3,22%). No que diz respeito a segunda categoria global, “Como reage” apareceu em 26,82% dos registros. Desta, foram derivadas três categorias específicas: “Com dificuldade” (62,50%), “Com empatia” (18,75%) e “Com facilidade” (18,75%). Já a terceira categoria global mais apontada “Abordagem sobre a terminalidade”, derivou duas categorias específicas, “Clara” (66,66%) e “Vaga” (33,33%). Por fim, como categoria global de menor incidência, “Comunicação do prognóstico” derivou duas categorias específicas, “Imprecisa” (50%) e “Precisa” (50%).

Tabela 16

Dados frequenciais e percentuais obtidos na Análise de Conteúdo acerca das atitudes frente ao familiar e/ou acompanhante de pacientes que estão diante da terminalidade.

Categorias globais	F	%	Categorias específicas	F	%	Categorias subespecíficas	F	%			
<i>Oferece suporte</i>	27	38,02	Afetivo	23	74,19	Acolhe	4	17,39			
						Dá atenção	4	17,39			
						Conversa	3	13,04			
						Apoia	3	13,04			
						Dá carinho	3	13,04			
						Conforta	2	8,69			
						Passa tranquilidade	2	8,69			
						Brinca	1	4,34			
						Abraça	1	4,34			
			23	100,00							
Técnico	3	11,11	Orienta em relação aos serviços e ao acesso a benefícios	1	33,33						
			Orienta sobre os procedimentos	1	33,33						
			Explica para que servem os medicamentos	1	33,33						
3	100,00										
Espiritual	1	3,22	Fala que deus faz o melhor	1	100,00						
27	100,00	1	100,00								
<i>Como reage</i>	16	22,53	Com dificuldade	10	62,50	É complicado lidar	9	90,00			
						Evita-os	1	10,00			
						10	100,00				
			Com empatia	3	18,75	Tenta se colocar no lugar deles	3	100,00			
						3	100,00				
			Com facilidade	3	18,75	Lida bem	2	66,66			
						Não se apega demais	1	33,33			
16	100,00	3	100,00								
<i>Abordagem sobre a terminalidade</i>	18	25,35	clara	12	66,66	Incentiva o apoio ao paciente	3	25,00			
						Informa sobre a terminalidade do paciente	2	16,66			
						Tenta mostrar a importância de estarem juntos do paciente, valorizando cada dia.	2	16,66			
						Procura saber suas expectativas	1	8,33			
						Quando não aceitam tenta mostrar que existe a possibilidade de que não seja como estão pensando.	1	8,33			
						Quando não querem que o paciente saiba de sua terminalidade, frisa-se a importância de ele saber.	1	8,33			
						Procura trabalhar questões familiares pendentes	1	8,33			
						Trabalha a possibilidade da despedida	1	8,33			
						12	100,00				
						vaga	6	33,33	Não toca no assunto	2	33,33
									Fala para perguntarem ao médico.	1	16,66
									Fala para não sofrerem na frente do paciente	1	16,66
			Pergunta o que acham melhor para o paciente	1	16,66						
			Tenta passar a verdade, mas não diz que vão morrer.	1	16,66						
			6	100,00							
			<i>Comunicação do Prognóstico</i>	10	14,10	Imprecisa	5	50,00	Não entra na informação do prognóstico	3	60,00
									Recorre à psicologia	2	40,00
5	100,00										

			Precisa	5	50,00	Tenta ser claro	5	100,00
				10	100,00		5	100,00
Total	71	100,00						

Fonte: Elaboração própria

Em suma, conforme identificado ao longo dos resultados obtidos por meio das respostas abertas da entrevista semiestruturada, grande parte dos profissionais de saúde da oncologia têm apresentado dificuldades para atuarem diante da morte e do processo de morrer de pacientes. A abordagem sobre a terminalidade direcionada aos pacientes tem sido mais desafiadora em comparação aos familiares e /ou acompanhantes. Resultados semelhantes podem ser observados através da revisão da literatura, bem como na seção de discussão.

7 DISCUSSÃO

Neste segmento, apresenta-se uma discussão acerca dos dados que foram analisados por meio da abordagem quantitativa e qualitativa. Primeiramente será discutida a caracterização da amostra no que concerne aos dados sociodemográficos, profissionais e clínicos, bem como as questões fechadas da entrevista semiestruturada. Posteriormente, serão debatidos os resultados obtidos por meio do conjunto de questões de Atitude, Escala de Resiliência e IHS. Por fim, a discussão será realizada em relação aos dados qualitativos analisados conforme a técnica da Análise de Conteúdo de Bardim (2016). Serão apresentados alguns recortes dos discursos dos entrevistados, e os mesmos serão identificados com a letra P acompanhada da ordem de participação da entrevista.

7.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, PROFISSIONAIS E CLÍNICOS.

Quanto aos resultados dos dados sociodemográficos do presente estudo, o que chama atenção é a disparidade ainda existente entre homens e mulheres trabalhando na assistência hospitalar, visto que dos entrevistados 66% eram do gênero feminino. Em consonância a tais resultados, Almeida, Funes e Moraes (2018) em estudo realizado com nove profissionais de

enfermagem de um hospital oncológico localizado na zona sul de São Paulo, constataram que 77,7% da amostra foi constituída por mulheres; e, em pesquisa realizada por Costa et al. (2016), foi possível evidenciar 90% de participação do gênero feminino.

É notável a ascensão de mulheres no campo profissional da saúde. Segundo Machado (2010), por meio de dados censitários levantados identificou-se que as mulheres representam quase 70% dos profissionais do setor da saúde, ou seja, tal setor profissional ainda é visto como destinado principalmente ao público feminino. Em conformidade, de acordo com levantamento realizado pela The Organization for Economic Co-Operation and Development- OECD (2017), a atual força de trabalho no setor da saúde é composta principalmente por mulheres. A parcela de mulheres médicas tem aumentado em todos os países da OCDE. Em média a proporção de mulheres médicas em 1990 era de 29%, em 2000 de 38% e em 2015 cresceu para 46%.

No que diz respeito aos dados profissionais, a maior parte dos entrevistados na presente pesquisa (79%) afirmou que não teve por parte da formação profissional o preparo para lidar com a morte e o processo de morrer. De fato, a abordagem sobre a terminalidade ocorre com pouca frequência na graduação em saúde, e, quando ocorre, dá-se de forma superficial e fragmentada (Lima & Nietzsche, 2016; Nunes & Santos, 2017).

Em estudo realizado com graduandos de medicina de uma instituição de ensino superior da cidade de Teresina Piauí, constatou-se que os conteúdos da formação não abarcaram aspectos significativos da morte e do morrer. Em pesquisa realizada na Polônia com um grupo de 213 estudantes de medicina e enfermagem, 64,3% afirmaram que havia deficiência em seus conhecimentos em relação à atuação diante da terminalidade (Freitas et al., 2019; Mazur, Dobrowolska, Rabiasz & Pilewska-Kozak 2018).

Na graduação o ensino acerca da morte tem sido negligenciado, poucas são as discussões frente à temática. As disciplinas oferecidas nos cursos de formação em saúde tem treinado o acadêmico a visualizar o aspecto biológico, contribuindo para afastar o aluno do sentido de humanidade. Esta forma de ensino tem se atentado apenas para vencer a doença ou a condição clínica que ameaça a vida do paciente, fazendo com que os estudantes se tornem futuros profissionais despreparados para atuarem diante da finitude da vida (Odejide, et al., 2016; Oliveira, Quintana, Budó, Bertolino & Kruse, 2011).

Todavia, a morte se faz presente no cotidiano dos profissionais de saúde e a falta de capacitação frente ao tema pode vir a comprometer a saúde mental do profissional, bem como causar impacto na assistência prestada aos pacientes fora de possibilidade de cura e a seus

familiares e/ou acompanhantes. Assim, é preciso que as instituições de ensino estejam atentas a esta problemática para que possam tomar o compromisso de agregar o ensino da tanatologia como tema transversal nas disciplinas dos cursos da área da saúde (Dong, Zheng, Chen, Wang, Zhou & Sun, 2015; Oliveira et al., 2011; Santos, Menezes & Gradwohl, 2013; Santana et al., 2013;).

No tocante aos dados clínicos, 13,2% dos respondentes declararam ter comorbidade ou transtorno clínico e/ou psicológico. Entretanto, apesar de ser uma pequena parcela da amostra do presente estudo, é interessante ressaltar que este resultado veio ao encontro de pesquisas que têm identificado o comprometimento da saúde mental de profissionais que atuam diante da morte e/ou do processo de morrer de pacientes oncológicos (Dong, et al., 2015; Fu, et al., 2018).

Estudos clínicos sobre o estado psicológico dos oncologistas em contato direto com pacientes com câncer têm demonstrado que a frequência de depressão, ansiedade, distúrbios do humor e Burnout tem aumentado entre os médicos devido ao estresse decorrente do trabalho (Breen, 2014; Dong, et al., 2015; Murali, Makker, Lynch & Banerjee, 2018; Tanriverdi, 2013; Tang, Pang, He, Chen & Leng, 2018).

Conquanto, além de tais achados ocasionarem graves repercussões para o bem-estar dos profissionais, os mesmos tendem a comprometer a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes e familiares. Desta maneira, uma vez que o profissional não esteja bem amparado não há como prestar um atendimento eficaz, como estratégias de enfrentamento a problemática, programas preventivos e intervenções clínicas específicas têm sido indicados, a fim de melhorar a condição de saúde do trabalhador (Breen, 2014; Langaro, Fagundes & Beck, 2017).

7.2 ATITUDE DIANTE DA MORTE DE PACIENTES

Conforme evidenciado na seção dos resultados, grande parte da amostra obteve índice moderado de atitude negativa diante da morte de pacientes (42%), confirmando a hipótese deste estudo de que é possível identificar atitudes de negação em profissionais de saúde da oncologia diante da terminalidade. Tal constatação corrobora com as conclusões advindas da

pesquisa de Almeida, Funes e Moraes (2018), que evidenciou em enfermeiros a difícil aceitação da morte.

Adicionalmente, o achado também se assemelha ao encontrado na literatura internacional, em estudo realizado por Wang, Li, Zhang e Li (2018) no qual as atitudes de enfermeiros chineses diante da morte de pacientes se mostraram negativamente correlacionadas com o medo da morte; e, em resultados similares aos de uma pesquisa realizada na Nova Zelândia que investigou a reação de alunos de medicina frente à morte, os quais relataram sentir emocionalmente diminuídos quando de sua ocorrência (Smith- Han, Martyn, Barrett, & Nicholson, 2016).

Todavia, um dos caminhos possíveis para mudar a mentalidade de negação frente à morte tão comumente presente em nossa cultura, e por sua vez na conduta dos profissionais de saúde, é pensar e refletir sobre a própria finitude, adquirindo consciência de que morte e morrer são acontecimentos inevitáveis, imponderáveis da vida. É necessário o debate sobre as crenças, sentimentos e percepções acerca do tema, visto que possibilita trazer à tona o que somos: finitos (Kubler- Ross, 2008).

Desta forma, a presente pesquisa também teve por intuito levantar informações sobre as crenças, sentimentos e ações dos profissionais de saúde da oncologia frente à morte de pacientes. No que concerne às crenças, a maior parte da amostra concordou que a morte significava perda e angústia.

A morte trata-se de um fenômeno que pode ter múltiplos significados e a perda tem sido associada a ela. Em consonância com os resultados encontrados, um estudo realizado em Portugal identificou que profissionais de saúde têm atribuído e vivenciado a morte de pacientes como uma perda e como um processo de angústia. Em pesquisa realizada em Rio Grande do Sul evidenciou-se angústias vivenciadas por enfermeiros no trabalho com pacientes em processo de morrer (Bastos, Quintana, & Carnevale, 2018; Gomes, 2014; Sartori & Battistel, 2017).

Segundo Kubler- Ross (2005) e Machado et al., (2016) a ciência médica, a formação acadêmica direcionada a reabilitar e a restaurar a saúde e a medicalização da morte favorecem a crença de que a medicina tem o poder de controlar a vida e adiar o momento do morrer, fazendo com que os profissionais se distanciem da ideia de que a morte faz parte do ciclo da vida, associando-a a perda. Além disso, a morte do outro, ou seja, de pacientes, faz com que o profissional conscientize-se de sua própria finitude, causando-lhe incômodo e sofrimento, associando-a a angústia.

Em relação aos sentimentos diante da morte de pacientes, a maior parte da amostra concordou com a variável “Sinto tristeza profunda com a morte do paciente”. De modo semelhante, em estudo canadense que examinou a reação de luto de oncologistas pediátricos, constatou-se a tristeza dentre os sentimentos vivenciados pelos participantes; e em pesquisa brasileira realizada com 113 estudantes de medicina, foi possível identificar que 85 já se depararam com a morte de alguns pacientes, sendo a tristeza um dos sentimentos mais comumente mencionados (Granek, Bartels, Scheinemann, Labrecque, & Barrera, 2015; Freitas et al., 2018).

Vivenciar a morte pode acarretar diversos sentimentos negativos ao profissional, visto que muitos não a aceitam como um processo natural e inevitável. Posto isso, é importante que os sentimentos vivenciados pelos mesmos sejam externalizados, uma vez que a compreensão desses afetos é imprescindível para a sua aceitação. Além disso, o entendimento dessas emoções representa um movimento indispensável para o desenvolvimento profissional e adequado lidar frente à terminalidade (Kubler- Ross, 2005; Kubler- Ross, 2008).

Por fim, quanto aos itens relacionados às ações diante da morte de pacientes, grande parte dos entrevistados concordou com os itens “Mesmo eu estando em casa continuo pensando sobre o quadro clínico do paciente” e “Há muitos momentos em que aproximo do paciente e há muitos momentos em que eu o evito”. O distanciamento do profissional de saúde frente aos pacientes que se encontram fora de possibilidade de cura tem se evidenciado como estratégia de enfrentamento, visto que esta atitude tem minimizado a dor e indiretamente o fracasso sentido pelos mesmos (Barbosa & Massaroni, 2016; Barbosa, Massaroni, & Lima, 2016).

Mediante os resultados de um estudo realizado por pesquisadores canadenses, alguns enfermeiros da oncologia procuraram não apenas suprimir e conter o luto, mas também evitar que sentimentos de pesar ocorressem quando da morte de pacientes por meio do distanciamento frente a estes e a seus familiares. Entretanto, alguns profissionais que achavam mais fácil manterem-se distantes ainda esforçavam-se para transmitirem certa proximidade, uma vez que reconheciam a importância desta, para o bem-estar dos pacientes (Funk, Peters, & Rogers, 2017).

No entanto, certo distanciamento se faz necessário para que o profissional consiga manter-se equilibrado e calmo, a fim de que sirva como ponto de apoio aos pacientes e aos familiares. De fato, o que torna tal atitude prejudicial é quando se torna excessiva e acarreta prejuízos à qualidade do atendimento prestado, uma vez que este deve ser fornecido em sua

integralidade considerando não só os aspectos biológicos, mas psicológicos, sociais e espirituais (Costa, Poles, & Silva, 2016; Kubler- Ross, 2005).

7.3 HABILIDADE SOCIAL

No que concerne aos resultados obtidos frente à análise das habilidades sociais dos profissionais entrevistados, 29% da amostra obteve baixo repertório de HS, por outro lado o mesmo percentual demonstrou possuir bom repertório. Segundo Del Prette e Del Prette (2018) o repertório inferior de HS indica déficit e necessidade de treinamento destas habilidades. Assim, em consonância com o encontrado na presente pesquisa, conclui-se de que há necessidade de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) em uma considerável parte dos participantes do estudo.

De modo semelhante, em pesquisa que avaliou o repertório de HS de 35 residentes de um hospital universitário houve indicação de necessidade de THS para parte dos homens; e, em estudo que analisou as habilidades sociais de alunos de um curso da área da saúde, identificou-se repertório deficitário de HS, visto que o escore total médio foi de 37,82 pontos, ou seja, abaixo da média (Koga; Araújo, & Rodrigues, 2018; Penha, Heck, Neto, & Silva, 2016).

Frente a isso, o THS tem se destacado com o objetivo de solucionar a problemática, uma vez que se vincula à prevenção de futuras dificuldades comportamentais através do ensino e da facilitação de padrões de comportamentos pró-sociais, que podem diminuir a ocorrência de problemas de comportamentos considerados “inadequados” a uma dada situação (Gresham, 2017).

As habilidades sociais englobam classes de comportamentos sociais no repertório do sujeito, as quais permitem lidar de forma apropriada frente às demandas das situações interpessoais. O déficit de HS compromete de forma negativa as relações intrapessoais e interpessoais. O indivíduo torna-se mais propenso a doenças psicossomáticas, emocionais e menos produtivo no trabalho. Todavia, quando o profissional dispõe de um bom nível de desempenho social o sucesso no tratamento aumenta consideravelmente (Barletta, et al., 2015; Montezeli, Haddad, Peres, & Matzuda, 2018; Silva, Indalécio, & Gomes, 2017).

A interação estabelecida entre profissional e paciente é indispensável para um atendimento de qualidade. A mesma exerce influência significativa ao paciente, seja na expressão de sentimentos, verbalização de dúvidas e confiança no profissional. Desta forma, a possibilidade da habilidade técnica se combinar à habilidade social favorece o relacionamento entre profissional e paciente possibilitando uma maior qualidade à interação estabelecida (Barletta et al., 2015).

Sendo assim, o desenvolvimento de HS em profissionais de saúde é imprescindível à prática, uma vez que colabora de maneira significativa para as interações entre a equipe, adesão ao tratamento, melhoria do estado de saúde do paciente e diminuição do estresse vivenciado pelo profissional. Entretanto, a competência técnica há muito tem sido a única determinante no exercício das profissões em saúde, visto que o reconhecimento da competência social só mais recentemente passou a ser indispensável para o desempenho eficaz da relação terapêutica (Del Prette & Del Prette, 2003; Miranda & Soares, 2014; Montezeli, & Haddad, 2016).

7.4 RESILIÊNCIA

Em relação aos resultados obtidos frente à análise da resiliência da amostra da presente pesquisa, verificou-se que a maior parte da amostra obteve moderado índice de resiliência (68%). Posteriormente, 21% da amostra obteve índice elevado de resiliência e 11% baixo índice de resiliência. Em semelhança, em uma pesquisa que avaliou o nível de resiliência de enfermeiros que trabalhavam no cuidado a pessoas com câncer, identificou-se que dos 37 entrevistados 18 apresentaram alto nível de resiliência, 15, moderado nível e apenas quatro, baixo nível. Ademais, na contramão do encontrado, em estudo realizado por pesquisadores canadenses que avaliaram o nível de resiliência de residentes da oncologia, evidenciou-se baixo nível de resiliência em comparação com a população em geral (Dahn, McGibbon, & Bowes, 2019; Quadros, 2012).

No entanto, apesar de uma parcela considerável de profissionais terem apresentado níveis satisfatórios de resiliência neste presente estudo, há que se direcionar atenção àqueles que apresentaram baixos níveis de resiliência, uma vez que tal ocorrência pode comprometer

a saúde do profissional e a assistência prestada aos pacientes e aos familiares e/ou acompanhantes.

Segundo Ward, Castleberry e Boden (2019) as habilidades de resiliência são uma parte crítica da identidade profissional no campo da saúde, pois protegem os profissionais de experimentarem a fadiga emocional e o esgotamento. O desenvolvimento de habilidades de resiliência mostra-se necessário ao bem-estar dos profissionais, a longevidade no trabalho e a melhoria da qualidade do atendimento prestado (Gillman, Adams, Kovac, Kilcullen, House, & Doyle, 2015).

Todavia, embora os indivíduos precisem por si só assumirem a responsabilidade de desenvolverem estratégias pessoais para estarem resilientes, é indispensável o apoio e o compromisso das organizações na aplicação de programas de intervenções relacionados aos desafios advindos do trabalho. As intervenções podem incluir: aceitação do ambiente de trabalho clínico, prática consciente, ajuste da relação com o trabalho e equilíbrio entre trabalho e vida pessoal (Cleary, Kornhaber, Thapa, West, & Visentin, 2018; Gillman, et al., 2015).

Entretanto, em pesquisa abrangente da literatura que avaliou a eficácia de intervenções de resiliência em profissionais de saúde, identificou-se que o treinamento de resiliência pode ser benéfico aos profissionais, porém, nem todas as intervenções aumentaram a mesma. No entanto, há que se considerar que ainda existe uma escassez de pesquisas sobre como essa resiliência é desenvolvida e o como ela se dá entre os profissionais de saúde (Cleary, Kornhaber, Thapa, West, & Visentin, 2018; Hlubocky, Rose, & Epstein, 2017; Prosser, Metzger, & Gulbransen, 2017).

Contudo, compreender a resiliência permite ao profissional identificar ou prevenir problemas potenciais, favorece a promoção de recursos potenciais para o trabalho e em última análise, ao crescimento profissional. O aumento da resiliência possibilita reduzir o cansaço emocional, melhorar o desempenho ao enfrentar os desafios da prática laboral, bem como aumentar o envolvimento no trabalho. Desta forma, acaba-se favorecendo o estabelecimento de estratégias para lidar com a adversidade e atenuar os efeitos das demandas da prática (Yu, Raphael, Mackay, Smith, & King, 2019).

7.5 ATITUDE, HABILIDADE SOCIAL E RESILIÊNCIA

O cruzamento entre os escores relativos à atitude negativa diante da morte de pacientes, habilidade social e resiliência evidenciou a existência de correlação negativa, corroborando com a hipótese deste estudo de que atitudes negativas diante da morte de pacientes encontram-se negativamente associadas às habilidades sociais e à resiliência.

No tocante à associação estabelecida entre atitude negativa diante da morte de pacientes e habilidade social, tanto na literatura nacional quanto na internacional não foram encontrados estudos que investigaram essa relação em profissionais de saúde da oncologia. Todavia, a hipótese da presente pesquisa de que ambas variáveis se correlacionavam negativamente, estabeleceu-se mediante a observação de estudos que evidenciaram dificuldades na comunicação e no relacionamento interpessoal na prática do profissional de saúde da oncologia diante da morte, seja com pacientes e/ou com familiares (Gramling, et.al, 2016; Odejide, et al., 2016).

Além disso, a presente hipótese também veio ao encontro de observações frente ao campo de estudos das habilidades sociais, que tem identificado a ênfase dada a natureza da qualidade das relações em processos de trabalhos atuais, exigindo além de competências técnicas, a competência social relacionada a comportamentos considerados “adequados” a uma dada situação específica (Del Prette & Del Prette, 1999).

Entretanto, o que tem se identificado na prática dos profissionais de saúde da oncologia são “comportamentos considerados inadequados” frente à terminalidade. As relações interpessoais entre profissionais e pacientes e entre esses e familiares têm sido em grande parte falha, fragmentada e enganosa. Atitudes de distanciamento, dificuldades de manter e iniciar a comunicação, em comunicar os prognósticos e diagnósticos e em definir e tratar os pacientes como fora de possibilidade de cura tem feito parte do ambiente laboral (Enzinger, Zhang, Schrag, & Prigerson, 2015; Figueira, & Matos, 2014; Hayasida, Assayag; Koh, Kim, & Kim, 2016; Rodenbach, 2017; Pfeil, 2014).

Estas dificuldades no relacionamento interpessoal por parte dos profissionais têm acarretado prejuízos na assistência prestada aos pacientes fora de possibilidade de cura e aos familiares, uma vez que tem impedido o diagnóstico precoce, dificultado o tratamento e impedido uma morte digna. Sendo assim, tal hipótese se definiu mediante as dificuldades relacionais encontradas na prática do profissional de saúde da oncologia frente à

terminalidade, uma vez que este déficit resulta em implicações sérias na tomada de decisões e na disparidade em cuidados de fim de vida (Azeredo, Rocha, & Carvalho, 2011; Gramling, et al., 2016; Kav, 2013; Mack, & Joffe, 2014).

Já no que se refere à associação estabelecida entre atitude negativa diante da morte de pacientes e resiliência, na literatura também não foram encontrados estudos sobre essa relação em profissionais de saúde da oncologia. Além disso, apesar das variáveis correlacionarem negativamente, a associação não foi significativa. No entanto, tal resultado demonstra importância clínica, visto que alguns profissionais da oncologia que consideram a prática frente à terminalidade uma situação aversiva têm apresentado fatores de risco para o adoecimento (Dong, et al., 2015; Murali, et al., 2018; Pesce, et al., 2005).

De fato, a prática tecnicista tem favorecido o sentimento de fracasso e condições para a instalação de doenças ocupacionais aos profissionais que trabalham em contextos de terminalidade. Estes têm considerado o ambiente complexo e desafiador, uma vez que devido à morte ser interdita, muitas vezes não é permitida a expressão de dor e sentimentos do profissional, levando o mesmo a atitudes de negação da morte e também ao adoecimento, como depressão e Síndrome de Burnout (Fu et al., 2018; Kubler- Ross, 2005; Kovács, 2010; Shanafelt & Dyrbye, 2012) .

O despreparo dos profissionais de saúde para atuarem neste ambiente tem os tornado vulneráveis ao estresse ocupacional. Apesar disso, estudos clínicos sobre o estado psicológico dos oncologistas que estão em contato com pacientes com câncer cotidianamente, têm sido muito limitados. Conquanto, o foco de estudar os cuidadores profissionais tem o potencial de aprimorar os apoios e serviços disponíveis para as pessoas afetadas por câncer e a seus familiares, ao mesmo tempo em que possibilita estratégias de intervenção frente ao comprometimento da saúde do profissional (Breen & Hewitt, 2014; Langaro, Fagundes, & Beck, 2017; Tanriverdi, 2013).

7.6 ATITUDES DE PROFISSIONAIS DA ONCOLOGIA DIANTE DA MORTE DE PACIENTES

Ao analisar os dados levantados com a primeira questão aberta da entrevista semiestruturada que buscou compreender as atitudes dos profissionais de saúde da oncologia

diante da morte de pacientes, identificou-se como categoria global de maior ocorrência “*Como reage*”, sendo a categoria específica de maior incidência “*Dificuldade*” (45,07%). Grande parte dos participantes mencionou dificuldade diante da atuação principalmente quando da morte de pacientes crianças, quando da existência de vínculo com o paciente e/ou com o acompanhante e/ou familiar e da inexperiência profissional. Em contrapartida no relato de alguns profissionais também emergiu a categoria específica “*Facilidade*” (22,53%), esta associada à morte de pessoa idosa, quando da ausência de vínculo e da experiência profissional.

P24- Eu acho que assim, a gente acaba sensibilizando mais com os pacientes, com os menores de idade, criança, adolescente, até porque foge um pouco da nossa lógica da vida né?! a pessoa morrer jovem.

P5- A gente pensa assim: uma criança né?! porque tão cedo? tão nova passar por isso [...] mexeu muito comigo, muito mesmo.

P8- Quando é mais criança, um paciente mais jovem, a gente fica um pouco mais assim, mexido. Agora um paciente mais idoso assim, a gente acaba lidando mais fácil.

P29- Quando é um paciente que já está mais tempo aqui, que a gente vai pegando amor é bem mais difícil. Mas às vezes o paciente chega aqui hoje e falece amanhã, aí você acaba não sabendo da vida do paciente e não conhecendo o familiar, então eu acho mais fácil lidar quando eu não conheço e não me apego.

P31- No início a gente sentia mais comoção, ficava mais triste um pouco, mas acho que com o tempo a gente acaba acostumando um pouco, vendo isso todo dia, trabalhando só com isso, já vai acostumando um pouco mais.

P17- No início foi um pouco mais difícil para mim, hoje não, hoje é bem mais tranquilo [...] a gente sabe que o prognóstico é ruim, que vai vir a falecer a qualquer momento.

Frente aos resultados encontrados, em pesquisa realizada com profissionais de saúde de um hospital universitário localizado no estado do Espírito Santo, que investigou os fatores intervenientes na convivência dos profissionais com a morte e o morrer, identificou-se a tendência em aceitar melhor a morte de um paciente idoso em comparação a de um paciente jovem; e, em estudo cujo objetivo foi verificar as percepções e atitudes de profissionais de saúde acerca da morte, observou-se que quanto maior o tempo de atuação profissional, maior a facilidade para lidar com o fenômeno. No entanto, percebeu-se ainda que independente do tempo de experiência profissional, a morte para os profissionais é mais difícil de enfrentar

quando se trata de paciente criança ou jovem (Barbosa & Massaroni, 2016; Pereira e Lopes, 2014).

Já em relação à literatura internacional, resultados semelhantes também têm sido evidenciados. Em entrevista realizada com profissionais de uma unidade de saúde em Winnipeg, Canadá, identificou-se que o luto tende a ser mais difícil quando as mortes são percebidas como injustas e repentinas, o falecido tem idade semelhante ao profissional e quando do vínculo entre profissional e paciente (Funk, Peters, & Roger, 2017).

De fato, em muitas culturas a morte na infância é considerada um paradoxo em comparação a morte na velhice, uma vez que se considera a infância uma fase de vitalidade. Embora a morte faça parte da vida, quando ocorre mais cedo que o esperado aceitá-la tem sido difícil e incompreensível. A morte de uma criança para alguns profissionais de saúde é vista como uma interrupção do ciclo biológico, ou seja, uma inversão cronológica, a qual tende provocar frustração, tristeza, dor e angústia, por vezes prejudicando a qualidade da assistência prestada a esse público (Costa & Lima, 2005; Mack, Chen, & Boscoe, 2015; Perboni, Zilli e Oliveira, 2018; Sartori & Battistel, 2017).

Já no que diz respeito ao vínculo estabelecido entre profissional de saúde e paciente, embora este seja considerado elemento essencial ao cuidado, também tem dificultado a aceitação dos profissionais frente à terminalidade, visto que a separação gera sofrimento, e esse sofrimento é frequentemente associado à quantidade de sentimento envolvido na relação. Desta forma, a separação acarreta dor no nível em que há a vinculação e os profissionais de saúde sofrem porque se apegam e se afeiçoam (Cavalcante, 2006; Lima & Andrade, 2017).

Conquanto, o tempo de atuação pode para alguns profissionais, configurar-se como variável facilitadora ao enfrentamento da morte. Já para outros, sucessivas experiências de morte podem desencadear a repressão dos sentimentos vivenciados. No entanto, alguns profissionais acreditam que sempre será difícil vivenciar a morte do paciente, visto que se trata da perda de um ser humano (Barbosa & Massaroni 2016; Mota, Gomes, Coelho, Filho, & Sousa, 2011; Pereira & Lopes, 2014).

No discurso de alguns participantes ainda foi possível identificar associada à categoria global “*Como reage*” a segunda categoria específica de maior ocorrência “*Naturalidade*” (26,76%).

P3- Ah! pra gente é uma coisa bem natural assim, tem gente que fala assim: ah! mas vocês ficam frios. Não é questão de frieza, é uma questão de que se

eu me deixar abater por todo óbito que eu tiver, que eu tenho três quatro óbitos por dia, eu não vou conseguir ajudar quem está precisando de mim.

P23- Passa ser um processo natural quando você está inserido num ambiente que é hospitalar, que tem essas ocorrências, incidências de óbito.

P26- A gente reage naturalmente como o ciclo da vida mesmo que se finda e que é necessário.

Em paralelo ao encontrado, a concepção de morte como processo natural foi observada no relato dos profissionais entrevistados em pesquisa que investigou a percepção de profissionais e residentes acerca da morte de pacientes. Nas narrativas apareceu a naturalidade com que se lida com a morte, vista como um acontecimento que faz parte do ciclo natural da vida (Sartori & Battistel, 2017).

Adicionalmente, pesquisadores chineses constataram que alguns enfermeiros clínicos que acreditavam que a morte é a lei natural da vida tinham maior probabilidade de se comunicarem e interagirem com os pacientes que se encontravam fora de possibilidade de cura (Wang, Li, Zhang, & Li, 2018). Segundo Fitaroni (2016) a morte vista com naturalidade configura-se como aspecto facilitador para alguns profissionais que lidam com situações de terminalidade, visto que contribui para uma abordagem esclarecedora em relação à temática. Além disso, permite acolher os medos daqueles que chegam às instituições hospitalares e ajuda aos pacientes e a seus familiares a encararem o processo de morrer, caracterizado por muitos como difícil e desafiador.

Ao que concerne à segunda categoria global de maior incidência “*Como se sente*”, identificou-se mediante as falas dos entrevistados a categoria específica de maior ocorrência “*Mal*” (64,70%). Alguns profissionais relataram sentir tristeza quando da morte de pacientes. Além disso, mencionaram pensar muito no ocorrido, sentindo-se muitas vezes incapazes e insatisfeitos, principalmente frente aos casos em que se veem correndo contra o tempo, mas mesmo assim o paciente vem a óbito.

P7- A gente fica triste né?! porque a gente praticamente toda semana vê o mesmo paciente [...] fica meio abalado com a notícia.

P11- A gente fica bem triste né?! imagina como se fosse um parente nosso, como que seria, quanto que é difícil.

P12- É bem triste né?! a gente meio que se sente incapaz né?! de poder ter ajudado, de ter feito alguma coisa.

P13- Quando as vezes é um caso de paciente que chega aqui numa situação que a gente está correndo contra o tempo e quando a gente tem mais por fazer, isso dá uma, gera um pouco de insatisfação pelo atendimento.

P14- Derrama, a gente em casa dispara a chorar. É raro a gente sair daqui um dia e não chorar, que é muito sofrimento.

P21- A gente vê entre os colegas de trabalho que alguns choram né?! não na frente, mas as vezes no seu momento de intimidade, vai para o banheiro, chora com os colegas ou depois que já, a família já se retirou do local.

P30- Chorei, já fiquei assim, mais isolado, porque assim, às vezes acontece, você fica com medo de se apegar de novo a outro.

Para alguns profissionais de saúde que trabalham na oncologia a morte de pacientes tem desencadeado tristeza, dor, sofrimento e mal estar (Funk, Peters, & Rogers, 2017; Vicensi, 2016). Em pesquisa realizada em dois centros acadêmicos do Canadá, oncologistas pediátricos relataram uma série de sentimentos acerca da morte de pacientes, entre eles: tristeza, sensação de estar fisicamente doente e sensação de perda pessoal. Mencionaram ainda sentimentos de fracasso e autoquestionamento após a morte (Granek, Bartels, Scheinmann, Labrecque, & Barrera, 2015).

De fato, a convivência cotidiana dos profissionais de saúde com a morte de pacientes não os isenta da mobilização de sentimentos. Esta pode desencadear prejuízos à qualidade do atendimento prestado aos pacientes e a seus familiares, bem como comprometer a saúde do profissional. Desta maneira, intervenções são necessárias para que haja meios de ressignificação do sofrimento e da tristeza do profissional, pois a possibilidade da escuta permite momentos de reflexão e alívio do sofrimento (Bastos, Quintana, & Carnevale, 2018; Kubler- Ross, 2005).

Conquanto, no relato de alguns profissionais também foi possível identificar associada à categoria global “*Como se sente*”, a categoria específica “*Bem*”. Durante as falas os participantes mencionaram sentirem-se aliviados quando da morte de pacientes, devido a todo sofrimento envolvido. Além disso, a sensação de dever cumprido quando o paciente ficou mais tempo assistido e o sentimento de que fizeram o melhor apareceram nos discursos.

P13- Eu sinto que a gente cumpriu o dever. A gente cumpriu tudo aquilo que a gente tinha que ter feito. Então dá uma, não é uma tranquilidade, mas dá uma segurança no que eu fiz.

P27- Quando a gente sabe que não tem mais nada para fazer. Que conversa com a equipe toda e que não há mais nada a se fazer por aquele paciente, a

gente acaba ficando aliviado [...] a gente acaba ficando mais aliviado pela progressão da doença mesmo.

P30- Se for um paciente que estava aí muito tempo já no sofrimento, a gente vê como um alívio para ele.

Apesar da consternação vivida durante o processo de morrer, após a morte do paciente alguns profissionais têm experimentado certo alívio ao término do sofrimento. Há casos em que o sofrimento do paciente é tão intenso, que por diversos momentos a morte passa a ser esperada e significada como alívio da dor, uma vez que se apresenta como única alternativa para o fim do sofrimento. (Góis & Abrão, 2015; Mota, et al., 2011; Pawlowytsch & Kowalski, 2017).

Segundo Góis e Abrão (2015) o sentimento de alívio associado ao fim do sofrimento pode estar direcionado a duas colocações associadas ao senso comum. A primeira de que a morte é o fim, e com ela o indivíduo não experimentará mais nenhum sentimento ou sensação ruim. A segunda remete-se à influência religiosa da passagem para um lugar melhor, onde a pessoa experimentará apenas boas sensações e sentimentos, e o sofrimento não mais a atingirá.

Já no que diz respeito à terceira categoria global de maior incidência “*Oferece suporte aos familiares e/ou acompanhantes*” emergiram duas categorias específicas: “*Afetivo*” (75,00%) e “*Técnico*” (25,00%). Em relação à categoria específica “*Afetivo*”, alguns entrevistados disseram confortar, ajudar, acolher, abraçar e tentar passar força aos familiares e/ou acompanhantes quando da morte de pacientes.

P2- Quando o paciente vem a óbito [...] a gente vai até ao quarto, acolhe o familiar [...] geralmente dá um abraço para aquele acompanhante que é mais receptivo [...] pergunta se está precisando de alguma coisa.

P4- A gente realiza um acolhimento da pessoa aqui do cuidador, seja ele familiar ou somente um cuidador. A gente trabalha muito com acolhimento aqui na instituição. A gente aborda o familiar, a gente oferece o serviço de psicologia. A gente tem uma salinha de acolhimento, onde a gente senta, conversa, deixa ele pensar no que acabou de acontecer e a gente trabalha com muito respeito. É assim que a gente lida.

P23-Dando suporte familiar, dando apoio até mesmo emocional, juntamente com o serviço de psicologia né?!

A assistência prestada aos familiares e/ou acompanhantes quando da morte de pacientes não se restringe às questões burocráticas unicamente, visto que muitos podem nem

precisar ou suportar isso. No entanto, diz respeito, sobretudo, a atitude humana amiga, que partilha e acolhe os sentimentos racionais ou não, despertados nessa ocorrência. Refere-se a deixar chorar, falar, até mesmo gritar, colocando-se sempre à disposição (Kubler-Ross, 2005).

Ser cuidado, ser confortado, receber apoio seja psicológico, social, emocional, espiritual e/ou burocrático é uma necessidade dos enlutados. Se as instituições e profissionais de saúde querem oferecer o cuidado holístico e integral se faz necessário voltar-se para as questões como morte e o luto. O apoio destinado aos familiares e/ou acompanhantes enlutados precisa fazer parte da política institucional. É indispensável às instituições assumirem a reponsabilidade de cuidar daqueles que fazem parte do contexto do doente, especialmente após o óbito. Dar orientações burocráticas apenas não se configura um apoio. O apoio está na acolhida da dor da perda (Azeredo, 2016).

No que se refere à categoria específica “*Técnico*”, quando do óbito de pacientes foi identificado no discurso de alguns profissionais a importância da psicologia na equipe e neste contexto para auxílio aos familiares e/ou acompanhantes.

P3- Pergunta se está precisando de alguma coisa. Se a gente vê que ele quer ficar mais um pouco com o paciente a gente deixa ele dentro do quarto. Se a gente vê que ele está muito desestruturado a gente acolhe, chama a psicologia.

P8- No caso do óbito, a gente, igual eu falei, a gente tira o acompanhante do local, oferece uma água, pergunta se ele vai fazer alguma ligação, a gente fica com ele até chegar o psicólogo. Na hora que o psicólogo chega, aí é com ele.

Com efeito, é de fundamental importância a presença da psicologia dentro da equipe multidisciplinar nas instituições hospitalares. Seu objetivo não se aplica apenas ao paciente internado, mas se estende aos familiares e/ou acompanhantes e até mesmo à equipe do hospital. São diversas as possibilidades de intervenções realizadas, as quais variam desde o recebimento da demanda até o acolhimento ao óbito. O trabalho realizado por esse profissional envolve sensibilidade para lidar com a finitude da vida, questão por vezes ignorada por outros profissionais (Domingues, et al., 2013; Vieira & Waischung, 2018).

No ambiente hospitalar o processo psicoterapêutico em condições de terminalidade e morte deve salientar a melhora da qualidade de vida, a comunicação efetiva e a expressão de sentimentos. O trabalho pelo profissional da psicologia é caracterizado pela escuta e observação, além de ser capaz de facilitar a superação e o alívio de natureza emocional e

psicológica. De modo específico, em relação à atuação frente aos familiares, ao psicólogo cabe ajudá-los na despedida, bem como após o óbito, reestruturando o equilíbrio, oferecendo apoio e a promoção da saúde mental (Domingues, et al., 2013; Kovács, 1992; Oliveira, Luginger, Bernado, & Brito, 2004).

Por fim, frente à categoria global de menor ocorrência “*Estratégia de enfrentamento*” (11,02%) emergiu a categoria específica de maior incidência “*Focada no problema*” (93,33%). Evidenciou-se que alguns participantes têm considerado a morte na oncologia como um descanso do sofrimento para o paciente e tentado equilibrar profissional e pessoal para prosseguirem com as tarefas diárias.

P4- A gente fica triste né?! [...] mas eu consigo lidar com essa emoção né?! profissionalmente eu consigo lidar com essa emoção. Não deixo ela atingir a mim, a minha vida pessoal, meu trabalho.

P21- A gente sente um pouco, mas também a gente tem que vê que a gente tem o lado humano, profissional né?! mas nessa hora os dois entram, trabalham juntos, para equilibrar né?! consigo deixar nem o emocional muito alto e nem o profissional falar mais.

P2- Tipo, eu vejo como se o paciente estivesse mesmo descansando né?! daquele, de todo sofrimento que ele passou por durante todo tratamento. Então assim, se a gente vê que não tem possibilidade desse paciente sobreviver, de ter uma sobrevida boa, a gente entende a morte como um descanso mesmo.

P27- Como a gente vê muito o paciente sofrendo com a progressão da doença, a gente acaba meio que ficando feliz, porque é uma forma de descanso né?!

De modo semelhante, em pesquisa realizada com enfermeiros identificou-se que alguns encaravam o desfecho da morte do paciente como fim do sofrimento vivenciado, associando o acontecimento a um descanso merecido; e, em estudo que objetivou caracterizar as estratégias de enfrentamento utilizadas por médicos oncologistas, constatou-se o consenso por parte dos profissionais entrevistados frente à necessidade da manutenção do equilíbrio profissional e pessoal diante ao contexto da terminalidade (Cano & Moré, 2016; Parentoni, 2015).

Em paralelo, em pesquisa realizada na Noruega cujo objetivo foi explorar os desafios emocionais dos enfermeiros ao cuidar de pacientes fora de possibilidade de cura, identificou-se que todos os entrevistados enfatizaram a necessidade do equilíbrio profissional e pessoal ao

lidar com pacientes e familiares diante da prática de cuidados paliativos (Ingebretsen & Sagbakken, 2016).

Com efeito, alguns profissionais de saúde consideram que o equilíbrio profissional e pessoal favorece o trabalho com a morte de maneira que este momento seja o menos doloroso possível, tanto para os familiares e/ou acompanhantes quanto para eles mesmos. Ainda, fora do ambiente laboral permite recarregar as energias e distanciar do desgaste emocional advindo do trabalho (Fitaroni, 2016; Pawlowytsch & Kowalski, 2017).

7.7 ATITUDES DE PROFISSIONAIS DA ONCOLOGIA DIANTE DO PROCESSO DE MORRER DE PACIENTES

Frente aos dados analisados com a segunda pergunta aberta da entrevista semiestruturada que buscou compreender as atitudes de profissionais de saúde diante do processo de morrer de pacientes, identificou-se como categoria global de maior ocorrência “*Suporte*”, sendo a categoria específica de maior incidência, “*Afetivo*”. Alguns entrevistados disseram que ofereciam aos pacientes, bem como aos familiares e/ou acompanhantes carinho, atenção, palavra amiga, descontração e tranquilidade frente à vivência da terminalidade.

P5- Assim sempre conversando, dando apoio, tentando ser da melhor forma. Tipo assim, às vezes precisava conversar né?! nada que cinco minutinhos né?! não vá atrapalhar minha rotina. Eu tiro aqueles cinco minutinhos, vou lá converso, dou meu apoio. Tento fazer isso na maioria das vezes com os familiares dos pacientes.

P10- A gente tenta sempre confortar né?! tenta fazer o máximo pelo paciente e pelo familiar né?!

P14- Sempre tento passar força para eles. Sempre converso com eles todo dia. Dou abraço, tento confortar eles né?!

P17- Eu tento dar atenção para o que eles falam ou às vezes escutar coisa que não é relacionado a mim, queixas ou até mesmo contando casos, desabafando [...] para o paciente e para o familiar, eu acho que tanto um quanto o outro. Eu sou uma pessoa muito carinhosa, então assim, eu tenho essa facilidade de tratar com carinho, com educação, com muito cuidado todos. Então quando é diante desta situação eu acho que é preciso um carinho maior independente do que eles estão passando.

P27- Eu tento fazer o que é o meu serviço. Dar o máximo de conforto, de alegria. De lidar com aquele paciente da forma mais descontraída possível, com os pacientes no caso terminal, que possa sentir mais confortável nesse período de final de vida.

Cuidar trata-se de um espaço de trocas, experiências divididas e vivências partilhadas entre profissionais de saúde, pacientes e familiares. Não é tarefa fácil, livre de frustrações e de certo sofrimento, ainda mais quando se considera situações de morte e morrer. Nesse cenário o apoio, a proximidade, o estar disponível, o estar junto e a presença são como sinônimos para o cuidado. É imprescindível um olhar holístico e humanizado para que seja possível contornar a situação que gera tantos desconfortos aos envolvidos (Azeredo, 2016; Silva, Cardoso, & Santos, 2018).

Desta forma, torna-se indispensável fazer do paciente e de sua família uma única unidade, a fim de buscar o entendimento de seus sentimentos mediante a realidade vivida. A assistência prestada deve ultrapassar a ideia do fazer tecnicista, visto que o cuidado exercido com qualidade está atrelado ao relacionamento terapêutico e à comunicação. Diante de cada particularidade, deve-se ter uma atuação singular, individualizada e humanizada, uma vez que o equilíbrio entre o cuidado humano e a técnica é imprescindível à atuação profissional (Lima, Rego, & Siqueira-Batista, 2015; Silva, Cardoso, & Santos, 2018; Vasconcellos et al., 2016).

Entende-se que a assistência deve transcender o âmbito da cura e da doença, a fim de que seja possível fornecer ao paciente um cuidado onde suas necessidades integrais sejam consideradas. Em estudo realizado na Nova Zelândia, constatou-se a importância da sensibilidade, tato emocional e respeito para atender e identificar efetivamente às necessidades dos pacientes oncológicos. Ainda, identificou-se a relevância de construir um relacionamento que reconheça os pacientes como pessoas (Aldaz, Treharne, Knight, Conner, & Perez, 2016; Quintana et al., 2006).

No cuidado humanizado o paciente é visto como ser único e irrepetível. A assistência prestada está alicerçada em: “como o doente gostaria de ser cuidado” ao invés de “cuidar como eu gostaria de ser cuidado”. O profissional encontra-se disponível para favorecer trocas significativas aos pacientes e também aos familiares, dedicando-lhes atenção, apoio emocional, presença e prestando-lhes informações (Luz, et al, 2015).

Ainda com relação à categoria global “*Suporte*”, a categoria específica “*Técnico*” foi evidenciada como a segunda categoria de maior ocorrência acerca das atitudes dos

profissionais frente aos pacientes que estão diante do processo de morrer. Alguns entrevistados relataram atuar mediante o alívio da dor, possibilitando as melhores condições de qualidade de vida, oferecendo o melhor tratamento ao alcance, assim como a partir do sofrimento trazido.

P5- Eu tento tratar da melhor forma possível e trazer o melhor tratamento para eles, para que eles se sintam em casa, para que o ambiente hospitalar não seja aquele ambiente que traga tristeza para eles às vezes né?! proporcionar momentos melhores para vida deles.

P6- Então, a gente vai a partir do sofrimento que eles trazem para nós né?! cada família ou cada paciente reage de uma forma, mas normalmente há um sofrimento muito grande dos familiares que tentam poupar o paciente disso e ao mesmo tempo ficam carregando todo sofrimento.

P9- A gente tenta dar um conforto. Às vezes a gente vê que o paciente está na fase final, mas ele não precisa ficar com dor, ele não precisa ter falta de ar. [...] a gente tenta assim, cercar ele o máximo possível de cuidado.

P26- Como profissional, entre paciente e profissional e paciente e família a minha abordagem é de forma que eu possa trazer as melhores condições de qualidade de vida dentro desse período que ele se encontra. É aliviando a dor, promovendo alguma coisa que traga felicidade momentânea para ele né?! de forma que ele sinta paz e tranquilidade nesse momento tão difícil.

De modo semelhante, tendo em vista que a dor é vivenciada por 50 a 70% dos pacientes oncológicos no período inicial da doença e de que a qualidade de vida dos pacientes é prejudicada por um ou mais sintomas, preocupações sociais, emocionais, espirituais e de comunicação, profissionais de saúde têm desenvolvido ações e estratégias facilitadoras para o manejo do cuidado, minimizando o sofrimento, priorizando a qualidade de vida e o conforto dos pacientes (Durante, 2014; Higginson & Constantini, 2008; IASP, 2007).

Evidências têm demonstrado que o cuidado paliativo melhora consideravelmente os desfechos dos pacientes nos domínios dos sintomas, controle da dor, compreensão da doença, qualidade dos cuidados no fim da vida e melhorias na qualidade de vida. Além disso, tem por intuito evitar tratamentos inadequados e sintomas subsequentes, visando o bem-estar e o conforto, tornando a vida mais tolerável (Higginson & Evans, 2010; Hui & Bruera, 2015).

Frente ao cuidado paliativo profissionais de saúde devem valorizar a vida e encarar a morte como um processo natural; integrar os aspectos psicológicos e espirituais, os quais contribuem para o crescimento; não abreviar nem prolongar a vida; prover o alívio da dor e de

outros sintomas; e, oferecer uma equipe interdisciplinar e um sistema de suporte para a família durante a doença do indivíduo e no período de enlutamento (Silva, Amaral, & Malaguti, 2013; Villa, 2011).

O cuidado paliativo caracteriza-se deste modo pela visão holística do cuidado. Fornece todo suporte necessário para alívio do sofrimento e da dor. Sendo componente imprescindível ao tratamento do câncer, sua importância é cada vez mais reconhecida. No entanto, exige investimentos em educação, serviços e pesquisas que incorporem a avaliação apropriada das necessidades e as medições de seus resultados, a fim de que alcance seu potencial de melhorar a qualidade dos cuidados para pacientes com câncer e suas famílias, bem como ajudá-los a viver bem até morrerem, assim como morrer bem (França, 2017; Higginson & Costantini, 2008).

Ademais, frente à categoria global “*Suporte*” é imprescindível ressaltar o aparecimento ainda que timidamente da categoria específica “*Espiritual*”. Alguns profissionais mencionaram a importância em abordar questões de fé e falar de deus aos pacientes e aos familiares e/ou acompanhantes.

P21- Muitos têm muita coisa assim, de fé né?! aquela coisa de fé, espiritual. A gente faz orações, fazemos para o paciente, para o acompanhante.

P23- A gente trabalha muito também na questão da fé, que eles são muito apegados na questão da fé. Então a gente sempre procura dar esse apoio social, até mesmo emocional né?! fazendo com que eles não percam a fé no tratamento, porque as condições psicológicas do paciente e emocionais também auxiliam no tratamento né?!

P34- Quando eu vejo que é uma família tipo, eu sou católica. Quando eu vejo que está com o tercinho rezando, eu falo que deus faz o melhor.

De modo semelhante, em pesquisa realizada com enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva identificou-se a dimensão espiritual do profissional como possível mecanismo de compreensão do paciente como um ser biopsicossocial e espiritual; e, em estudo realizado no Sul do Brasil com uma equipe interdisciplinar, constatou-se que os entrevistados tendem a utilizar a espiritualidade como instrumento necessário à assistência prestada aos pacientes fora de possibilidade de cura (Arrieira, Thofehr, Porto, Palma 2011; Penha & Silva, 2012).

Em relação ao cenário internacional, pesquisadores alemães que analisaram os resultados de um treinamento de cuidados espirituais durante a assistência, identificaram que

a espiritualidade está associada a mudanças positivas no relacionamento interpessoal com o paciente. A mesma tem sido reconhecida na assistência a saúde por ter demonstrado sua influência no auxílio de enfrentamento, visto a decorrência de seu impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes e profissionais (Paal, Roser. & Frick, 2015; Penha & Silva, 2012).

De fato, a dimensão espiritual dos profissionais de saúde e sua influência na assistência prestada aos pacientes configuram-se como variáveis indispensáveis a serem estudadas, uma vez que impactam a vivência do cuidado, ocasionando bem estar físico, assim como melhora na qualidade de vida e no relacionamento interpessoal (Longuiniere, Yarid, & Silva, 2018).

Ao que concerne à categoria global “*Como reage*”, a categoria específica “*Com dificuldade*” foi a que obteve maior ocorrência. Alguns profissionais mencionaram ser complicada, desgastante e sofrida a atuação diante do paciente fora de possibilidade de cura. Já com relação aos familiares disseram ser difícil quando estes não aceitam a terminalidade do paciente.

P2- Com o paciente às vezes acaba, a gente acaba sofrendo um pouco ao ver o sofrimento do paciente.

P11- A gente fica bem triste né?! [...] mas assim, tenta não demonstrar para eles o que a gente sente, porque se a gente demonstrar para eles que a gente está muito abalado imagina só a situação deles, vê a gente daquele jeito, o que eles vão pensar, que está difícil né?!

P12- Eu sei que a dor é muito complicada. Assim, eu particularmente fico bem sensibilizada.

P20- Por mais que isso seja da nossa rotina, minha reação não é legal assim. Por mais que aqui, na prática tem que tomar todas as providências, chega assim em casa, abala, sempre abala.

P32- Com o familiar às vezes é mais difícil, porque tem uns familiares que não aceitam a situação. Tem outros que levam com mais calma e tal. Mas a gente tem que respeitar né?! que é o momento dele, é a vivencia dele.

P35- Não é fácil não. Você trabalhar em cuidados paliativos há três anos, é bem desgastante.

Em pesquisa realizada na Suécia, cujo objetivo foi descrever as experiências de profissionais de enfermagem acerca de situações existenciais ao cuidar de pacientes

gravemente afetados pelo câncer, identificou-se a dificuldade por parte dos participantes ao lidar com os pacientes que se encontravam próximos ao morrer. Alguns profissionais relataram impotência ao se depararem com a morte e o processo de morrer de pacientes, assim como sentimentos de incerteza e insuficiência. Ainda mencionaram a dificuldade de se relacionarem com os pacientes, bem como hesitação, medo, tristeza e insegurança diante da assistência prestada (Browall et al., 2014).

De forma semelhante, em estudo realizado por pesquisadores australianos com 38 profissionais da oncologia que trabalhavam na unidade de cuidados paliativos, contatou-se que o trabalho tem sido considerado exigente e desgastante emocionalmente, tornando-os exaustos; e, em uma pesquisa cujo propósito foi explorar as experiências de médicos e enfermeiros chineses que cuidam de pacientes com câncer, evidenciou-se a dificuldade por parte de alguns dos profissionais para lidar com a morte do paciente, sendo comuns sentimentos de impotência e incompetência quando da ocorrência do óbito (Dong, et al., 2015; Breen, O' Connor, Hewitt, & Lobb, 2014).

A assistência prestada na oncologia exige competências e habilidades para além dos conhecimentos técnicos, visto que implica atuar frente á finitude humana, desenvolvendo uma relação afetiva, que possibilita levar o profissional ao desgaste emocional. Desta maneira, é imprescindível maior preparo da formação, bem como suporte emocional e apoio psicológico ao profissional, para que consiga distinguir os problemas de si próprio dos problemas do paciente, a fim de lidar da melhor forma possível com suas frustrações e anseios (Menegócio, Rodrigues, & Teixeira, 2015).

Sendo assim, há a necessidade de introduzir técnicas eficientes que auxiliem esses profissionais a buscarem novas formas de enfrentamento dos sentimentos inerentes à prática do cuidar, assim como a identificarem suas limitações, para que consigam lidar melhor no contexto de terminalidade e não venham desenvolver desgaste emocional (Menegócio, Rodrigues, & Teixeira, 2015).

Todavia, apesar de aparecer no discurso de alguns entrevistados a dificuldade para lidar frente aos pacientes fora de possibilidade de cura e aos familiares e/ou acompanhantes, nas falas também apareceu à categoria específica “*Com facilidade*”.

P2- Então, vamos pensar assim de uma forma em geral. Eu já tenho oito anos na assistência em oncologia. Então assim, no início foi um pouco mais difícil para mim. Hoje não, hoje é bem mais tranquilo, porque trabalhando em núcleo de assistência paliativa a gente já tem o conhecimento de que os

nossos pacientes, a maioria deles são pacientes que não tem né?! um período maior né?! eles estão em tratamento, a gente já sabe que o prognóstico é ruim, que vai vim a falecer a qualquer momento, então para mim hoje é bem mais tranquilo.

P10- Olha, eu já não tenho muito assim, sentimento mais não, porque a gente acaba acostumando com a morte, ainda mais aqui no hospital do câncer né?! eu consigo lidar bem, eu não tenho aquela coisa de, eu tento não ter muito apego ao paciente. Para mim é comum, normal. Já se tornou normal.

P14- Ah! muito bem, muito tranquilo. Sempre tento passar força para eles. Sempre converso com eles todo dia, dou abraço, tento confortar eles né?!

Saber conviver com a morte e o processo de morrer de pacientes é extremamente importante e necessário aos profissionais que vivenciam diretamente este processo. Ao paciente é proveitoso, visto que na medida em que o profissional dele se aproxima escutando suas preocupações e anseios, tende a colaborar para sua saúde mental e a desencadear efeitos positivos em relação à falta de energia comumente sentida, bem como aos sintomas físicos, como a dor. Aos profissionais, tal interação se faz favorável, uma vez que permiti libertá-los da culpa muitas vezes sentida pela morte do paciente, assim como possibilita maior conforto de saber que prestaram um cuidado humanizado e diferenciado frente uma das fases mais complexas da vida (Barbosa & Massaroni, 2017; Bernardes, et al., 2014; Quintana, Kegler, Santos, Lima, 2006).

Não obstante, ainda foi possível evidenciar atrelada a categoria global “*Como reage*”, a categoria específica “*Com empatia*”. Alguns profissionais relataram que tentavam se colocar no lugar dos pacientes e/ou dos familiares e/ou acompanhantes.

P5- Eu tento às vezes me colocar muito no lugar da família para ver como que é, porque a gente sabe que não é um momento muito fácil, entendeu?! [...] Eu tento manter um ambiente às vezes até para esquecer um pouco do que eles estão vivendo, porque a gente sabe que não é fácil, mas eu tento colocar no lugar deles.

P22- Então, minha reação tem que ser uma reação de empatia, mas também de ter a sensibilidade, mas também de não tomar a dor do outro. Então eu sempre trabalho assim né?! então eu tenho uma sensação de ajudar, de oferecer escuta.

P24- Então a gente acaba se colocando muitas vezes no lugar deles. Então eu sempre costumo falar que a gente é um exercício diário trabalhar a empatia. Então sempre tem que se colocar no lugar, a gente acaba se colocando para que a gente não perca o diferencial nosso enquanto

profissional que é mesmo esse lado humanizado, de pensar como seria se a gente estivesse naquela posição ou enquanto paciente ou até mesmo enquanto familiar, eu vejo mais desta forma.

Em consonância com o encontrado, em pesquisa realizada com enfermeiros poloneses, evidenciou-se a presença da atitude empática em grande parte dos participantes. Os pesquisadores concluíram que quanto maior o nível da empatia pelo estado do paciente, melhor os profissionais lidavam com os problemas psicossociais advindos da assistência prestada a esses e aos familiares, como a raiva e as dificuldades de comunicação (Slusarska, Marciniak, Zarzycka, Bednarek, & Nowicki, 2018).

De fato, quando profissionais de saúde vivenciam com empatia o sofrimento intrínseco à profissão, tornam-se mais propensos a refletirem a cerca das relações que se estabelecem com os pacientes e familiares. Além disso, desenvolvem estratégias que permitem construir outras possibilidades em torno da terminalidade, como uma maior capacidade de viver humanamente com ela em seu local de trabalho. Ademais, procura-se falar sobre a morte dentro do ambiente hospitalar e não mais colocá-la em lugar escamoteado, uma vez que todos morrem e viver consciente de tal permite ao profissional oferecer um cuidado mais próximo ao outro, e a si mais sincero (Monteiro et al., 2015).

Já no que diz respeito à categoria global “*Abordagem sobre a terminalidade*”, evidenciou-se duas categorias específicas “*Vaga*” e “*Clara*”. No tocante a atuação diante do paciente em situação de terminalidade a categoria específica “*Vaga*” foi a mais elencada (68,75%). Em contrapartida, ainda que em relação aos familiares e/ou acompanhantes a categoria específica “*Clara*” foi a mais emergente (66,66%), houve uma parcela considerável de profissionais que também apresentaram em suas falas dificuldades para falar sobre a terminalidade do paciente aos mesmos.

P-16 Então, nunca é falar abertamente isso para o paciente. Nunca nesses onze anos eu fui questionado assim de uma forma direta. Quando me perguntam eu falo: o senhor vai morrer e eu também. Então eu tento agir sempre na maneira bem positiva em relação ao tratamento.

P27- Eu acho que eu e toda a equipe, com certeza isso é uma resposta em comum, nós não somos preparados para lidar, principalmente com a família. É difícil saber o que dizer, como se comportar diante disso. Que a família não aceita, porque a família não aceita. O paciente também não, então a gente não sabe lidar.

P28- Eu lido com ele como se estivesse tudo normal, talvez perguntem como estão, a gente sempre fala que está tudo bem, a gente nunca passa nada, tanto para o paciente quanto para a família que pergunta. A gente nunca assim, no caso é lidar normal né?! como se tivesse tudo bem. Acho que é isso.

De modo semelhante, em estudo realizado por pesquisadores americanos com médicos e enfermeiros, contatou-se abordagem indireta sobre a terminalidade para com os pacientes. Por vezes, alguns profissionais mencionaram utilizar linguagem vaga, eufemismos e reter informações acerca do processo de morrer. Em pesquisa realizada na Inglaterra com profissionais de saúde e cuidadores, evidenciou-se a relutância de alguns profissionais ao falar sobre a terminalidade do paciente aos familiares e/ou acompanhantes, evitando-os (Caswell, Pollock, Harwood, & Porock, 2015; Rodenbach et al., 2015).

Falar sobre a morte ainda é tarefa difícil para grande parte dos profissionais de saúde. Ao se depararem com frequência com a morte do outro no ambiente de trabalho, conscientizam-se acerca de sua própria finitude. No entanto, evitar o tema faz com que a dificuldade em lidar com a situação aumente consideravelmente na assistência prestada aos pacientes e aos familiares. Ao serem questionados sobre a terminalidade, alguns profissionais têm respondido com frases curtas envolvidas pelo medo e receio, devido à sensação de que não há explicação concreta sobre o fenômeno (Barbosa, Massaroni, & Lima, 2016).

Todavia, a dificuldade em falar sobre a morte e o morrer acompanha os profissionais de saúde desde a formação acadêmica, a qual enfatiza a objetividade científica junto com o controle da doença. Em estudo realizado na Suécia, estudantes enfatizaram ser difícil falar com uma pessoa que estava diante da morte. Relataram ser mais complicado falar sobre questões existenciais com o paciente do que sobre questões médicas. Perceberam que não estavam preparados para responderem as perguntas dos pacientes e esperavam que os próprios pudessem encontrar suas respostas (Kovacs, 2010; Osterlind, 2016; Oliveira, et al., 2011).

De acordo com Santana et al. (2013), para que profissionais de saúde modifiquem suas atitudes e percepções acerca da morte e do processo de morrer de pacientes, é imprescindível o conhecimento frente aos cuidados paliativos. Além disso, faz-se necessário o despreendimento de limitações e crenças impostas por padrões culturais vigentes sobre a finitude da vida, a fim de que possam lidar com a morte em seu ambiente de trabalho como um processo que faz parte do viver, sem banalizá-lo.

Ademais, quanto ao preparo acadêmico, a realização de grupos ou núcleos de estudos relacionados ao tema poderiam proporcionar momentos de troca de informações e promoção de uma atenção mais integral aos pacientes e aos familiares. Além disso, permitiriam entendimento da terminalidade de maneira mais consolidada, uma vez que se faz necessária a inclusão de referenciais teóricos relacionados à tanatologia como um tema transversal nas disciplinas dos cursos da área da saúde (Oliveira et al., 2011).

Por fim, frente à categoria global de menor ocorrência “*Comunicação do prognóstico*”, emergiram duas categorias específicas “*Precisa*” e “*Imprecisa*”. Diante da atuação frente aos pacientes fora de possibilidade de cura a categoria “*Precisa*” foi a mais evidenciada (75%). No entanto, a categoria “*Imprecisa*” foi identificada em 25% dos conteúdos, revelando a presença de uma comunicação ineficaz sobre o prognóstico aos pacientes.

P1- Normalmente com o paciente a gente não bate nesta tecla não, tem tanto tempo e tal. O máximo de conforto, o máximo de alegria que a gente puder levar para ele. Ele não precisa saber do meu ponto de vista que ele tem mais uma semana de vida, tem mais um mês né?!

P16- Então, nunca, nunca falar abertamente isso para o paciente [...] mas eu tento com o familiar ser mais direto, porque eles precisam saber, eles precisam se preparar, o paciente não, o paciente ele está tranquilo, ele vai, ele tem que focar no tratamento dele, o familiar sim tem que estar preparado.

P31- A gente não costuma falar diretamente com o paciente, mas eu falo com o acompanhante ou o familiar que está com ele. Se o paciente mostrar durante a consulta, se ele mesmo perguntar ou se eu vejo pelo tipo do paciente que ele deseja saber tudo, aí eu falo tudo com o paciente também, mas geralmente eu falo primeiro com o acompanhante ou com o familiar, explico para depois de acordo com que eles falam, para eu passar se eu falo tudo com o paciente ou se falo uma coisa mais subjetiva.

P35- Os familiares não querem que isso seja discutido. Enfim, aí depende também dos familiares. Então não é uma questão também engessada né?! depende, depende se vai fazer alguma diferença para o paciente eu acho. Se o paciente puder tomar alguma decisão que vai enfrentar na vida dele a gente passa para ele, talvez com certa, a gente não precisa explicar tudo né? não precisa de você explicar muitas das vezes, mas seria o ideal.

P36- Tento ser o mais claro para os dois né?! não escondo nenhuma informação, também não entro na informação do prognóstico em si.

P38- Com o paciente eu tento ser mais sucinto possível.

Pesquisa norte-americana que investigou a prevalência, distribuição e a proporção de discordância prognóstica em 236 pacientes com câncer avançado e seus 38 oncologistas, constatou comunicação imprecisa do prognóstico em grande parte dos participantes. Estudo realizado com 3392 hematologistas certificados pelo conselho japonês e 600 hematologistas que cuidam de pacientes adolescentes com câncer, identificou que se o prognóstico de sobrevivência de um paciente era menor que três meses, os pediatras tinham significativamente menor probabilidade de discutir cuidados de fim de vida com seus pacientes do que os internistas (Gramling, et al., 2016; Yotani, Kizawa, & Shintaku, 2016).

De fato, dificuldades de comunicação sobre o processo de doenças e prognósticos de pacientes têm sido frequentemente evidenciadas entre profissionais de saúde, uma vez que aprendem na academia a buscar a saúde e salvar vidas, e não a lidar com situações de perdas de vitalidade e morte. Todavia, é imprescindível aos pacientes o conhecimento acerca do seu real estado de saúde para que possam participar ativamente do tratamento e tomar decisões conjuntamente com a equipe médica nesse importante momento de suas vidas. Neste caso, é de fundamental importância que ocorra o quanto antes a comunicação do prognóstico aos mesmos, a fim de que possam tomar suas próprias decisões e resolver pendências que julgarem necessárias (Abreu & Fortes, 2014; Geovanini & Braz, 2013; Kubler- Ross, 2005).

Reduzir o atraso na comunicação do prognóstico dos pacientes permite ainda aos familiares e a esses, oportunidades para se despedirem. Possibilita mais tempo para ajudar a completar negócios financeiros e pessoais, assim como planejar os últimos dias de vida. Entretanto, a omissão de informações acarreta consequências que interferirão significativamente na qualidade da relação entre médico e paciente e, especialmente, na maneira como o paciente conduzirá seu tratamento e seus momentos finais de vida (Dong, et al., 2015; Geovanni, 2011).

De acordo com Fallowfield, Jenkins e Beveridge (2002), o silêncio acerca da condição clínica dos pacientes resulta em elevado estado de medo, confusão, ansiedade, ausência de serenidade e segurança. Nega aos mesmos o direito e a oportunidade de reorganizarem e de adaptarem à nova condição de vida. Desta maneira, os pacientes precisam de informações honestas e claras para que possam tomar decisões sobre o local em que preferem que a assistência seja prestada, escolher onde desejam morrer, colocar assuntos pendentes em ordem, fazer pazes, assim como evitar procedimentos terapêuticos invasivos.

Sendo assim, faz-se necessária a comunicação clara e honesta, onde as expectativas e as preocupações dos pacientes sejam consideradas e discutidas. Por meio disso, o difícil

processo de tomada de decisão na última fase da vida tende a ser facilitado, compartilhado e a qualidade do atendimento ao paciente fortalecida. Desta forma, intervenções e estratégias adicionais para uma comunicação eficaz sobre prognóstico são indispensáveis, visto que a comunicação inadequada configura-se como fonte de disparidade em cuidados de fim de vida (Brom, et al., 2015; Gramling, et al., 2016; Kubler- Ross, 2005).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa proporcionou compreender as atitudes de uma equipe de saúde que atua na oncologia diante da morte e do processo de morrer de pacientes. Possibilitou levantar informações acerca das crenças, sentimentos e ações destes profissionais diante da morte de pacientes, suas percepções quanto ao preparo da formação para o enfrentamento desta vivência, bem como analisar as habilidades sociais e resiliência e verificar se havia associação destas com as atitudes diante da morte.

Neste sentido, a partir dos dados obtidos, constatou-se que há entre os profissionais participantes deste estudo atitudes negativas frente à assistência prestada diante da morte e do processo de morrer de pacientes. De modo específico à atuação frente à morte, grande parte dos entrevistados mencionou dificuldade principalmente quando do óbito de crianças, vínculo afetivo e inexperiência profissional. Já uma parcela apontou a naturalidade para lidar com o fenômeno, uma vez que o considerou um ciclo da vida que se finda e que se faz necessário.

Quanto às crenças, sentimentos e ações, grande parte dos participantes concordou que a morte significava perda e angústia, sentir tristeza profunda com a morte dos pacientes e que havia muitos momentos que evitavam e aproximavam dos mesmos. Alguns profissionais relataram sentir mal quando da morte de pacientes, já outros mencionaram sentir bem, devido todo sofrimento vivenciado. Ademais, identificou-se o suporte afetivo para com os familiares e/ou acompanhantes diante do óbito, assim como a importância da psicologia para o acolhimento desses.

Já no que concerne à atuação frente ao processo de morrer, esta foi considerada complexa e desafiadora. A abordagem sobre a terminalidade mostrou-se vaga e parte das vezes enganosa, assim como a comunicação do prognóstico. Identificou-se como variáveis indispensáveis à assistência prestada aos pacientes e aos familiares e/ou acompanhantes o suporte afetivo, a espiritualidade e a empatia.

Em relação ao preparo da formação para o enfrentamento da terminalidade, a maioria dos profissionais consideraram que não foram capacitados para atuar frente à morte e o processo de morrer de pacientes.

Não obstante, ainda foi possível identificar que 29% dos entrevistados obteve repertório inferior de HS, apontando a necessidade de THS neste público específico. Verificou-se que embora grande parte dos participantes obteve moderado índice de

resiliência, uma pequena parcela apresentou níveis de resiliência abaixo da média, apontando a necessidade de intervenções. E, por fim, evidenciou-se a existência de correlação negativa entre os escores relativos à atitude negativa diante da morte de pacientes, HS e resiliência, visto que o aumento do nível de atitude negativa diante da morte de pacientes esteve relacionado a um menor nível de habilidade social e a capacidade de lidar com adversidades.

No entanto, ressalta-se que embora a presente pesquisa possa ter contribuído para compreender as atitudes de profissionais de saúde da oncologia diante da morte e do processo de morrer de pacientes, deve-se ater às limitações nela presentes. Desta maneira, salienta-se que os dados encontrados não podem ser generalizáveis, uma vez que a amostra investigada possui características distintas de outras regiões do país. Destaca-se também que ao ter utilizado medidas de autorrelato, esta pode ter gerado um viés relacionado à desejabilidade social. Além disso, algumas pesquisas citadas ao longo deste estudo utilizaram diferentes instrumentos para avaliar a resiliência e as atitudes, dificultando a comparabilidade dos dados. Sendo assim, a fim de generalizar essas descobertas, é necessário o aprofundamento por meio de estudos longitudinais, que envolvam outros hospitais e regiões geográficas do país.

Estudar cuidadores profissionais da oncologia tem o potencial de aprimorar os apoios e os serviços disponíveis para pessoas afetadas pelo câncer, ao mesmo tempo em que permite um olhar atento às problemáticas desses (Kubler- Ross, 2005). Assim, o estudo, ao ter problematizado as atitudes de profissionais de saúde diante da morte e do processo de morrer de pacientes tende a colaborar para que futuras intervenções possam ser traçadas, direcionadas ao desenvolvimento de habilidades específicas nesses profissionais com foco no melhor enfrentamento da terminalidade, bem como a oferta de medidas preventivas e promotoras acerca da saúde do profissional da oncologia no país.

REFERÊNCIAS

- Afonso, L. A., Carvalho, L. L., Grincenkov, F. R. S. (2018). Atitudes de profissionais da Oncologia diante da morte: revisão sistemática. *Rev. SBPH* vol. 21 no. 2, Rio de Janeiro – Jul./Dez.
- Aguiar, I. R., Veloso, T. M. C., Pinheiro, A. K. B., & Ximenes, L.B. (2006). O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paul Enferm*; 19 (2) :31-137
- Aldaz, B. E., Treharne, G. J., Knight, R. G., Conner, T. S., & Perez, D. (2016). Oncology healthcare professionals' perspectives on the psychosocial support needs of cancer patients during oncology treatment. *Journal of Health Psychology*. June 5.
- Alencar, D. C., Carvalho, A. T., Macedo, R. L., Amorim, A. N. M. E., Martins, K. L. A., & Gouveia, M. T. O. G. (2017). Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase. *J. res.: fundam. care*. Online. out./nov. 9(4): 1015-1020.
- Almeira, F. A., Funes, M. M., & Moraes, M. W. (2018). A Vivência do Enfermeiro no Processo de Morte e Morrer do Paciente com Câncer. *Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2*. Atas CIAIQ.
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *Psicol. Argum*, jul./set., 27 (58), 253-260
- Araújo, M. M. T., & Silva, M. J. P. (2003). *Comunicando-se com o paciente terminal*. *Rev. Soc. Bras. Câncer*, V. 6, n. 23, p. 16-20.
- Araújo, M. M. T. (2009). *A comunicação no processo de morrer*. In Santos, F. S (Org.), *Cuidados Paliativos Discutindo a vida, a morte e morrer*. São Paulo: Atheneu.
- Ariés, P. (2014). *O Homem diante da morte*. São Paulo: Unesp.
- Arrieira, I. C. O., Thofehn, M. B., Porto, A. R., & Palma, J. S. (2011). Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados Paliativos às pessoas com câncer. *Ciência, Cuidado e Saúde*; 10(2): 314-21
- Atkinson, P. A., Martin, C. R., & Rankin, J. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 137–145.
- Azeredo, N. S. G., Rocha, C. F., & Carvalho, P. R. A. (2011). O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1): 37-43.
- Azeredo, N. S. G. (2016). *O cuidado com o luto para além das portas das unidades de terapia intensiva: uma aposta e uma proposta*. (Tese de doutorado). Universidade Federal

Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria. Porto Alegre

- Bandeira, M., Costa, M. N., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Gerke-Carneiro, E. (2000). Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia*, 5(2), 401-419.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barbosa, G. S. (2006). *Resiliência em professores do ensino fundamental de 5ª a 8ª série: validação e aplicação do “questionário do índice de resiliência: adultos – REIVICH-SHATÉ/BARBOSA”*. (Tese de doutorado). Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica- PUC, São Paulo.
- Barbosa, A. G. C., Massaroni, L., & Lima, E. F. A. (2016). Significados do processo do morrer e da morte para a equipe multiprofissional. *Rev Pesq Cuidado é Fundamental*. 2016; 8(2):4510-7.
- Barletta, J. B. et al. (2015). *Situações consideradas difíceis no atendimento médico e as habilidades sociais: reflexões sobre o ensino e a formação profissional*. In: DEL PRETTE, Z.A. et al. *Habilidades Sociais: diálogos e intercâmbios sobre pesquisa e prática*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Barret, M. (2010). *Questões práticas e éticas do projeto de pesquisa*. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw & J. A. Smith (Orgs.), *Métodos de pesquisa em psicologia* (pp. 42-63). Porto Alegre: Artmed.
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 603–612.
- Bastos, R. A., Quintana, A. M., Carnevale, F. (2018). Angústias Psicológicas Vivenciadas por Enfermeiros no Trabalho com Pacientes em Processo de Morte: Estudo Clínico-Qualitativo. *Trends Psychol.*, Ribeirão Preto, vol. 26, nº 2, p. 795-805 – Junho.
- Bernardes, C., Bitencourt, J. V. O. V., Parker, A. G. Luz, K. L., & Vargas, M. A. O. (2014). Percepção de enfermeira(o)s frente ao paciente oncológico em fase terminal. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 28, n. 1, p. 31-41, jan./abr.
- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2014). The doctor's role in helping dying patients with cancer achieve peace: A qualitative study. *Palliat Med* published online 9 June 2014 The online version of this article can be found at: <http://pmj.sagepub.com/content/early/2014/05/28/0269216314536455>.
- Bianchini, D. C. S., & Dell'Aglio, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia*, 16(35), 427-436.
- Boemer, M. R. *O fenômeno da morte: o pensar, o conviver e o educar*. (1989). (Tese Livre-Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- Bolsoni- Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 227-235.
- Bolsoni-silva, A. T.; Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em revista*, v. 16, n. 2, p. 330-350.
- Borges, M. S., & Mendes, N. (2012). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev Bras Enferm*, Brasília 65(2): 324-31.
- Breen, L. J., O'Connor, M., Hewitt, L. Y., & Lobb, E. A. (2014). The “Specter” of Cancer: Exploring Secondary Trauma for Health Professionals Providing Cancer Support and Counseling. *Psychological Services*, Vol. 11, No. 1, 60–67.
- Browall, M., Henoeh, I., Johansson, C. M., Strang, S., & Danielson, E. (2014). Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 636-644.
- Brom, L., De Snoo-Trimp, J. C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Widdershoven, G. A. M., Stiggelbout, A. M., & Pasman, H. R. W. (2015). Challenges in shared decision making in advanced cancer care: a qualitative longitudinal observational and interview study. *Health Expectations*, 20(1), 69–84.
- Caballo, V. E. (2010). *Manual de avaliação e treinamento das Habilidades Sociais*. São Paulo: Santos.
- Caballo, V. E. (1996). *O treinamento em habilidades sociais*. In: V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*, p 361-398, São Paulo: Santos.
- Canelas, R. S. (2004). *A resiliência de crianças em situação de risco em programas sócio educativos de Belo Horizonte*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 49.
- Cano, D. S., & Moré, C. L. O. O. (2016). Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Médicos Oncologistas Clínicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jul-Set 2016, Vol. 32 n. 3, pp. 1-10.
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 119-126.
- Carvalho, L. S., Oliveira, M. A. S., Portela, S. C., Silva, C. A., Oliveira, A. C. P., & Camargo, C. L. (2006). A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, V.14, n.4, p.551-557, out/dez.
- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14(1).

- Cavazza, N. (2008). *Psicologia das atitudes e das opiniões*. São Paulo: Loyola.
- Cavalcante, C. M. (2006). *Relações interpessoais na atenção à saúde mental de crianças residentes em lares substitutos*. (Dissertação Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- Cevik, B., & Kav, S. (2013). Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nurs.* 36 (6), E58-E65.
- Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S., & Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. *Nurse Education Today*. Ynedt, doi:10.1016/j.nedt.2018.10.002
- Costa, M. H. A., Devichi, T. A. R., Fernandes, V. A., Silva, M. A. X. M., & Assis, M. A. (2016). *Julgamento clínico em enfermagem: a contextualização do desenvolvimento de competências e habilidades*. *Educação e Ciência para a cidadania global*. XX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VII Encontro de Iniciação à Docência – Universidade do Vale do Paraíba.
- Costa, A. P., Poles, K., & Silva, A. E. (2016). Palliative care education: experience of medical and nursing students. *Communication health and education*; 20(59):1041-52.
- Costa, J. C.; Lima, R. A. G. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157.
- Dancey, C.P., Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Penso. 5ª ed.
- Dahn, H., McGibbon, A., & Bowes, D. (2019). Burnout and Resiliency in Canadian Oncology Residents: A Nationwide Resident and Program Director Survey. *Practical Radiation Oncology*: January-February.
- Del Prette, Z. A. P.; Del Prette, A.; Barranto, M. C. (1998). Análise de um inventário de habilidades sociais (IHS) em uma amostra de universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 14, n. 3, p. 219-228.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e Educação* (3ª ed.). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001a). *Inventário de habilidades sociais: Manual de apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A.; Del Prette, Z. A. P. (2001b). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2003). *Habilidades Sociais, Desenvolvimento e Aprendizagem*. Campinas, SP: Editora Alínea.

- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2005). *Psicologia das Habilidades Sociais na infância*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). Psicologia educacional, forense e com adolescente em risco: prática na avaliação e promoção de habilidades sociais. *Avaliação Psicológica*, 5(1), pp. 99-104.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2011). *Habilidades Sociais: Intervenções efetivas em grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Domingues, G. R., Alves, K. O., Carmo, P. H. S., Galvão, S. S., Teixeira, S. S., & Balduino, E. F. (2013). A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 02-24.
- Dong, F., Zheng, R., Chen, X., Wang, Y., Zhou, H., & Sun, R. (2015). Caring for dying cancer patients in the Chinese cultural context: A qualitative study from the perspectives of physicians and nurses. *European Journal of Oncology Nursing* 1- 8.
- Durante, A. (2014). *Cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer do enfermeiro*. (Dissertação Mestrado) – Pós Graduação em Enfermagem- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro: UNIRIO.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*, Orlando, Fla., HBJ College Publishers.
- Enzinger, A. C., Zhang, B., Schrag, D., Prigerson, H. G. (2015). Outcomes of prognostic disclosure: associations with prognostic understanding, distress, and relationship with physician among patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 33(32):3809-3816
- Faria, N. C. (2017). *O Processo de morte e morrer de pessoas com câncer, em diferentes contextos, sob o olhar dos profissionais de saúde* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Faria, P. C., Moro, M. L. F., & Brito, M. R. F. (2008). Atitudes de professores e futuros professores em relação à Matemática. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 257-265.
- Fallowfield, L. J., Jenkins, V. A., & Beveridge, H. A. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med*;16 (4):297-303.
- Falcão, M. E. O., & Martins, A. C. S. (2011). *O sofrimento frente à morte e o morrer de pacientes oncológicos terminais: percepções e sentimentos*. (Dissertação de mestrado profissionalizante). Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva, Faculdade Estácio de Sá, Juiz de Fora.
- Fazio, R. H., Powell, M., & Williams, C. J. (1989). The Role of Attitude Accessibility in the Attitude-to-Behavior Process. *Journal of consumer research*, Vol. 16, December, p. 280-288.

- Figueiredo, M. T. A. (2006). *Cuidado Paliativo- MTAF*. In: Figueiredo, M. T. A. Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia. São Paulo: Setor de Cuidados Paliativos da Disciplina de Clínica Médica da Unifesp (Ambulatório de Cuidados Paliativos), p. 28-29. Disponível em: http://www.nutrabem.in.br/cuidadospaliativos_e_tanatologia.pdf. Acesso em 10 de Abril de 2018.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). Predicting and changing Behavior The Reasoned Action Approach. *Psychology Press*, New York, NY.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior. An introduction to theory and research, Reading, Mass, Addison- Wesle.
- Fitaroni, J. BB. (2016). *Morte nos cuidados paliativos: representações sociais da equipe multidisciplinar*. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Florianópolis.
- Flick, U. (2009). *Introdução á pesquisa qualitativa* (3a ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1995).
- França, K. H. D. P. (2017). *O aprendizado para a prática do cuidado paliativo em oncologia sob a ótica dos enfermeiros*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
- Freitas, F. R. N. N., Freitas, D. N., Araújo, Z. A. M., Cavalcante, K. C., Silva, L. M., Ferreira, B. O., ..., Pessoa, E. V. M. (2018). A morte e o morrer: representações de graduandos em medicina. *REAS/EJCH* | Vol. 11 (1) | e56
- Fundação Cristiano Varella. (2018). Institucional. Fundação. História. Disponível em: <http://www.fcv.org.br/site/conteudo/detalhe/87>. Acesso em 8 de fevereiro de 2018.
- Fu, C.Y., Yang, M. S., Leung, W., Liu, Y. Y., Huang, H. W., & Wang, R. H. (2018). Associations of professional quality of life and social support with health in clinical nurses. *J Nurs Manag*.26:172–179.
- Funk, L. M., Peters, S., & Roger, K. S. (2017). The Emotional Labor of Personal Grief in Palliative Care: Balancing Caring and Professional Identities. *Qualitative Health Research*, 27(14), 2211–2221.
- Geovanni, F. (2011). *Notícias que (des) enganam: o impacto da revelação do diagnóstico e as implicações éticas na comunicação de más notícias para pacientes oncológicos*. (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro.
- Geovanini, F., & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em Oncologia. *Rev. bioét.* (Impr.); 21 (3): 455-62.
- Gillman, L., Adams, J., Kovac, R., Kilcullen, A., House, A., & Doyle, C. (2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for

- adultpatients with malignancy: a comprehensivesystematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*: May - Volume 13 - Issue 5 - p 131–204.
- Gomes, S. M. R. (2014). *O luto em enfermeiros expostos à morte dos doentes: a realidade do ipocfg, e.p.e.* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal.
- Góis, A. R. S., & Abrão, F. M. S. (2015). O processo de cuidar do enfermeiro diante da morte. *Rev Enferm UFSM Jul./Set.*;5(3):415-425.
- Gutierrez, B. A. O., & Ciampone, M. H. T. (2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Rev Esc Enferm, USP*, 41(4): 660-7.
- Gramling, R., Fiscella, K., Xing, G., Hoerger, M., Duberstein, P., & Plumb, S., Mohile, S., Fenton, J. J., MD, Tancredi, D. J., Kravitz, R. L., Epstein, R. M. (2016). Determinants of Patient-Oncologist Prognostic Discordance in Advanced Cancer. *JAMA Oncology* Published online July 14.
- Granek, L., Bartels, U., Scheinmann, K., Labrecque, M., & Barrera, M. (2015). Grief Reactions and Impact of Patient Death on Pediatric Oncologists. *Pediatr Blood Cancer*; 62:134–142
- Gresham, F. M. (1981). Social Skills training with handicapped children: A review. *Review of Educational Research*, 51, 139- 176.
- Gresham, F. M. (2017). *Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais*. In: Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. Psicologia das Habilidades Sociais Diversidade teórica e suas implicações. 3ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 17-66.
- Hayasida, N. M. A., Assayag, R. H., Figueira, I., & Matos, M. G. (2014). Morte e luto: competências dos profissionais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), pp.112-121.
- Higginson, I., & Constantini, M. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European Journal of Cancer*, 44; 1414 – 1424.
- Higginson, I., & Evans, C. J. (2010). What Is the Evidence That Palliative Care Teams Improve Outcomes for Cancer Patients and Their Families?. *The Cancer Journal & Volume 16, Number 5, September/October*.
- Hlubocky, F. J., Rose, M., & Epstein, R. M. (2017). Mastering Resilience in Oncology: Learn to Thrive in the Face of Burnout. Resilience: approach to prevent and combat burnout in oncology. Downloaded from ascopubs.org by 177.44.150.26 on April 9, 2019 from 177.044.150.026.
- Hui, D., & Bruera, E. (2015). Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Clinical Oncology*. doi:10.1038/nrclinonc.2015.201 Published online 24 Nov.

- Ingebretsen, L. N., & Sagbakken, M. (2016). Hospice nurses' emotional challenges in their encounters with the dying. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11:1, 31170.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2007). Proposed Taxonomy Changes. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Questionários eletrônicos. Censo 2010. Questionários, disponível em: http://censo2010.ibge.gov.br/images/pdf/censo2010/questionarios/questionario_basico_cd2010.pdf.
- Instituto Nacional de Câncer. (2018). Câncer. Tratamento. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>. Estatística do Câncer. Incidência. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Introdução. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp>. Acesso em 27 de março de 2018.
- Junqueira, M. F. P. S., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(1):227-235, jan-fev.
- Langaro, F., Fagundes, S. G. S., & Beck, V. C. B. (2017). Frente entre a dor e o sofrimento: o trabalho do profissional de saúde na perspectiva do existencialismo sartreano. *RIES*, ISSN 2238-832X, *Caçador*, v.6, nº 2, p. 202-216.
- Lima, M. L. P. (1993). *Atitudes*. In Vala, J., Monteiro, M. B. Psicologia Social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-31-0595-0. p.167-199.
- Longuinieri, A. C. F., Yarid, S. D., & Silva, E. C. S. (2018). Influence of the religiosity/spirituality of health professionals on critical-patient care. *Rev Cuid.* 9(1): 1961-72.
- Kav, S., Citak, E. A., Akman, A., & Erdemir, F. (2013). Nursing students' perceptions towards cancer and caring for cancer patients in Turkey. *Nurse Education in Practice*, 13, 4-10.
- Koga, A. C. B. C., Araújo, E. A S., & Rodrigues, M. S. (2018). Análise das habilidades sociais dos alunos de um curso universitário na área da saúde: impactos na atuação profissional. *LAJBM* • v. 9, n. 1, p. 288-310, jan-jun.
- Koh, S. J., Kim, S., & Kim, J. (2016). Communication for end-of-life care planning among Korean patients with terminal cancer: A contextoriented model. *Palliative and Supportive Care*, 14, 69–76.
- Kovács, M. J. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, São Paulo, V. 34, n. 4, p. 420-429, ago. 2010.
- Kovács, M. J. (2005). Educação para a Morte. *Psicologia ciência e profissão*, 25 (3), 484-497.

- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 34(4): 420-429.
- Kovács, M., Kovács, E., & Hegedu's, K. (2010). Is emotional dissonance more prevalent in oncology care? Emotion work, burnout and coping. *Psycho-Oncology*, 19, 855–862
- Kovács, M. J. (2012). *Educação para a morte desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a morte e o morrer* (Paulo Menezes, Trad.). São Paul: Martins Fontes.
- LeBlanc, T. W., & El-Jawahri, A. (2015). When and why should patients with hematologic malignancies see a palliative care specialist? *Hematology*, 471-478.
- Lima, M. L. F. REGO, S. T. A., & Siqueira-Batista, R. (2015). Processo de tomada de decisão nos cuidados no fim da vida. *Revista Bioética*, Brasília, v.23, n.1, p.31-39.
- Lima, M. G. R., & Nietscche, E. A. (2016). Ensino da morte por docentes enfermeiros: desafio no processo de formação acadêmica. *Rev Rene*. jul-ago; 17(4):512-9.
- Lima, M. J. V., & Andrade, N. M. (2017). A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. *Saúde Soc. São Paulo*, v.26, n.4, p.958-972.
- Lopes, V. R.; Martins, M. do C. F. (2011). Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para brasileiros. *Psicologia: organizações e trabalho*, v. 11, n. 2, p. 36-50, 2011.
- Luz, K. R., Vargas, O. A. M., Barlem, E. L. D., Schmitt, P. H., Ramos, F. R. S., & Meirelles, B. H. S. (2016). Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da Oncologia na alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 67- 71.
- Machado, M. H. et al. (2010). Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio.
- Machado, R. S., Lima, L. A. A., Silva, G. R. F., Monteiro, C. F. S., & Rocha, S. S. (2016). Finitude e morte na sociedade ocidental: uma reflexão com foco nos profissionais de saúde. *Revista Cultura de Los Cuidados* 2º Cuatrimestre , Año XX - N.º 45.
- Mack, J. W., & Joffe, S. (2014). Communicating about prognosis: Ethical responsibilities of pediatricians and parents. *Pediatrics*, 133, S24-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-3608E>.
- Mack, J. W. Chen K., & Boscoe, F. P. et al. (2015). High intensity of end-of-life care among adolescent and young adult cancer patients in the New York state Medicaid program. *Medical Care*; 53: 1018–26.

- Martins, A. A. (2007). A Consciência de finitude, sofrimento e espiritualidade. *O mundo da saúde*, São Paulo, V.04, n.53, p.174-178, abril-junh.
- Mazur, E., Dobrowolska, B., Rabiasz, R., & Pilewska-kozak, A. (2018). Opinions of nursing and medical students before the end of their university education on their preparation for work with the dying patient. *Pol J Public Health*;128(3).
- Menegócio, A. M., Rodrigues, L., & Teixeira, G. L. (2015). Enfermagem Oncologia: Relação de Afetividade ou Meramente Técnica? *Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde*, v.19, n.3, p. 118-123.
- Miranda, J. M., & Soares, A. B. (2014). Habilidades sociais e autoeicácia de médicos e enfermeiros: um estudo comparativo. *Revista de Ciências Humanas*, v. 48, n. 1, pp. 138-153, abr.
- Mota, M. S., Gomes, G. C., Coelho, M. F., Filho, W. D. L., & Sousa, L. D. (2011). Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online) vol.32 no.1 Porto Alegre Mar.
- Montezeli, J. H., & Haddad, M. C. F. L. (2016). social skills and professional practice in nursing. *Cienc Cuid Saude*. Jan/Mar; 15(1):1-2.
- Montezeli, J. H., Haddad, M. C. F. L., Peres, A. M., & Matsuda, L. M. (2018). Approximations between social skills, nursing care management and complex thinking. *Rev Min Enferm*; 22: e-1092.
- Mori, M., Shimizu, C., Ogawa, A., Okusaka, T., Yoshida, S., & Morita, T. (2015). A National Survey to Systematically Identify Factors Associated With Oncologists' Attitudes Toward End-of-Life Discussions: What Determines Timing of End-of-Life Discussions? *The Oncologist*, 20:1–8.
- Murali, K., Makker, V., Lynch, J., Banerjee, S. (2018). From Burnout to Resilience: An Update for Oncologists. *Asco educational book* asco.org/edbook
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social*. Vol. I. Lisboa: Universidade Aberta, 695p. ISBN 972-674-219-6.
- Novaes, M. R. C. G., & Trindade, E. M. (2007). A morte e o morrer: considerações bioéticas sobre eutanásia e a finitude da vida no contexto da relação médico- paciente. *Com. Ciências Saúde*, v.18, n.1, p. 69-77.
- Nunes, E. C. D. A., & Santos, A. A. (2017). Challenges of nursing teaching-learning to care for human dying - professors' perceptions. *Escola Anna Nery* 21(4).
- Odejide, O. O., Cronin, A. M., Condrón, N. B., Fletcher, S. A., & Earle, C. C., Tulskey, J. A., Abel, G. A. (2016). Barriers to Quality End-of-Life Care for Patients With Blood Cancers. *J Clin Oncol* 34:3126-3132.

- Oliveira, J. H. B. (1998). *Viver a Morte: abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina, 1998. 256p. ISBN: 972-40-1063-5.
- Oliveira, S. G., Quintana, A. M., Budó, M. L. D., Bertolino, C. C. O., & Kruse, M. H. L. (2011). A formação do enfermeiro frente às necessidades emergentes da terminalidade do indivíduo. *R. Enferm. UFSM* Jan/Abr; 1(1):97-102
- Oliveira, M. F. Luginger S.; Bernado, A.; Brito M.(2004). Morte – intervenção psicológica junto da família do paciente terminal. Acesso em 10 out. 2012: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/IntervencaoPsicologicaJuntoaFamiliadoPacient eTerminal.pdf>.
- Osterlind, J., Prah, C., Westin, L., Strang, S., Bergh, I., Henoch, I., ... Ek, K. (2016). Nursing students' perceptions of caring for dying people, after one year in nursing school. *Nurse Education Today*, 41, 12–16.
- Organization for Economic Co-Operation and Development. (2017). Gender Equality. Data. Women make up most of the health sector workers but they are under-represented in high-skilled jobs. Disponível em: <http://www.oecd.org/gender/data/women-make-up-most-of-the-health-sector-workers-but-they-are-under-represented-in-high-skilled-jobs.htm> Acesso em 02 de Abril de 2019.
- Paal, P., Roser, T., & Frick, E. (2015). Spiritual care training provided to healthcare professionals: a systematic review. *J Pastoral Care Counsel*. 69(1): 19-30.
- Paludo, S., & Koller, S. H. (2011). *Psicologia positiva, emoções e resiliência*. In Dell'Aglio, D. D., Koller, S. H., Younes, M. A. M. (2011). *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*.(pp. 69-86). São Paulo. Casa do Psicólogo.
- Parentoni, C. C. (2015). *Atuação do enfermeiro diante da terminalidade e morte da criança e do adolescente com câncer em cuidados paliativos*. (Dissertação mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.
- Pawlowytsch, P. W. M., & Kowalski, E. (2017). O entendimento da morte para profissionais de saúde de um hospital geral de Santa Catarina. *Saúde Meio Ambient*. v. 6, n. 2, p. 28-38, jul./dez.
- Penha, R. M., & Silva, M. J. P. (2012). Meaning of Spirituality for Critical Care Nursing. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 21(2): 260-8.
- Perboni, J. S., Zilli, F., & Oliveira, S. G. (2018). Profissionais de saúde e o Processo de morte e morrer dos Pacientes: uma revisão integrativa, *Pers. bioét*. 22(2): 288-302.
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, V. 29, n. 4, p. 491-509, abr.

- Pfeil, T. A., Laryionava, K., Theil, S. R., Hiddemann, W., & Winklerb, E. C. (2015). What Keeps Oncologists From Addressing Palliative Care Early on With Incurable Cancer Patients? An Active Stance Seems Key. *The Oncologist*, Jan; 20(1):56-61.
- Penha, L. A. S., Heck, E. T. S., Neto, S. B. C., & Silva, F. G. (2016). Avaliação das habilidades sociais de residentes de um hospital universitário. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 162-178.
- Pereira, C. P., & Lopes, S. R. A. (2014). O processo do morrer inserido no cotidiano de profissionais da saúde em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. SBPH* vol.17 no. 2, Rio de Janeiro – Ago./Dez.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Mai-Ago, Vol. 20 n. 2, pp. 135-143.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. O., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (2):436-448.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia, Campinas* I 25(3), p. 408, 405-416, julho – setembro.
- Prosser, S. J., Metzger, M., & Gulbransen, K. (2017). Don't Just Survive, Thrive: Understanding How Acute Psychiatric Nurses Develop Resilience. *Arch Psychiatr Nurs*, 31, 171-176. doi:10.1016/j.apnu.2016.09.010
- Quadros, A. (2012). *Resiliência em oncologia: um olhar sobre a práxis do enfermeiro*. (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação, Porto Alegre.
- Quintana, A. M., Kegler, Santos, M. S., & Lima, L. D. (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*, 16(35), 415-425.
- Renata P. Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2): 436- 448, mar-abr.
- Recco, D. C., Luiz, C. B., & Pinto, M. H. (2005). O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. *Arq Ciênc Saúde*, 12(2): 85-90.
- Reppold, C. T., Mayera, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 248-255.
- Reis, J. J. (1997). *O cotidiano da morte no Brasil Oitocentista*. In: ALENCASTRO, Luiz Felipe de (org). História da Vida privada no Brasil – vol. 1 – São Paulo: Cia. das Letras, p. 96-141.

- Resolução nº 510 de 07 de Abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acessado em 16 de Novembro de 2017.
- Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acessado em 16 de Novembro de 2017.
- Ribeiro, A. C. A., Mattos, B. M., Antonelli, C. S., Canêo, L. C., & Júnior, E. G. (2011). Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 4, p. 623-633, out./dez.
- Rodenbach, R. A., Rodenbach, K. E., Mohamedtaki, T. A., & Epstein, R.M. (2015). Relationships Between Personal Attitudes About Death and Communication with Terminally Ill Patients: How Oncology Clinicians Grapple with Mortality. *Patient Education and Counseling* <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.010>.
- Rodenbach, R. A., Brandes, K., Fiscella, K., Kravitz, R. L., Butow, P. N., Walczak., ...Epstein, R. M. (2017). Promoting End-of-Life Discussions in Advanced Cancer: Effects of Patient Coaching and Question Prompt Lists. *J Clin Oncol* 35. © by American Society of Clinical Oncology.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (2014). *Psicologia Social*. 31. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Rodrigues, J. C., (2006). *Tabu da Morte*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rodrigues, J. C. (1983). *Tabu da Morte*. Rio de Janeiro: Achiamé.
- Rooke, M. I. (2015). Aspectos conceituais e metodológicos da resiliência psicológica: uma análise da produção científica brasileira. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 671-687.
- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). *Cognitive, affective, and behavioural components of attitudes*, in Attitude organization and change, organizado por Hovland, C. I., & Rosenberg, M. J, New Haven, Conn., Yale University Press.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, p. 600, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Amer. J. Orthopsychiat*, 57(3), July, 316-331.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Journal of adolescent health*, 14:626-631.
- Santos, M. A., & Hormanez, M. (2013). Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (9): 2757-2768.

- Santos, L. R. G., Menezes, R. P., & Gradwohl, S. M. O. (2013). Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9):2645-2651.
- Santos, F. S. (2009). *Cuidados Paliativos discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo, Atheneu.
- Santos, N. A. R., Santos, J., Silva, V. R., & Passos, J. P. (2017). Estresse Ocupacional na Assistência de Cuidados Paliativos em Oncologia. *Cogitare Enferm*, (22) 4: e50686.
- Santana, J. C. B., Santos, A. V., Silva, B. R., Oliveira, D. C. A., Caminha, E. M., Peres, F. S., Andrade, C. C. D., & Viana, M. B. O. (2013). Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas. *Rev. bioét.* 21 (2): 298-307.
- Sartori, A. V., & Battistel, A. L. H. T. (2017). A abordagem da morte na formação de profissionais e acadêmicos da enfermagem, medicina e terapia ocupacional. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 25, n. 3, p. 497-508.
- Silva, L. C. (2009). O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Psicol. Am. Lat.* [online], 16(6), Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2009000100007.
- Silva, A. R. S., Indalécio, E. B., & Gomes, M. G. (2017). Contribuições da terapia cognitiva comportamental no treinamento das habilidades sociais. *Rev. Saberes UNIJIPA*, Ji-Paraná, Vol 6 nº 1 Jul/Dez 2017 ISSN 2359-3938.
- Silva, E. F., Cardoso, L. C. C., & Santos, D. B. C. (2018). Atuação da enfermagem a família frente ao paciente em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit | Aracaju | v. 5 | n. 1 | p. 133-144 | Out*.
- Silva, R. S., Amaral, J. B., & Malagutti, W. (2013). *Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte*. São Paulo (SP): Martinari.
- Shanafelt T, & Dyrbye, L. (2012). Oncologist burnout: causes, consequences, and responses. *J Clin Oncol.* 2012; 30: 1235– 41.
- Schumacher, B. N. (2009). *O Confronto com a morte*. São Paulo: Edições Loyola.
- Ślusarska, B., Marciniak, A., Zarzycka, D., Bednarek, A., & Nowicki, G. J. (2018). The impact of nurses' empathy levels on the assessment of difficulty in caring for patients with cancer. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, No.2.
- Souza, L. G. A., & Boemer, M. R. (2005). O cuidar em situação de morte: algumas reflexões. *MedicinaRibeirão Preto* [Internet]. Available from: <http://revista.fmrp.usp.br/>
- Souza, M. T. S., & Cerveny, C. M. O. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, Vol. 40, Num. 1 pp. 119-126.

- Souza, C. N., Freitas, N. L. O. , & Sampaio, A. (2014). A importância da tanatologia na formação dos acadêmicos de enfermagem. Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, ICESP, Faculdades Promove de Brasília, pp. 1-14. Disponível em: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/ebff01c0d7cc727b86ae1936613cb.
- Tang, L., Pang, Y., He, Y., Chen, Z., & Leng, J. (2018). Burnout among early-career oncology professionals and their risk factors. *Psycho-Oncology*, 27:2436–2441.
- Tanriverdi, O. (2013). A medical oncologist's perspective on communication skills and burnout syndrome with psycho-oncological approach (To die with each patient one more time: the fate of the oncologists). *Med Oncol*, 30: 530.
- Tojal, A. P. L (2011). *Atitude do enfermeiro perante a morte*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- The Economist Intelligence. (2015). Summary. Health Care. Disponível em: <http://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>. Acesso em 15 de Abril de 2018.
- Thomas, W. I., Znaniecki, F. (1918). *The Polish peasant in Europe and America*, Boston, Mass., Badger; trad. It. *Il contadino polacco in Europa e America*, Milão, Comunità.
- Abreu, C. B. B., & Fortes, P. S. (2014). Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. *Rev. bioét.* (Impr.). 2014; 22 (2): 299-308.
- Trentin, R. (1991). *Gli atteggiamenti social. Teoria e ricerca*, Turim, Bollati Boringhieri.
- Vasconcelos, E. V., Freitas, K. O., Silva, S. E. D., Baia, R. S. M., Tavares, R. S., Araújo, J. S. (2016). The daily life of relatives of patients admitted in icu: a study with social representations. *J. res. care online*. apr./jun. 8 (2): 4313-4327
- Vieira, A. G., & Waischung, C. D. (2018). Atuação do Psicólogo Hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. *Rev. SBPH* vol. 21 no. 1, Rio de Janeiro – Jan./Jun.
- Villa, M. B., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2007). Habilidades sociais conjugais e filiação religiosa: um estudo descritivo. *Psicologia em Estudo*, 12 (1), 23-32.
- Villa, K. F. (2011). Cuidados paliativos: evolución y desarrollo en cuba. *Enfermería Global*; v. 10; n. 21; p.1-10.
- Vicensi, M. C. (2016). Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. *Rev. bioét.* (Impr.); 24 (1): 64-72.
- Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17 (2), 105-113.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178.

- Ward, W. L., Castleberry, A., & Boden, C. J. (2019, in press). *Building resilience in healthprofessional trainees*. In T. Carter, C. J. Boden., & K. Peno (Eds.), *Transformative learning in professional learning contexts: Building resilient professional identities forwork-based practice*. Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- World Health Organization - WHO. (2018). Programmes. Câncer. Key facts about câncer. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/en/>. Acesso em 26 de março de 2018. Definition of palliative care. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em 08 de Abril de 2018.
- Yellen, S. B., Burton, L. A.; & Elpern, E. (1992). Communication about advance directives: are patients sharing information with physicians? *Camb. Q. Healthc Ethics*, V. 1, n. 4, p. 377-387.
- Yotani, N., Kizawa, Y., & Shintaku, H. (2016). Differences between Pediatricians and Internists in Advance Care Planning for Adolescents with Cancer. *The Journal of Pediatrics*. December 28.
- Yunes,M. A. M., & szymanski, H. (2001). *Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas*. Tavares, J. (org). Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez, p. 16 e 49.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo, Maringá*,v.8, num. esp., p. 75-84.
- Yu, F., Raphael, D., Mackay, L., Smith, M., & King, A. (2019). Personal and Work-Related Factors Associated with Nurse Resilience: A Systematic Review, *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.014>
- Zanna, M. P. (1990). "Attitude Function: Is It Related to Attitude Structure?", in NA - advances in Consumer Research Volume 17, eds. Marvin E. Goldberg, Gerald Gorn, and Richard W. Pollay, Provo, UT : Association for Consumer Research, Pages: 98-100. Disponível em: <http://acrwebsite.org/volumes/7003/volumes/v17/NA-17>. Acesso em 09 de Abril de 2018.
- Zautra, A. J., & Reich, J. W. (2011). *Resilience: the meanings, methods, and measures of a fundamental characteristic of human adaptation*. In Folkman, S. (Ed.), *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. (pp. 173-185). New York, USA: Oxford University Press.
- Ziegler J. (1997). *Os vivos e a morte*. Trad. A Weissemerg. Rio de Janeiro: Zahar

APÊNDICES

APÊNDICE A- TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Atuação em Oncologia: Atitudes de uma equipe de saúde diante da morte”**. Nesta pesquisa pretendemos compreender as atitudes dos profissionais de saúde diante da morte de pacientes, analisando a existência de uma relação dessas atitudes com as habilidades sociais (facilidade para se relacionar com outras pessoas) e a resiliência (capacidade de lidar com as dificuldades). O motivo que nos leva a estudar esse assunto é obter um maior conhecimento sobre as atitudes e necessidades dos profissionais de saúde acerca da morte de pacientes, a fim de contribuir para intervenções futuras em saúde mental, capacitação específica para lidar com o processo de morte e o morrer, otimizar o atendimento humanizado e, colaborar para novas formas de se pensar a formação em saúde. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) será convidado(a) a responder quatro questionários: Primeiramente será aplicada a entrevista semiestruturada que será gravada, que tem por objetivo compreender suas atitudes diante da morte de pacientes e também sua percepção sobre o preparo da formação frente a essa. Em seguida o Inventário de habilidades sociais, que avalia habilidades de se relacionar com o outro, a escala de resiliência, que mede a capacidade de lidar com adversidades e posteriormente, o questionário sociodemográfico e profissional. A pesquisa não causará nenhum grande risco ao Sr. (a). O risco mínimo que a pesquisa pode trazer é gerar algum sentimento que possa deixá-lo (a) mais sensível, por se tratar de instrumentos que envolvem perguntas que podem estar relacionadas a experiências emocionais desagradáveis. Porém, caso seja observada alguma necessidade de acompanhamento psicológico, realizaremos este encaminhamento. Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar

disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos e cuidando para que o Sr. (a) não seja identificado (a) em nenhuma publicação decorrente desta pesquisa.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Muriaé, _____ de _____ de _____.

Assinatura participante

Assinatura pesquisadora

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró- Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Luciana Araújo Afonso

Departamento de Psicologia- Campus Universitário da UFJF

E-mail: lucianapsi2012@gmail

APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico, profissional e clínico.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

1. Iniciais: _____	NÚMERO: _____
2. Setor de atuação na oncologia (2.1) Pediátrico (2.2) Adulto (2.3) Idoso (2.4) Outro _____	9. Escolaridade (9.1) Ensino Técnico Completo (9.2) Ensino Superior Incompleto (9.3) Ensino Superior Completo (9.4) Pós- Graduação (especialização) (9.5) Mestrado (9.6) Doutorado (9.7) Pós- Doutorado
3. Gênero: (3.1) Masculino (3.2) Feminino (3.3) Outro _____	10. Formação Profissional: (10.1) Enfermagem (10.2) Medicina (10.3) Psicologia (10.4) Nutrição (10.5) Fisioterapia (10.6) Fonoaudiologia (10.7) Odontologia (10.8) Serviço Social (10.9) Farmácia (10.10) Técnico em enfermagem
4. Idade: _____ anos.	11. Tempo de Formado: _____ano(s)
5. Estado Civil: (5.1) Solteiro (5.2) Casado formalmente (5.3) União estável (mora junto) (5.4) Divorciado/Separado (5.5) viúvo (5.6) União estável homoafetiva	12. Há quanto tempo você trabalha neste hospital? _____ano(s)
6. Raça/Cor/Etnia: (6.1) Branco (6.2) Pardo (6.3) Negro (6.4) Amarelo (6.5) Indígena (6.6) Outra: _____	13. Você possui alguma comorbidade e/ou Transtorno clínico e/ou psicológico? (13.1) Sim (13.2) Não 14. Qual comorbidade ou trasntorno?
7. Religião: (7.1) Católica (7.2) Evangélica/Protestante (7.3) Espírita (7.4) Afrobrasileira (7.5) Orientais/Budismo (7.6) Judaica (7.7) Não tem (7.8) outra: _____	16. Você faz algum uso de medicamento psicotrópico? (16.1) Sim (16.2) Não 17. Nome do medicamento?
8. Renda: (8.1) Menor que um salário mínimo (8.2) Entre 1 e 2 salários mínimos (8.3) Entre 3 e 6 salários mínimos (8.4) Entre 7 e 12 salários mínimos (8.5) Acima de 12 salários mínimos	

APÊNDICE C – Entrevista semiestruturada

A morte é um fenômeno complexo no qual o profissional de saúde do hospital se vê constantemente envolvido. Entretanto, a literatura tem nos mostrado que grande parte desses profissionais não estão sendo preparados para lidarem com tal temática (KOVÁCS, 2010). Desta forma, o presente estudo tem por objetivo pesquisar e compreender as atitudes dos profissionais de saúde acerca da morte de pacientes.

Questões relacionadas à prática profissional

1. Como você reage quando ocorre morte de pacientes?

2. Como você lida com os familiares e pacientes que se encontram com uma doença grave e/ou fora de possibilidade de cura (fase terminal)?

3. Com que frequência você cuida e/ou atende pacientes que se encontram com uma doença grave e/ou fora de possibilidade de cura (fase terminal)?

- (3.1) Todos os dias (3.4) Pelo menos uma vez ao mês
 (3.2) Toda Semana (3.5) Menos de uma vez ao mês
 (3.3) 15 em 15 dias (3.6) Nunca

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

4. Quais são suas atitudes diante da morte de pacientes?

	DISCORDO			NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Eu acredito que a morte signifique perda.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu acredito que a morte signifique fracasso.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu acredito que a morte signifique impotência.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu acredito que a morte signifique angústia.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sinto tristeza profunda com a morte do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
6. Sinto indignação com a morte do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
7. Sinto culpa com a morte do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
8- Sinto indiferença com a morte do paciente	1	2	3	4	5	6	7
9. Evito conversar com os familiares do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
10. Há muitos momentos em que aproximo do paciente e há muitos momentos em que eu o evito	1	2	3	4	5	6	7
11. Em muitos momentos mantenho distância do paciente	1	2	3	4	5	6	7
12. Evito conversar, a respeito do paciente, com os colegas de equipe	1	2	3	4	5	6	7
13. Mantenho meu trabalho sem pensar na condição do paciente	1	2	3	4	5	6	7
14. Mesmo estando em casa continuo pensando sobre o quadro clínico do paciente	1	2	3	4	5	6	7

Questões relacionadas à preparação profissional

5. Você considera que sua formação te preparou para lidar com a morte e/ou o processo de morrer de pacientes?

(5.1) sim (5.2) Não

6. Você possui algum curso e/ou capacitação específica para lidar com a morte e o processo de morrer de pacientes?

(6.1) sim (6.2) Não

7. Você participa ou já participou de algum grupo de apoio e/ou intervenção específicos sobre o convívio com a terminalidade?

(7.1) Sim- já participei (7.2) Sim- participo atualmente (7.3) Não

ANEXOS

ANEXO A – Escala de resiliência desenvolvida por Wagnild e Young e adaptada para o português por Pesce et al. (2005).

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	DISCORDO			NEM CONCORDO, NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos	1	2	3	4	5	6	7

difíceis.							
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso normalmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer tudo que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO B – Termo de concordância da Fundação Cristiano Varella- Hospital do Câncer de Muriaé



AUTORIZAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA CIENTÍFICA

Eu, Gustavo Fabene Garcia, responsável pelo Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital do Câncer de Muriaé da Fundação Cristiano Varella, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada: "**Atuação em Oncologia: atitudes de uma equipe de saúde diante da morte**", a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora "**Luciana Araújo Afonso**" sob orientação da "**Prof.ª Dr.ª Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov**" pertencentes a **Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)**. Fui informado pelos responsáveis do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento e declaro que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Esta declaração é válida somente no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da Instituição de Ensino para a referida pesquisa.

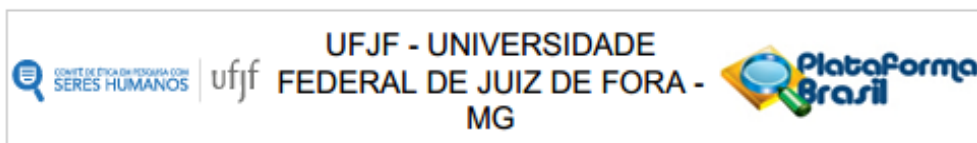
Muriaé, 18 de agosto de 2017.

Dr. Gustavo Fabene Garcia

Presidente do Centro de Estudos e Pesquisas

Fundação Cristiano Varella – Hospital do Câncer de Muriaé

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação em Oncologia: atitudes de uma equipe de saúde diante da morte

Pesquisador: LUCIANA ARAUJO AFONSO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80292417.9.0000.5147

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.453.675

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e correlacional, de caráter qualitativo e quantitativo. A amostra será obtida por conveniência devido à acessibilidade e disponibilidade da instituição e será composta por 50 profissionais de saúde. O presente estudo não envolverá nenhum tipo de intervenção. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

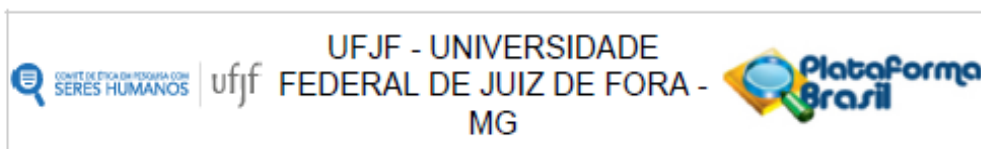
compreender as atitudes diante da morte de pacientes em uma equipe de saúde que atua na Oncologia.

Objetivo Secundário:

-Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional da equipe de saúde;-Levantar informações acerca dos pensamentos, sentimentos, crenças e atitudes destes profissionais diante da morte de pacientes;-Levantar informações acerca de suas percepções quanto ao preparo da formação para o enfrentamento da morte;- Analisar suas habilidades sociais e resiliência e verificar se há associações destas com as atitudes diante da morte.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 2.453.675

atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa caracteriza-se como risco mínimo. Por se tratar de instrumentos que envolvem perguntas que podem estar relacionadas a experiências emocionais desagradáveis, caso seja observada alguma demanda por parte do profissional entrevistado, este será encaminhado pela pesquisadora ao Centro de Psicologia Aplicada- CPA do Centro Universitário- UNIFAMINAS ou ao setor da Psicologia Hospitalar do presente hospital. Os benefícios do estudo incluem o conhecimento das atitudes de profissionais de saúde diante da morte de pacientes, para que futuras intervenções possam ser traçadas, direcionadas ao desenvolvimento de habilidades específicas com foco no melhor enfrentamento da terminalidade. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

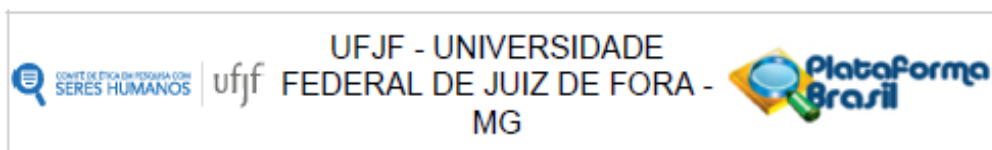
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.453.675

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: agosto de 2019.

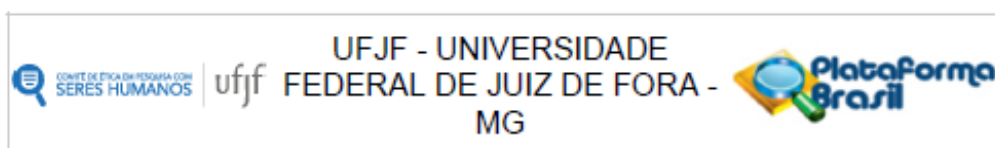
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_980922.pdf	20/12/2017 16:53:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquiadetalhado.docx	20/12/2017 16:52:16	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETermodeConsentimentoLivreEsclarecido.doc	19/12/2017 12:28:13	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	16/11/2017 17:59:17	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Cronograma	CronogramadeExecucao.docx	02/11/2017 13:01:47	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.453.675

Outros	Entrevistasemiestruturada.docx	02/11/2017 12:54:45	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodeconfiabilidadeesigilo.pdf	26/10/2017 18:25:25	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Outros	EscaladeSobrecargadeLutoProfissional.docx	26/10/2017 18:16:48	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	29/09/2017 18:19:39	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Outros	CurriculodoSistemadeCurriculosLattesEstherdeMatosIrenoMarques.pdf	29/09/2017 16:38:03	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Outros	CurriculodoSistemadeCurriculosLattesFabianeRossidosSantosGrincenkov.pdf	29/09/2017 16:37:21	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Outros	CurriculodoSistemadeCurriculosLattesLucianaAraujoAfonso.pdf	29/09/2017 16:35:59	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Outros	TermodeConfidencialidadeeSigilo.docx	29/09/2017 16:20:45	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeinstituicaoinfraestrutura.pdf	29/09/2017 16:18:24	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeinstituicaoinfraestruturaword.doc	29/09/2017 16:17:47	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Outros	EscalaResiliencia.doc	29/09/2017 16:16:24	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito
Outros	Questionariosociodemograficoeprofissional.docx	29/09/2017 16:14:33	LUCIANA ARAUJO AFONSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 21 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Patrícia Aparecida Fontes Vieira
 (Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO D – COREQ 32

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	