

Grupo focal com residentes de um programa de residência multiprofissional: percepção sobre suas dificuldades e recursos para lidar com a morte na atuação em contexto hospitalar

Focus group with residents of a multiprofessional residency program: perception on their difficulties and coping resources to deal with death in the hospital context

Jaqueline Basilio Lupi¹, Maria Helena Morgani de Almeida², Helga Juri Kojima³, Marina Picazzio Perez Batista⁴

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3e203963>

Lupi JB, Almeida MHM, Kojima HJ, Batista MPP. Grupo focal com residentes de um programa de residência multiprofissional: percepção sobre suas dificuldades e recursos para lidar com a morte na atuação em contexto hospitalar. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 jan.-dez.;32(1-3):e203963.

RESUMO: *Introdução:* A dificuldade de falar sobre a morte no contexto hospitalar pode trazer sofrimento para o profissional de saúde. *Objetivo:* Conhecer a perspectiva de residentes sobre o lidar com a morte em contexto hospitalar em sua atuação prática em um Programa de Residência Multiprofissional. *Metodologia:* Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Dez residentes participaram da pesquisa. A coleta de dados ocorreu pela condução de um grupo focal com duas sessões. Este foi gravado em áudio, transcrito e analisado em seu conteúdo, por meio de análise temática. *Resultados:* A análise temática encontrou duas categorias: a) Sofrimento dos residentes na atuação hospitalar com pacientes no processo de terminalidade e morte; b) Recursos para lidar com o processo de terminalidade e morte - o que se identificou, tanto na relação dos recursos já utilizados pelos residentes, quanto de sugestões dadas por eles sobre recursos a serem implementados no âmbito da residência. *Conclusões:* O estudo tem potencial para auxiliar residentes em sua prática e favorecer a implementação de estratégias para aprimoramento de programas de residências.

PALAVRAS-CHAVE: Morte; Pacientes terminais; Profissionais de saúde; Hospital.

Lupi JB, Almeida MHM, Kojima HJ, Batista MPP. Focus group with residents of a multiprofessional residency program: perception on their difficulties and coping resources to deal with death in the hospital context. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 Jan.-Dec.;32(1-3):e203963.

ABSTRACT: *Introduction:* The difficulty of addressing death in the hospital context can bring suffering to the health professional. *Objective:* Comprehend the health residents' perspective on managing death in the hospital context in the practical performance in a Multiprofessional Resident's Program. *Methodology:* This is qualitative, descriptive, and exploratory research. Ten health residents participated in the survey. The data collection happens by conducting one focus group in two sessions. This was audio-recorded, transcribed, and analyzed in its database, through thematic analysis. *Results:* The thematic analysis found two categories: a) Residents suffering in the hospital performance with patients in the terminality and death process; b) Coping resources to deal with terminality and death - which were identified as much as in the list of resources already used by residents and in the suggestions given about resources to be implemented within the residence scope. *Conclusions:* The study has the potential to support residents' practice and favor the strategy implementations to enhance the residents' programs.

KEYWORDS: Death; Terminal patients; Health professionals; Hospital.

1. Terapeuta Ocupacional do Hospital Premier e egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar – Área de concentração: Adulto e Idoso da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. <https://orcid.org/0000-0002-7213-0248>. E-mail: jaquelinelupi@gmail.com.

2. Professora Doutora do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar da FMUSP. <https://orcid.org/0000-0001-7266-9262>. E-mail: hmorgani@usp.br.

3. Graduanda do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP. <https://orcid.org/0000-0001-7148-0417>. E-mail: helgakojima@usp.br.

4. Terapeuta Ocupacional do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar da FMUSP. <https://orcid.org/0000-0001-6147-1728>. E-mail: marinapperez@usp.br.

Endereço para correspondência: Rua Álvaro Rodrigues, 877 - Vila Cordeiro. São Paulo, SP. CEP: 04582-002.

INTRODUÇÃO

A morte frequentemente eclode como um reflexo da vulnerabilidade e da fraqueza, como uma limitação do ser humano. Deparar-se com a morte faz com que os profissionais de saúde sejam convocados a refletirem sobre sua própria finitude e a de seus familiares^{1,2}. Lidar com a morte pode ser compreendida como parte natural da vida ou inimiga a ser combatida³. Todos estes aspectos podem representar sofrimento na atuação profissional.

Soma-se a isto, que os profissionais de saúde são preparados desde a graduação para recuperar a saúde e preservar a vida¹. Esta perspectiva reflete na atuação prática, na qual se deparar com a doença incurável e a morte podem representar para a equipe que seu trabalho é frustrante, desmotivador e sem significado³.

Estes aspectos podem se exacerbar na atuação em contexto hospitalar, em que é frequente o pensamento idealista de salvar o paciente a todo custo³. Uma vez que o hospital destaca os cuidados com o corpo e coloca o conhecimento científico a serviço da cura, a alma sofredora não tende a ser sua prioridade⁴.

Identifica-se também que o crescente desenvolvimento da medicina e dos hospitais provocou a transferência do lugar da morte para estas instituições. Este contexto trouxe novas questões sobre vida e morte, implicando em maior risco de institucionalizá-la e medicalizá-la⁵.

Neste cenário de evidência do desenvolvimento científico e tecnológico da saúde, há também a dificuldade da equipe em falar sobre morte, com intenção de poupar ou aliviar o doente de seus pesares. Observa-se que o profissional passa a falar sobre a morte apenas quando lhe é indagado¹. Desse modo, é bastante relevante conhecer a perspectiva de profissionais de saúde em sua atuação prática hospitalar, quando se deparam com a morte no processo de cuidado.

Reconhece-se que um destes contextos de atuação pode ocorrer no âmbito de Programas de Residência Multiprofissional em saúde, nos quais os profissionais atuam em serviços representativos da realidade socioepidemiológica do país. Tais Programas se constituem como modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço. Tem como eixos norteadores contemplar estratégias pedagógicas para favorecer a formação interdisciplinar e a atuação profissional que considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida. Considerando que é recente a portaria interministerial de 2009 que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área

Profissional da Saúde⁶, trabalhos que tenham residentes como população alvo são essenciais ao aprimoramento dos Programas.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho é conhecer a perspectiva de profissionais sobre o lidar com a morte em contexto hospitalar em sua atuação prática no contexto de uma Residência Multiprofissional em Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. O estudo foi realizado no Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar - área de concentração: Saúde do Adulto e Idoso da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o qual tem seu contexto de atuação no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Nestas instituições, os residentes, em seu conjunto, atuam principalmente em ambulatório, enfermarias e unidades de terapia intensiva.

Como critérios de inclusão, foram convidados a participar da pesquisa residentes do primeiro (R1) e segundo (R2) ano desta área de concentração. Foram convidados os 10 residentes: dentre os R1 haviam dois terapeutas ocupacionais, um fonoaudiólogo e dois fisioterapeutas; e dentre os R2 haviam dois terapeutas ocupacionais, dois fonoaudiólogos e dois fisioterapeutas. Todos os residentes convidados aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu no ano de 2016 por meio da condução de um grupo focal. O grupo focal é uma técnica que se configura como uma discussão em grupo, a qual permite compreender a percepção de um determinado grupo sobre a construção de sua realidade, suas atitudes e práticas cotidianas⁷.

O grupo focal deste estudo foi composto por duas sessões. Este número de sessões previamente definido se deveu ao fato dos residentes que se interessaram em participar do estudo terem sido dispensados pela coordenação do Programa de Residência em horário de sua grade. A coordenação tinha a percepção da relevância da temática do estudo à prática dos residentes, os quais com muita frequência se deparavam com a morte de usuários em seus cenários de atuação. Cada sessão durou em média 75 minutos. O intervalo entre as sessões foi de uma semana. O grupo foi conduzido por um moderador principal, cujo papel era garantir que a discussão se mantivesse focada e as informações pudessem ser compartilhadas e expressadas de forma equilibrada; e ainda foi conduzido por um moderador assistente, responsável pelos registros e controle de tempo. Visando garantir

a neutralidade do estudo, a pesquisadora e integrante do Programa de residência, realizou a função de moderadora assistente. Já a moderadora principal, foi uma terapeuta ocupacional que conhecia previamente o contexto da residência por ser tutora, mas que não atuava conjuntamente com os residentes no hospital, o que permitia distanciamento das questões da prática cotidiana e favorecia a neutralidade na condução do grupo focal.

No início da primeira sessão do grupo, os residentes participantes receberam um papel com a pergunta disparadora: “Você se depara com a morte em sua atuação em contexto hospitalar aqui no Programa de Residência? Como é para você lidar com esta temática?” Depois, foram convidados a fecharem os olhos para buscarem memórias de sua prática na Residência Multiprofissional que responderiam à pergunta em questão.

Os conteúdos trazidos pelos residentes na primeira sessão de grupo foram pré-analisados, entre a primeira e a segunda sessão. O conteúdo pré-analisado, foi usado como material disparador para a segunda sessão do grupo focal, a partir de uma projeção em slide. Esse material de estímulo tinha como intuito resgatar os principais pontos abordados na primeira sessão e fomentar a continuidade e aprofundamento da discussão.

O grupo focal foi gravado em áudio, transcrito e analisado em seu conteúdo, por meio de análise temática⁸. Os resultados foram apresentados por conjuntos temáticos, identificados a partir do agrupamento e categorização dos temas que emergiram no grupo⁹.

O estudo foi aprovado Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Hospital Universitário como Instituição coparticipante, respectivamente sob as datas e números de protocolo: 08/06/2016 - nº 159/16; e 17/06/2016 - nº 1.595.657. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade dos residentes foi de 26,2 anos. Quanto ao gênero, oito eram do sexo feminino; em relação ao estado civil, todos eram solteiros; quanto à escolaridade, todos tinham ensino superior completo com a média de 1,8 anos de formação, duas pessoas tinham pós-graduação e oito cursavam sua primeira pós-graduação.

As categorias de análise que surgiram na análise temática do grupo focal, foram: a) Sofrimento dos residentes na atuação hospitalar com pacientes no processo de terminalidade e morte; b) Recursos para lidar com o processo de terminalidade e morte - o que se identificou

tanto na relação dos recursos já utilizados pelos residentes, quanto de sugestões dadas por eles sobre recursos a serem implementados no âmbito da residência.

Categoria A: Sofrimento dos residentes na atuação hospitalar com pacientes no processo de terminalidade e morte

Os residentes compartilharam que a terminalidade e a morte são questões frequentes em sua atuação prática. A maioria deles apontou que sente dificuldade em lidar com este tema. No entanto, relataram que é esperado que os profissionais da saúde que atuam em contexto hospitalar precisem se deparar com o óbito em algum momento.

P2G2: *Eu nunca soube lidar muito bem com a morte, mas esse tema é frequente no nosso trabalho.*

P3G1: *Vamos nos moldando, se acostumando e aprendendo lidar com isso aos poucos.*

Além disso, foi identificado que a angústia e o incômodo apresentados pelos residentes, muitas vezes, se relacionavam mais à forma pela maneira que os usuários eram cuidados pela equipe em seu processo de terminalidade, do que com o deparar-se com o óbito em si. Esta dificuldade se mostrava nos casos de pacientes em estágios avançados de progressão de doenças incuráveis que tinham seu sofrimento prolongado pois, a equipe de referência do hospital priorizava condutas curativas. Porém, na percepção dos residentes, estes pacientes se beneficiariam mais de medidas de conforto em cuidados paliativos, o que traria menor sofrimento no processo de terminalidade.

P6G1: *O que me angustiou na terminalidade não foi a morte do paciente, mas sim o processo que foi sofrido.*

P7G1: *O que mais me angustia é prolongar alguma coisa que o paciente está sofrendo.*

P5G1: *Tinha um paciente paliativo (...) então se evitava o maior número de contato possível (...) Mas a ideia seria priorizar o conforto desse paciente. Era bem frustrante.*

P1G1: *Já escutamos que paliativo é desistir.*

Compreende-se que os cuidados paliativos, não tem como objetivo adiar ou acelerar a morte, mas aliviar a dor e o sofrimento, utilizando os princípios éticos para prover uma atenção afinada com as prioridades e objetivos do sujeito no cuidado terminal¹⁰.

Ademais, nesta pesquisa observou-se que alguns dos participantes considerou que o papel do profissional da saúde não seria exclusivamente o de curar e salvar o paciente, mas sim de pensar em sua qualidade de vida, mesmo diante de prognósticos fechados.

P9G1: *Não é salvar vidas (...) é pensar na qualidade de vida.*

P4G1: *Um paciente que tinha vomitado seis vezes foi manipulado logo após e vomitou de novo. Não vai mudar o prognóstico dele. O que custa deixar ele quietinho e fazer quando ele estiver mais confortável.*

Estas falas estão em consonância com os princípios dos cuidados paliativos, abordagem que proporciona qualidade de vida, o que não significa desistir do cuidado das pessoas em terminalidade. Pelo contrário, requer o olhar atento ao processo de cuidado, com condutas que permitam por exemplo, o alívio da dor, do sofrimento, e do controle de sintomas¹⁰ em conjunto com suporte psicossocial e espiritual^{10,11}.

Kovacs³ discute que o paciente terminal frequentemente tem um rótulo que remete a um prognóstico reservado, sendo um problema para a equipe que enxerga a situação como “não há mais nada a se fazer”. Comumente esta visão de cuidado prioriza a cura física sem que sejam percebidos os múltiplos fatores que influenciam na qualidade de vida e dignidade do paciente. Assim, no ambiente hospitalar, apesar do avanço tecnológico, pode privar o paciente de sua humanidade³.

Neste sentido, o grupo de residentes considerou a relevância de se avaliar o momento para realização de condutas paliativas e de medidas de conforto, visando oferecer assistência para o paciente viver com a maior qualidade de vida possível, até o momento do óbito. Os dados do grupo focal também revelaram que os residentes vivenciavam dificuldades para lidar com o sofrimento dos familiares, por exemplo no que se referia à comunicação. Também Kovács¹² identificou que médicos relataram dificuldade em comunicar a morte para a família, bem como conversar sobre este tema com usuários que atendiam.

Os residentes deste estudo tinham a percepção de que deveriam saber manejar situações que envolviam o luto de familiares, mas que muitas vezes, não se sentiam preparados para isso.

P9G2: *Me senti obrigado a ter palavras para aquela família (...) tem esse peso mesmo: sou um profissional da saúde, tenho que saber sentar com a família e conversar.*

No entanto, um residente problematizou que os profissionais de saúde não precisam necessariamente solucionar os sofrimentos, mas estar disponível para o acolhimento.

P6G2: *Não precisamos dar uma resposta e acabar com o sofrimento daquela pessoa. Estando ali, podemos dar um suporte. Não vamos achar nada que vai resolver de imediato. É um processo que essa pessoa vai enfrentar e é individual (...) eu quero continuar não sabendo o que dizer de imediato porque não quero automatizar esse processo.*

Em consonância com esta fala, entende-se que a comunicação é também um processo de escuta, de acolhimento, de ouvir os questionamentos e de perceber sentimentos, o que proporciona abertura ao diálogo¹³.

Os residentes procuravam identificar com maior atenção o histórico de vida dos sujeitos atendidos, tais como seus hábitos, prioridades, desejos, rede de apoio social, os quais segundo os participantes, esses fatores influenciam no modo singular como cada pessoa vivencia o adoecimento.

P7G1: *São vários fatores que interferem nas escolhas de saúde, os hábitos durante a vida, qualidade de vida atual, relação com familiares (...) tudo isso conseguimos conhecer bastante na internação, por que convivemos com a família e com o paciente diariamente.*

Segundo o Ministério da Saúde¹³, obter o conhecimento aprofundado da história de vida do sujeito oportuniza o estabelecimento do vínculo. Este permite aos profissionais recorrerem a recursos mais adequados para responderem às necessidades identificadas, provendo maior suporte para a vivência do sofrimento³.

Outra dificuldade referida pelos residentes deste estudo em relação à comunicação com os familiares, foi que eles perceberam que diante de uma má notícia, os familiares escutavam e interpretavam a informação da maneira que conseguiam naquele momento, procurando diferentes profissionais para se assegurarem do conteúdo recebido ou buscando mensagens correspondentes às suas expectativas.

P8G2: *Às vezes eu tenho a impressão de que eles vão buscando em outros profissionais também a resposta que eles querem.*

P10G2: *Eu já passei por essa situação do paciente, do familiar interpretar, da forma que ele quer. É importante respeitar a forma como a família lida.*

Both et al.¹⁴ identificaram que questões singulares da família interferem na comunicação e diálogo sobre a morte, e por isso é relevante a compreensão pela equipe de como esta família lida com o tema.

Categoria B: Recursos para lidar com o processo de terminalidade e morte

Os residentes, apesar de suas dificuldades em lidarem com a terminalidade e a morte de pacientes, conseguiram identificar recursos que utilizavam para o enfrentamento deste tema na prática profissional da Residência. Dentre eles, indicaram a importância de elaborar sua própria concepção de morte. Um deles referiu compreender que a morte é parte natural da vida, visão que o ajudou a lidar com esta situação.

P9G1: *Pensar e elaborar o que é a morte para mim (...)*

Os residentes referiram que a prestação de cuidados a pessoas no processo de terminalidade e morte os remetia muitas vezes à vivência e elaboração de lutos próprios experienciados com sua rede informal, especialmente de seus familiares.

Costa et al.¹⁵ identificaram que os profissionais que vivenciam a morte em seu cotidiano passam a refletir sobre ela no âmbito pessoal. Apontam a relevância do pensamento crítico do profissional acerca das próprias crenças e valores para lidar melhor com o tema. Reconhece-se que os profissionais lidam com a morte e o morrer de acordo com diversos fatores, tais como a história pessoal de perdas, a elaboração do luto e a cultura em que se inserem¹³.

Nesta perspectiva, os residentes apontaram para a relevância de se ponderar qual seria o limite para que o acompanhamento do sofrimento vivenciado por pacientes e familiares na atenção profissional não interferisse na vida pessoal. Apesar de considerarem que esta ponderação é singular a cada situação vivenciada com as pessoas atendidas, alguns pontuaram que uma barreira emocional que separa vivências pessoais e profissionais se faz necessária. Isto porque, colocaram que à medida em que se oferece um atendimento em que não se consegue estabelecer esta separação, o profissional pode sofrer um desgaste emocional intenso que causa sofrimento e interfere negativamente na vida pessoal e profissional.

P6G2: *Eu acho que tem que ter um limite.*

P3G1: *É importante ter essa barreira de separação do que acontece na vida profissional, para as emoções não chegarem a ponto de atingir sua vida pessoal.*

A esse respeito, Both et al.¹⁴ colocam que quando a situação do cuidado remete o profissional à sua história pessoal, isto pode provocar tensão, fadiga e irritabilidade, muitas vezes ocasionando interferência no próprio trabalho.

Alguns residentes colocaram que quando sentem que o processo de cuidado traz grande desgaste emocional, se afastam do paciente ou familiar ou buscam estabelecer um contato mais superficial, como estratégia de proteção pessoal.

P2G1: *Eu estava me protegendo, então eu ajudava o paciente até onde eu podia, só que de um jeito mais afastado.*

P10G1: *Eu realmente não atendi casos de terminalidade (...) acho que foi por uma questão de escolha de não me envolver.*

Costa et al.¹⁵ discorrem que os profissionais da saúde, ao lidarem com pessoas em processo de terminalidade, sensibilizam-se, aproximam-se e são empáticos ao sofrimento do outro, mas também se distanciam com frequência como recurso de defesa. Um estudo conduzido por Both et al.¹⁴ mostrou que limitar o envolvimento profissional com o usuário terminal e com sua família é um mecanismo de defesa que, por vezes, produz um cuidado enrijecido e tecnicista.

Nesse sentido, os residentes deste estudo consideraram que ter o pensamento crítico sobre os próprios limites pessoais que interferem no vínculo e sobre a percepção do impacto de suas ações e sentimentos na relação terapêutica eram importantes recursos na atuação prática. Para tanto, alguns residentes realizavam psicoterapia e um deles utilizava um diário de campo para registrar e pensar sobre suas experiências. Em consonância, compreende-se que a educação para a morte deva conter a sensibilização do profissional para pensar sobre seus sentimentos e tecer reflexões sobre o tema¹⁵.

Outro recurso que os residentes utilizavam era a realização de rituais pessoais que os ajudavam na elaboração do sofrimento. Como exemplo, um residente realizava orações.

P10G2: *Eu costumo usar um recurso espiritual (...) faço uma oração do meu jeito e peço para que ele fique bem.*

Identifica-se que os ritos são recursos de expressão simbólica que auxiliam no processo de elaboração do luto e favorecem a “rehumanização” do processo de morrer¹¹.

Outro recurso que os residentes utilizavam era a realização de atendimentos em conjunto com outros profissionais. Segundo eles, essa estratégia ampliava o olhar sobre as necessidades dos pacientes e familiares e aumentava

a complexidade do processo de cuidado. Os diferentes saberes profissionais faziam os residentes se sentirem apoiados nos casos em que percebiam maior dificuldade de manejo.

P6G1: Começamos a atender juntos e ajudou nas minhas dificuldades.

P6G2: Trocamos informações de como a família estava reagindo e como poderíamos abordar essa família da melhor maneira para oferecer um cuidado com mais qualidade.

Esta prática está em consonância com o conceito de clínica ampliada, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização¹³ que visa o aumento da autonomia dos usuários de saúde, maior vínculo do usuário com a equipe e maior troca e ação conjunta entre os diferentes saberes profissionais com vistas à atenção integral.

Outro recurso apontado pelos residentes foi a discussão de casos clínicos em espaços informais. Referiram que se sentiam confortáveis nestes espaços para trocaram experiências, o que os ajudava a lidar com os processos de terminalidade e morte dos pacientes. Dentre estes espaços de discussão informal, citaram os locais de convivência e encontro comuns, tais como os corredores do hospital e em jantares e almoços realizados em horários fora do trabalho. Apontaram que faziam bastante uso destes espaços por sentirem restringidos nos espaços formais da residência para discussão sobre o tema da morte e terminalidade.

P10G1: Não temos muito espaço para pensar e discutir sobre as atuações com a morte (...). Em ambiente de almoço e jantar acabamos discutindo.

Compreende-se que é ideal a construção de um ambiente de discussão entre os membros da equipe de saúde para diminuir a sobrecarga física e emocional, pois essa prática possibilita uma sustentação adequada para lidar com a morte dos pacientes e ao mesmo tempo, produz um lugar para elaborar e reconhecer os lutos vivenciados durante a jornada de trabalho¹³.

Segundo os residentes, estes espaços de discussão informal eram também utilizados para o compartilhamento de condutas e dúvidas entre os residentes. Consideravam estes espaços ainda mais relevantes nos contextos de prática em que não havia uma reunião de equipe formal. Para os residentes, a falta de espaços formais dificultava a apreensão da complexidade dos casos atendidos e a integralidade da atenção prestada.

P10G1: Cada um vai lá atender sem saber o que o outro profissional está fazendo porque não tem um espaço para discutir.

Dessa maneira, os residentes colocaram que seria relevante haver reuniões de equipe em todos os contextos de prática pois, favoreceria o aumento da comunicação entre os profissionais e a integração de diferentes saberes. Além disso, as discussões em equipe ajudariam no compartilhamento e na decisão de condutas mais afinadas com as necessidades dos usuários e famílias e no aprendizado mútuo entre todos os envolvidos.

P8G2: Eu acho que é importante ter reunião de equipe para todo mundo falar a mesma língua e alinhar as ações

A Política Nacional de Humanização¹⁶ reconhece que o projeto terapêutico singular, atrelado à clínica ampliada, permite um pensamento multicausal e complexo sobre o usuário do serviço de saúde. Isto porque, ainda que o diagnóstico seja similar a dois sujeitos, múltiplos fatores incidem sobre o adoecimento, o que demanda reflexão da equipe de saúde sobre a singularidade dos casos atendidos. Reconhece-se a riqueza de discussões multidisciplinares por incluírem diversos pontos de vista¹⁵.

Para além de espaços de conversa na equipe, alguns residentes apontaram que seria relevante haver um espaço de maior abertura dos preceptores e tutores do Programa de Residência para discussão dos dilemas éticos que os residentes se deparam na prática, tais como os relacionados ao sofrimento por lidarem com a morte e o luto de familiares e pacientes.

Especialmente nas situações em que a equipe se depara com a morte, é essencial que haja a interação e troca de experiências, incluindo as condutas adotadas para o cuidado integral na assistência prestada¹³.

Outro recurso apontado pelos residentes para lidarem com a morte e terminalidade era ter a compreensão do conceito de morte no âmbito deontológico de sua profissão.

P9G1: Compreender que a morte pode ocorrer em cada processo que eu vou enfrentar e refletir sobre o que a minha profissão pensa sobre isso.

Nesta perspectiva, outro recurso apontado pelos residentes foi recorrer ao conhecimento adquirido na graduação, havendo diferença no grupo quanto à formação recebida sobre a atuação em situação de terminalidade. Assim, uns sentiam-se mais preparados do que outros.

P9G1: *Na minha graduação falávamos bastante sobre morte.*

P2G1: *Em minha graduação não tive nenhuma formação.*

Kovács¹⁷ acredita que a preparação para lidar com a morte de pacientes esteja ligada, dentre outros fatores, à formação universitária do profissional da saúde. Neste sentido, Kovacs³ compreende que a aquisição de habilidades de profissionais de saúde para atuarem com a morte deveria se iniciar na graduação.

Já em relação à formação em nível de pós-graduação, os residentes colocaram que sentiam falta de terem no âmbito da própria Residência conteúdos sobre o manejo de processos de morte e luto. Para eles, a aquisição destes saberes poderia ser benéfica na tomada de decisões diante de situações de grande complexidade com as quais se deparam na prática, além de uma linguagem mais comum entre os próprios residentes acerca do tema.

P2G1: *Eu acho que se tivéssemos essa base na residência seria bem melhor. Iríamos conseguir lidar com esses casos que são mais complexos de uma outra forma.*

Costa et al.¹⁵ e Hirdes¹⁸ apontam que disciplinas teóricas e teórico-práticas são recursos essenciais para discussão de dificuldades vivenciadas no enfrentamento da morte.

Por fim, vale colocar que os resultados deste estudo permitiram identificar as dificuldades dos residentes participantes em lidarem com a morte e luto de usuários e familiares, bem como o sofrimento, por observarem processos de cuidados na terminalidade que não priorizam

a qualidade de vida do usuário. Os residentes participantes puderam refletir acerca de recursos no âmbito pessoal, profissional e no processo formativo que podem favorecer o enfrentamento de suas dificuldades, bem como na construção de processos de cuidado mais afinados com as necessidades dos usuários atendidos e de seus familiares.

CONCLUSÃO

Este trabalho deu visibilidade à percepção de residentes que atuam em contexto hospitalar sobre suas dificuldades e recursos de enfrentamento nos processos de terminalidade e morte. Considera-se que o estudo tem o potencial de auxiliar residentes em sua prática, bem como de favorecer a implementação de estratégias para aprimoramento de programas de residências.

Como limitações deste estudo, compreende-se que foram realizadas somente duas sessões de grupo foco, de modo que aspectos levantados pelos residentes poderiam ser mais aprofundados em sessões posteriores. Porém entende-se a relevância deste estudo, já que há poucos trabalhos que contemplam as residências multiprofissionais.

Futuros estudos poderiam objetivar conhecer a percepção de egressos de Programas sobre os recursos que adquiriram na residência e de que maneira estes os ampararam em sua prática profissional. Além disso, seriam relevantes estudos conduzidos com tutores e preceptores de Programas de Residência, buscando identificar ações já instituídas ou que poderiam ser desenvolvidas para auxiliar os residentes a lidarem com o tema da terminalidade e morte.

Participação dos autores: *Jaqueline Basilio Lupi:* Autora do trabalho de conclusão de residência, participou de todas as etapas de planejamento e execução do trabalho, bem como deste manuscrito. *Maria Helena Morgani de Almeida:* Orientadora do trabalho, participou de todas as etapas de planejamento e execução do trabalho de conclusão da residência, bem como da elaboração do manuscrito. *Helga Juri Kojima:* Participação nas etapas de planejamento da escrita deste manuscrito, contribuiu na discussão dos dados. *Marina Picazzio Perez Batista:* Co-orientadora do trabalho, participou de todas as etapas de planejamento e execução do trabalho de conclusão da residência, bem como da elaboração do manuscrito, incluindo sua revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1990.
2. Oliveira PP, Amaral JG, Viegas SMF, Rodrigues AB. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2013;18:2635-44. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900018>
3. Kovács MJ. Educação para a morte. Temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
4. Humphreys C. "Waiting for the last summons": the establishment of the first hospices in England 1878-1914. *Mortality*. 2001;6(2):146-166. doi: <https://doi.org/10.1080/713686038>

5. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
6. Brasil. Portaria interministerial MEC/MS n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília (DF); 2009 [citado 26 maio 2022]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8862
7. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Liber Livro; 2005.
8. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
9. Driessnack M, Sousa VD, Mendes C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. Rev Latino-Amer Enfermagem. 2007;20(59):1041-52. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
10. World Health Organization (WHO). Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Geneva; 2016. [cited 2022 Apr 18]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev Bioét. 2014;22:94-104. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QmChHDv9zRZ7CGwncn4SV9j/?lang=pt>
12. Kovács MJ. Instituições de saúde e a morte: Do interdito à comunicação. Psicol Ciên Profissão. 2011;31:482-503. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300005>
13. D'Alessandro MPS, Pires CT, Fort DN, et al., coordenadores. Manual de cuidados paliativos. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020.
14. Both JE, Leite MT, Hildebrandt LM, Spies J, Silva LAA, Beuter M. O morrer e a morte de idosos hospitalizados na ótica de profissionais de enfermagem. Ciên Cuidado Saúde. 2013;12(3):558-65. doi: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i3.18302>
15. Costa ÁP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. Interface Comun Saúde Educ. 2016;20(59):1041-52. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília; 2004 [citado 19 abr. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf.
17. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. Mundo Saúde. 2010;34(4):420-429. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf
18. Bernieri J, Hirdes A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. Texto Contexto Enfermagem. 2007;16(1):89-96. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100011>

