

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR SANT'ANA
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**ELAINE APARECIDA LACERDA
ANNEMIECK SUELEN LOS**

**O POSICIONAMENTO DO MÉDICO E DO PSICÓLOGO NA COMUNICAÇÃO DO
ÓBITO DO PACIENTE AOS SEUS FAMILIARES**

**PONTA GROSSA
2016**

**ELAINE APARECIDA LACERDA
ANNEMIECK SUELEN LOS**

**O POSICIONAMENTO DO MÉDICO E DO PSICÓLOGO NA COMUNICAÇÃO DO
ÓBITO DO PACIENTE AOS SEUS FAMILIARES**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado como requisito à obtenção do título de Bacharel em Psicologia na Instituição de Ensino Superior Sant'Ana.

Orientadora: Profa. Ms. Sandra Mara Dias Pedroso.

**PONTA GROSSA
2016**

**ELAINE APARECIDA LACERDA
ANNEMIECK SUELEN LOS**

**O POSICIONAMENTO DO MÉDICO E DO PSICÓLOGO NA COMUNICAÇÃO
DO ÓBITO DO PACIENTE AOS SEUS FAMILIARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Psicologia da Instituição de Ensino Superior Sant'Ana apresentado como requisito final para a obtenção do Grau de Bacharel em Psicologia. Aprovada no dia .../.../2016.

BANCA AVALIADORA

Prof.Ms. Sandra Mara Dias Pedroso.
Instituição de Ensino Superior Sant'ana.

Prof.Ms.
Instituição de Ensino Superior Sant'Ana.

Prof.Ms.
Instituição de Ensino Superior Sant'Ana.

DEDICATÓRIA

À Deus, aos nossos Pais e Familiares, aos Professores e Amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que a todo o momento nos ajudou a superar as dificuldades encontradas no caminho nos dando força e coragem para mais uma conquista ao concluir este trabalho;

Em especial aos nossos Pais, que acreditaram no nosso trabalho e sempre nos fortaleceram quando nos sentíamos cansadas;

Aos Familiares, aos Professores e Amigos, que de alguma forma contribuíram e torceram pela finalização desta pesquisa;

A nossa Orientadora Ms. Sandra, nossa guia de caminhada ao longo do TCC, sem a qual não seria possível este trabalho. Agradecemos pela sua paciência e pelos seus conhecimentos transmitidos;

A Instituição e aos Profissionais, que aceitaram participar da pesquisa colaborando com suas ricas experiências.

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho”.

Dalai Lama

RESUMO

A presente pesquisa tem como objeto de estudo o posicionamento dos profissionais médicos e psicólogos quando passam aos familiares a notícia do óbito do paciente internado. Para tanto esta investigação de cunho qualitativo visa descrever através da Análise de Conteúdo os dados obtidos a partir da pesquisa de campo, que tem como mecanismo de coleta, o questionário. Diante da situação apresentada elencou-se os seguintes objetivos: analisar o posicionamento interno (pensamentos, sentimentos, emoções) do médico e do psicólogo em relação à comunicação da morte do paciente; identificar os recursos individuais utilizados pelos profissionais antes da comunicação de morte do paciente aos familiares; identificar o grau de influência no médico e no psicólogo a morte do paciente; verificar a relação do médico e do psicólogo com a perda do paciente. Constatou-se que a notícia do óbito é relatada pelo médico tendo o acompanhamento do psicólogo, porém ambos demonstram preocupação em assistir as famílias, cabendo ao psicólogo dar o suporte e o apoio necessário aos familiares. O estudo evidenciou que os profissionais apresentam determinados sentimentos diante da morte de um paciente, assim como no momento de informar o óbito aos familiares.

Palavras chave: Médicos, Psicólogos, Psicologia hospitalar, Morte, Família.

ABSTRACT

This research has as study objective the placement of doctors and psychologists when they pass the family the news of the death of the hospitalized patient. Therefore this research with a qualitative approach aims to describe through the Content Analysis, the data obtained from field research, whose collection mechanism, is the questionnaire. Given the presented situation, it has listed the following objectives: analyze the internal positioning (thoughts, feelings, emotions) of the doctor and the psychologist in relation to the communication of the patient's death; identify the individual resources used by professionals before the communication of the patient's death to family members; identify the degree influence on the doctor and the psychologist of the patient's death; verify the relation of the doctor and psychologist with the patient loss. It was found that the death news is reported by the doctor and the monitoring of a psychologist, but both of them demonstrate concern to assist families, being the psychologist the responsible to give necessary support to family members. The study showed that professionals have certain feelings on the death of a patient, as well as at the moment to report the death to family members.

Keywords: Doctors, Psychologists, Hospital Psychology, Death, Family.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
2.1 Abordagem Geral Sobre a Morte e Luto	11
2.2 A Morte no Contexto Hospitalar	14
2.3 O Papel do Psicólogo e do Médico no Contexto Hospitalar	15
2.3.1 Ação do psicólogo	15
2.3.2 Ação do médico.....	18
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	20
3.1 Análise e discussão.....	23
4 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE A – Questionário	38
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	42

1 INTRODUÇÃO

O tema desenvolvido neste estudo é o posicionamento do Médico e do Psicólogo na comunicação do óbito do paciente aos seus familiares.

A morte é uma passagem inevitável a todos os seres humanos. Falar sobre ela, dar a notícia da morte de um ente querido e dar apoio aos familiares que se encontram no hospital aguardando uma boa notícia, é uma tarefa um tanto difícil para a equipe, especificamente para o médico e para o psicólogo que se envolvem diretamente nesta situação, pois ainda que o paciente esteja internado por um longo tempo, a esperança dos familiares da melhora e do retorno acasa permanece.

Nota-se a importância do preparo dos profissionais para que haja uma boa comunicação aos familiares sobre o óbito do paciente, e também para que possam dar o apoio necessário aos familiares, pois se trata de uma notícia delicada que necessita de uma fala extremamente cuidadosa e um grande suporte emocional. A família que está no hospital aguardando notícias do paciente encontra-se normalmente fragilizada devido à situação, independente se o paciente está internado há meses, ou se o óbito acontece com a morte repentina, como por exemplo, em caso de acidente. Dar a notícia de morte aos familiares é uma tarefa difícil, que demanda dos profissionais envolvidos, sutileza nas palavras colocadas e uma boa preparação interna, para que não sejam vistos como culpados pela morte do paciente, e para que não sejam afetados emocionalmente diante a este caso.

Percebe-se a importância da preparação dos profissionais da medicina e principalmente da psicologia neste momento da notícia da morte, visto que o psicólogo é um profissional habilitado para dar o suporte necessário à família que já se encontra fragilizado pelo impacto da hospitalização do paciente, e também para oferecer apoio ao médico caso perceba-se alterações emocionais causadas pela situação, podendo também contribuir com este profissional mostrando-lhe formas de abordar essas famílias que estão na espera de uma resposta, sem que haja desentendimento entre os mesmos, e a família passe a entender que o médico fez o possível, sem culpá-lo.

Devido a isso, tornou-se necessário fazer uma pesquisa para saber dos profissionais quais são os sentimentos vividos por eles no momento de comunicado da morte do paciente aos familiares. Verificar ainda se estão preparados para esta comunicação e para dar o suporte necessário, ressaltando que um profissional bem

preparado permanece com o seu bem estar psicológico, proporcionando apoio e conforto necessário aos familiares do paciente que foi a óbito.

São objetivos do trabalho, o geral: analisar o posicionamento interno (pensamentos, sentimentos, emoções) do médico e do psicólogo em relação à comunicação da morte do paciente aos familiares.

E os específicos:

- Identificar os recursos individuais utilizados pelos profissionais antes da comunicação de morte do paciente aos familiares;
- Identificar o grau de influência no médico e no psicólogo da morte do paciente;
- Verificar a relação do médico e do psicólogo com a perda do paciente.

Quanto a sua estrutura o trabalho apresenta primeiramente uma abordagem geral sobre a morte e o luto. Em seguida traz sobre a morte no contexto hospitalar, sendo aprofundado, na sequência papel do psicólogo e do médico no contexto hospitalar, descrevendo sobre a ação do psicólogo e a ação do médico no momento da comunicação aos familiares sobre o estado de óbito de um de seus entes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Abordagem Geral Sobre a Morte e Luto

Morrer é uma passagem da vida da qual não é possível fugir, pois todos que nascem um dia também irão morrer. Na morte mesmo sendo algo inevitável, existe uma grande dificuldade de fala diante desta situação, e o silêncio é uma maneira de se esquivar para tentar lidar com este acontecimento. (SILVA, 2013).

Embora seja algo tão próximo, incide um distúrbio de comunicação deste acontecimento que acaba causando a conspiração do silêncio, para os pais que não sabem se falam ou não sobre a morte de um parente, professores que se deparam com perguntas sobre certas mortes, e aos profissionais da saúde que vivem uma luta entre a vida a morte e as doenças, e em muitos casos têm seus esforços fracassados, e não conseguem falar com os pacientes e familiares sobre o porquê de não acontecer à melhora, e a provável morte.(MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).

A morte é concreta e inexorável e está presente no dia-a-dia. “Porém, o homem também é constituído por uma subjetividade que busca a imortalidade, sendo a morte encarada como a maior inimiga que precisa ser combatida”. (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009 p.153).

Historicamente, no início da Idade Média, a morte não passava de um evento considerado natural. O doente cumpria uma espécie de ritual; ele pedia perdão por suas faltas, legava seus bens e em seguida, esperava que a morte o levasse. Não havia drama ou gestualidade excessivas. (SANTOS; BUENO, 2011, p.273).

Atualmente a morte é compreendida pela sociedade como um tabu, um assunto interdito, e para quem trabalha na área da saúde é visto como sinônimo de fracasso profissional.(MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).

De acordo com Medeiros e Lustosa (2011, p.207) “combater a morte pode dar a ideia de força e controle”, no entanto quando acontecem perdas que não tem possibilidade de elaborar o luto e não é expressa a dor e a tristeza, esta situação pode trazer graves consequências e grandes possibilidades de adoecimento.

Labate e Cassorla (1999) destacam que o profissional da saúde enfrenta diariamente situações que mobilizam seu emocional em certos momentos, de forma

bastante intensa, dificultando seu trabalho e também acarretando certo grau de sofrimento pessoal.

É por isso que a depressão é atualmente uma doença que tem acometido os profissionais da área de saúde. O luto mal-elaborado está se tornando um problema de saúde pública, dado o grande número de pessoas que adoecem em função de uma carga excessiva de sofrimento sem possibilidade de que este seja elaborado. Esse mal também está afetando os profissionais de saúde, que cuidam do sofrimento alheio e que, muitas vezes, não têm espaço para cuidar da sua dor, levando ao adoecimento destes. (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011, p.207).

Para que não ocorra este tipo de adoecimento, é necessário que o profissional da saúde esteja preparado para trabalhar com situações de morte, que são comuns em hospitais. E em casos que tenham necessidade de vivenciar o luto, devem vivê-lo para que futuramente não sintam a sobrecarga devido aos momentos delicados em que vivem.

O luto acontece quando se perde alguém muito próximo. Com a ajuda de familiares e amigos, para a maioria das pessoas enlutadas é possível, com o tempo, adaptar-se com esta perda e retomar para suas atividades, para outras é necessário à busca pela psicoterapia. (SILVA, 2013).

As autoras Valim e D'Agostini (2015) apresentam cinco estágios do luto em que as pessoas podem passar devido à perda e o luto de alguém. Pacientes que possuem doenças avaliadas como terminais costumam passar pelos estágios descritos a seguir:

- Negação: o primeiro estágio é o que se apresenta de forma temporária a negação e o isolamento como um mecanismo de defesa, para amenizar o impacto no momento da notícia, é o medo e a recusa de encarar aquele momento.
- Raiva: é neste estágio em que, na maioria das vezes, são postos para fora todos os sentimentos causados pela situação, é o momento dos questionamentos e também de procurar culpados pelo acontecido, pode também a pessoa apresentar agressividade no comportamento.
- Barganha: o terceiro estágio é o qual de forma inconsciente a pessoa tenta negociar o acontecido ou adiar o medo do fato ocorrido, é nesse momento que o apelo é direcionado à fé e a crença. Os acordos e promessas são voltados a

Deus e aos médicos, profissionais que cuidam e acompanham o caso, que são as figuras de devoção neste momento.

- Depressão: este estágio é dividido em duas etapas: depressão reativa que “ocorre quando uma perda está envolvida por mais outras perdas, por exemplo, a perda de um emprego aliada a prejuízos financeiros e a perda dos papéis no ambiente familiar” (p.105). E a depressão preparatória que “ocorre quando há a aceitação do fato ocorrido e na qual as pessoas permanecem a pensar e a refletir sobre o rumo que a vida tornou” (p.105).
- Aceitação: o último estágio ocorre quando a pessoa já está mais calma e consegue expressar os sentimentos daquele momento de forma mais simples, e quanto mais o primeiro estágio, que é a negação, estiver presente mais difícil se torna chegar ao último. A ordem destes estágios podem se modificar dependendo do envolvimento emocional e da perspectiva da pessoa.

Muitas pessoas acabam ficando em alguma dessas fases de luto por muito tempo, levando-as muitas vezes a depressão, necessitando de um tratamento psicológico para que superem a perda, aceitem a morte e que recomecem sua vida. Por isso, é necessário que os profissionais tenham conhecimento destes estágios e estejam preparados para que quando se depararem com pacientes vivendo isso, consigam ajudá-los de forma acolhedora.

Valim e D’Agostini (2015, p.106) ainda apontam que “no processo de luto, o enfrentamento com a doença também deve partir do profissional que atende e ampara a dor vivida naquele momento; posturas são sustentadas por quatro pilares fundamentais”:

a) Colosidade profissional: a prática traz a indiferença pela dor do paciente, fazendo com que ele não seja tocado pelo sofrimento naquele momento. É uma maneira fria, distante, em que a identidade profissional é preservada, não humanizada, assim, há um foco total na doença do paciente.

b) Distanciamento crítico: a dor do paciente é aprendida e compreendida, sendo a maneira adequada de equilíbrio, permitindo ampla intervenção, assim, o foco é no doente e na sua compreensão.

c) Empatia genuína: existe o envolvimento com o paciente, não havendo nenhuma barreira, no qual o profissional não resguarda os limites de sua vida pessoal, assim, um exemplo claro seria um médico de família.

d) Profissional afetivo: trabalho sistematizado, havendo respeito pela doença, no entanto com certo distanciamento, podendo ser aprendido e se assemelhar às práticas nos dias de hoje.

Segundo Basso e Marin (2010), a perda de alguém é umas das experiências que mais causa dor ao ser humano, por ela ser crucial não só para quem a vive, mas para quem observa também, por sentir certa impotência em ajudar.

Após a conceituação de morte e luto, este estudo traz a morte especificamente no contexto hospitalar.

2.2 A Morte no Contexto Hospitalar

Para Almeida (2015) a morte sempre está inserida em um contexto, entre eles, o hospitalar, e dentro desse contexto, os profissionais ao lidar com pacientes necessitam de uma capacidade para suportar frustrações e dor no entrechoque entre a vida e a morte, que se passa no corpo e na mente dos pacientes. É um dos trabalhos mais difíceis, seja do ponto de vista médico, psicológico, social ou familiar e atualmente boa parte das mortes ocorrem dentro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

De acordo com Kovács (2010) quando os profissionais da saúde escolhem suas profissões, de forma consciente ou não, trabalharão com aspectos que têm relação à morte e ao morrer. E a forma de lidar com essas dores e perdas vai depender de alguns fatores:

- de sua história pessoal de perdas, experiências e elaboração dos processos de luto;
- da cultura em que está inserido, que influencia: as representações de morte, a possibilidade de expressão da dor e como o luto é vivenciado;
- da sua formação universitária e capacitação em serviço. (KOVÁCS, 2010, p.423).

Estes profissionais lidam com situações de sofrimentos e de dores e a morte é um acontecimento frequente em suas vidas. Muitas vezes esta situação acaba gerando sentimento de impotência e frustração e até mesmo de revolta. “Trabalhar

na área de saúde, como cuidador, apresenta de imediato a seguinte constatação: a dor e a morte estão presentes no seu cotidiano”.(KOVÁCS, 2010, p. 424).

Deparar-se com conflitos relacionados à como se posicionar em frente à dor que nem sempre é possível aliviar, são situações que muitas vezes os profissionais da saúde enfrentam. Quando um paciente morre, é preciso elaborar essa perda, sendo ela mais penosa quando quem morreu é um paciente ao qual criou um vínculo intenso. Conviver com dor e perda pode trazer ao profissional envolvido, situações que remetem aos seus processos internos, como suas fragilidades, suas vulnerabilidades, seus medos e incertezas que nem sempre pode ser compartilhado.(KOVÁCS, 2010).

De acordo com Medeiros e Lustosa (2011), muitos cursos da área da saúde se afrontam com situações práticas do cotidiano, como o sofrimento, a dor e principalmente a morte. Na formação desses profissionais da saúde, eles não possuem disciplinas que abordem sobre a morte e o luto, não mostrando que essa é uma etapa da vida que precisa ser cuidada.

Quando o luto é mal elaborado, quando esses profissionais da saúde não entram no processo do luto, eles acabam não expressando nenhum sentimento, o que pode causar outras consequências como a depressão, adoecendo mais cedo. Esses profissionais que possuem uma carga excessiva e se preocupam com os pacientes, acabam não pensando em si mesmos, se tornando um problema de saúde pública. Esses profissionais possuem um sofrimento psíquico em relação se obterão sucesso ou fracasso em relação ao cuidado de seus pacientes, pois a equipe médica que irá curar os pacientes, caso esses pacientes venham ao óbito, surge o sentimento de fracasso.(MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).

A dificuldade na comunicação entre médico-paciente terminal pode também estar relacionada ao temor deste profissional de que os pacientes ou seus familiares dirijam sua raiva para ele, seja ela originária de uma falha do profissional, seja devido a um deslocamento de um sentimento de culpa.

2.3 O Papel do Psicólogo e do Médico no Contexto Hospitalar

2.3.1 Ação do psicólogo

Para assinalar o trabalho de psicólogos em hospitais, no Brasil, utiliza-se o termo Psicologia Hospitalar. A função deste profissional está centrada nos âmbitos secundários e terciários de atenção à saúde, ou seja, quando o adoecimento já está presente. O movimento para demarcar a área como uma especialidade surgiu a partir do final da década de oitenta. Tal fato se concretizou em dezembro de 2000, quando o CFP promulgou a Resolução de nº 014, regularizando a concessão de títulos de especialistas, incluindo a Psicologia Hospitalar.(SEBASTIANI, 2007).

Conforme Angerami-CamonapudAlmeida (2015), o objetivo da Psicologia Hospitalar é minimizar o sofrimento que a hospitalização pode causar, e é preciso que fique claro ao psicólogo que a sua atuação não é psicoterápica conforme o modelo do *setting* terapêutico. Além de minimizar o sofrimento da hospitalização, é necessário trabalhar com as sequelas e decorrências emocionais que a mesma pode causar. É importante também, que o psicólogo perceba seu limite de atuação para não tornar-se um processo de hospitalização agressivo e invasivo, pois por mais que o paciente esteja desprovido de uma intervenção psicológica, é de sua opção que esta intervenção ocorra ou não.

Visto que o paciente se encontra em uma situação emocional alta devido ao seu adoecimento e hospitalização, o psicólogo deve trabalhar com os fatores sociais que também podem contribuir no impacto emocional diante da hospitalização do paciente. Por isso, o psicólogo deve estar atento a todas as circunstâncias da vida do paciente que estejam relacionadas ao adoecimento, pois a saúde é o bem-estarbiopsicossocial. (ALMEIDA,2015).

Para Simonetti (2004, p. 15)

A psicologia hospitalar não trata apenas das doenças com causas psíquicas, classicamente denominadas 'psicossomáticas', mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença. Enfatizemos: toda doença apresenta aspectos psicológicos, toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e por isso pode se beneficiar do trabalho da psicologia hospitalar.

É importante que o psicólogo mantenha sua postura de forma flexível, contornando as dificuldades e reconhecendo que o profissional poderá ser interrompido, que sua intervenção poderá ser adiada ou até mesmo cancelada, caso surja alguma prioridade de outro profissional. É necessário também, que o psicólogo conheça sobre a doença, sua evolução e o prognóstico do paciente a quem ele está atendendo. (ALMEIDA,2015).

O psicólogo hospitalar trabalha com o elemento psíquico, sem desconsiderar a importante parte orgânica, ele “perguntará sempre qual a reação psíquica diante dessa realidade orgânica, qual a posição do sujeito diante desse real da doença, e disso fará seu material de trabalho”. (SIMONETTI, 2004, p.16).

Além do atendimento aos pacientes inseridos no hospital, o trabalho do psicólogo se estende também para os familiares destes pacientes. CHIATTONE (2003, p. 32) fala sobre a importante tarefa deste profissional com os familiares,

No hospital, o psicólogo também estará realizando avaliação e atendimento psicológico aos familiares, apoiando-os e orientando-os em suas dúvidas, angústias, fantasias e temores. Junto à família, o psicólogo deverá atuar apoiando e orientando, possibilitando que se reorganize de forma a poder ajudar o paciente em seu processo de doença e hospitalização. Não se pode perder de vista a importância da força afetiva da família. Ela representa os vínculos que o paciente mantém com a vida e, é, quase sempre, uma importante força de motivação para o paciente na situação de crise.

Inserido numa equipe multidisciplinar, o psicólogo pode oferecer apoio e pautas de conduta para os familiares dos pacientes, pode contribuir com os médicos no diagnóstico diferencial de sintomas que podem ser de origem psicológica ou física, participar dos programas de pesquisa, promover formas de adaptação emocional da equipe diante a situações estressantes de vida e morte, auxiliar na tomada de decisões, entre várias outras possibilidades de atuação.(ALMEIDA,2015).

Para Simonetti (2004) a psicologia hospitalar não tem somente a dor do paciente como objeto de trabalho,mas também a angústia expressada pelos familiares e a angústia que a equipe disfarça e o médico nega.

Além de considerar essas pessoas individualmente a psicologia hospitalar também se ocupa das relações entre elas, constituindo-se em uma verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e médicos. (SIMONETTI, 2004, p.18)

Em caso do paciente terminal, o psicólogo poderá dar apoio à equipe multidisciplinar de saúde para que consiga suportar frustrações e sintomas de perda mediante morte iminente do paciente, e também ajudar os familiares preparando-os com o surgimento de fatores de risco que podem gerar um luto complicado após a perda do ente. (ALMEIDA,2015).

Fonseca apud Almeida (2015) descreve sobre o trabalho que o psicólogo faz com os familiares do paciente,

Ao psicólogo cabe o assessoramento à família, ajudando a resolver, muitas vezes, dúvidas práticas a respeito da situação que a família vem passando, ajudá-la a compartilhar os sentimentos, angústias, medos e dúvidas, auxiliá-la a esclarecer aspectos que não foram verbalizados, bem como proporcionar importantes despedidas. A atuação do psicólogo também está em facilitar o processo de tomada de decisões e resolução de problemas pendentes, apoiando a família e proporcionando um desenvolvimento maior de habilidades ao lidar com as emoções que permeiam este processo de morte e separação.

Deste modo, percebe-se que o papel do psicólogo dentro do hospital não é somente trabalhar com os pacientes internados, mas de trabalhar com os familiares e com a equipe multidisciplinar, pois devido os sentimentos e emoções que a situação pode causar gera uma grande demanda de intervenção. (ALMEIDA,2015).

No referente à abordagem da morte nos cursos de psicologia,Junqueira e Kovács (2008) consideram que a inclusão do tema na formação do psicólogo tem relevante importância porque como profissional de saúde a morte compõe o seu cotidiano. O psicólogo também encontra a morte como componente no contexto da escola, no contexto organizacional e na prática clínica e na conjuntura hospitalar.

2.3.2 Ação do médico

Em casos de dar a notícia da doença ao paciente internado e quando o óbito acontece no hospital, compete ao profissional médico informar aos familiares do paciente que ocorreu a morte. Santos (2009)expõe sua posição ao dizer que o médico enquanto líder do sistema de saúde é o responsável direto por informar os familiares sobre a morte.

Transmitir uma notícia desagradável tanto ao paciente quanto aos familiares, pode ser também desconfortável para o médico por diversos motivos. Primeiro, porque ele se vê em uma situação difícil ao ter que dar a notícia e lidar com as emoções e reações do paciente e sua família. Também, o médico precisa lidar com seus receios e emoções, tendo que enfrentar sua própria finitude. E isso se dá, devido ao fato de que a maioria deles não recebeu um treinamento adequado quando estavam se formando que desse mais segurança a eles ao passar más notícias. (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).

Cuidar de pacientes com estágio avançado de doenças causa grandes desgastes físicos e emocionais aos profissionais da saúde por acompanharem a evolução da doença e pela triste realidade de estar próxima a morte. Devido ao cuidado destes pacientes, o médico pode desenvolver sentimentos negativos de fracasso, de frustração e até mesmo de impotência. (AMARAL et al, 2008).

Para os médicos, ter a morte como uma das características de trabalho, pode gerar alguns sentimentos que são difíceis de suportar, pois devido existir uma pressão externa de colegas de profissão e também pelo papel adquirido pela sociedade como de competência técnica, especificidade e neutralidade afetiva, podem deixar guardados com eles mesmos, gerando um sofrimento ao profissional. (STANISCIA et al, 2011).

A dificuldade que o médico pode ter ao encarar a morte ocorre devido à exigência consigo mesmo em relação ao controle que acredita que tem, do que vai ocorrer na saúde do paciente. Perante a morte, os médicos “muitas vezes se questionam sobre os procedimentos realizados, sentem culpa, impotência e não há um espaço para que falem sobre essas questões no ambiente de trabalho” (s.p.). E estes sentimentos ficam guardados com eles. (ALMEIDA, 2015).

Em relação ao profissional informante, muitos são os fatores relacionados que podem prejudicar ou auxiliar na comunicação da morte, são eles: personalidade de cada profissional, a formação médica, as experiências que cada um teve com a morte de pessoas ligadas a ele no passado, ou a sua própria proximidade com a morte, seu posicionamento filosófico e também a crença individual de cada um. (SALGADO et al, 2009).

Portanto, cabe ao médico estar preparado para lidar com qualquer uma das situações que se apresentem em relação ao processo de comunicação do óbito do paciente aos familiares.

O papel do psicólogo e do médico no contexto hospitalar apresenta-se de forma, ora de aproximação ora de complementação, mas uma certeza que se pode afirmar é da importância de ambos nos eventos de morte do paciente e, em especial, na comunicação deste aos seus familiares.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Para realizar este trabalho, utilizou-se num primeiro momento a pesquisa bibliográfica, que segundo Neves, Jankoski, Schnaider (2013) “é o levantamento de um determinado tema, processado em bases de dados nacionais e internacionais que contêm artigos de revistas, livros, teses e outros documentos”. E, para um segundo momento foi aplicado um questionário com perguntas específicas, a quatro profissionais que trabalham em um Hospital Geral na cidade de Ponta Grossa, dois deles são médicos, um residente de neurologia e o outro intensivista da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, e a duas psicólogas que atendem toda a demanda do hospital.

Escolheu-se o método qualitativo pela vantagem deste levar em conta a subjetividade, tanto do pesquisador quanto dos pesquisados. Além disso, este método permite um maior aprofundamento das questões que esta pesquisa objetiva, além das que foram trazidas pelos próprios sujeitos, não havendo preocupação com frequência de aparecimento de dados, mas sim com a relevância dos mesmos.

Segundo Bardin (1977), na pesquisa qualitativa a inferência surge a partir da presença do objeto ou tema de estudo e não sobre o número de vezes em que isto acontece, aspecto este defendido pelo presente método. Rey (1997) valoriza o método de estudo qualitativo na medida em que só ele é capaz de levar em conta a subjetividade de cada sujeito, do investigador, e também do processo de investigação. O autor considera o estudo qualitativo um processo aberto, caracterizado pela constante continuidade do pensamento criativo do pesquisador.

Para a concretização da pesquisa foram elaboradas dez questões relacionadas aos sentimentos vividos pelos médicos e pelos psicólogos nos momentos de comunicação da morte do paciente aos familiares.

Para a escolha dos médicos utilizou-se de um critério no qual um dos médicos possui uma maior experiência profissional, pois é o mais tempo formado em medicina e também morou por certo período no exterior. O outro apresenta formação mais recente e está no processo de residência neurológica. Já para as psicólogas, a escolha residiu por estas atenderem em todos os setores do hospital, possuindo assim experiências diversificadas.

Para contatar os sujeitos, as pesquisadoras foram até o hospital com o projeto e os documentos de autorização. Estes foram informados de que se tratava de uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão Curso de Bacharelado em Psicologia.

A coleta de dados ocorreu mediante questionário estruturado. Teve-se o cuidado na sua construção da clareza das questões. Para maior comodidade dos informantes e pelo período de aplicação, os questionários foram enviados por meio eletrônico individualmente, acompanhados das devidas notas explicativas sobre a pesquisa.

No entanto, alguns participantes, optaram por responder o questionário digitando suas colaborações em especial à parte referente aos objetivos do estudo, alegando se sentirem mais à vontade com esta opção. As informações dos participantes foram colocadas no trabalho na íntegra, sendo realizados ajustes de omissão de pequenos termos apenas para a construção da análise. Tais ajustes ficaram evidenciados por parênteses e reticências.

Foram tomados os cuidados necessários para que esta pesquisa não causasse qualquer tipo de dano aos sujeitos. Houve preocupação em garantir a beneficência, não maleficência, justiça e equidade, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, resolução nº 196/96, a qual trata da pesquisa envolvendo seres humanos. A identidade dos sujeitos foi preservada para o estudo assim como para qualquer publicação. Para proteger o anonimato dos sujeitos, estes foram indicados, no texto do estudo, como M1 e M2 os médicos e P1 e P2 as psicólogas.

Para análise do material foi escolhido o Método de Análise de Conteúdo. Com a utilização deste método de análise é possível, segundo Bardin (1977, p. 29) a “descrição de mecanismos de que a priori não detínhamos a compreensão”. A pertinência desta técnica deve-se ao fato de que qualquer comunicação pode ser analisada pela análise de conteúdo e que, apesar de ser uma técnica já existente permite, ao mesmo tempo, que seja reinventada a cada novo trabalho (IDEM, 1977, p. 29).

O primeiro passo para a análise foi realizar o que Bardin (1977, p.29) denomina de ‘leitura flutuante’. Os dados foram lidos pela primeira vez com a intenção apenas de entrar em contato com o material, sem preocupações específicas.

Para o segundo momento de análise recorre-se a categorização dos temas. Foram levantadas algumas categorias a partir de temas considerados importantes de serem analisados. Bardin (1977) explica que os temas são “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto” (p. 105).

A categorização consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (p. 105).

No terceiro momento foi a discussão dos dados quando se buscou agregar a teoria às análises realizadas.

Logo a realização da primeira etapa da análise dos questionários, a chamada ‘leitura flutuante’, foram destacadas algumas categorias presentes em um ou mais documentos, com base tanto no que surgiu desta leitura, quanto nos objetivos propostos para o estudo. Foram destacadas as seguintes categorias: sofrimento, acolhimento, responsabilidade, sentimentos, impotência, culpa, apreensão, empatia, compaixão, burocracia, pesar e vínculo.

A organização dos dados através do levantamento das categorias foi importante para dar conta de abordar o tema desejado de forma clara, tanto às pesquisadoras quanto aos leitores.

Por tratar-se de um estudo exploratório, caracteriza-se pela preocupação de identificar os fatores que contribuem para a ocorrência dos fenômenos e por se aprofundar no conhecimento da realidade e explicar o porquê das coisas. É o tipo mais complexo e delicado, já que os riscos de cometer erros são aumentados consideravelmente. (GIL, 2002).

Para análise dos dados da caracterização pessoal e profissional dos sujeitos do estudo, realizou-se a tomada dos dados de forma direta da primeira parte do instrumento.

Caracterizando os sujeitos da pesquisa, estes foram dois da área médica e dois da área da psicologia pertencentes a um hospital público da cidade de Ponta Grossa.

IDENTIFICAÇÃO	PROFISSÃO	SEXO	IDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO
J.C.S. (M1)	Médico	Masculino	50 anos	24 anos
G.S.P. (M2)	Médico	Masculino	26 anos	2 anos e 8 meses
T.E.M. (P1)	Psicóloga	Feminino	29 anos	7 anos
B.F.L. (P2)	Psicóloga	Feminino	25 anos	2 anos e meio

A seguir, serão apresentados os resultados relacionados à segunda parte do roteiro, a qual inclui as questões efetivadas no processo de coleta formando o discurso.

3.1 Análise e discussão

Quanto à organização dos dados, optou-se por seguir o roteiro das questões. As ideias centrais obtidas foram agrupadas pela sua semelhança ou complementaridade.

Diante dos questionamentos propostos, as respostas tanto dos médicos como dos psicólogos não apresentaram divergências significativas. Sendo assim, a discussão desta etapa foi realizada abordando simultaneamente os significados dados pelos profissionais de forma aleatória, compondo o texto de forma harmônica.

a) Qual é o papel de cada profissional (médico e psicólogo) quando acontece o óbito no hospital?

Quando questionados sobre o seu papel como profissional, os médicos relataram sobre a responsabilidade em dar a notícia explicitando sobre a rotina do referido evento.

Sou responsável por dar a notícia do falecimento do paciente aos familiares, assim como esclarecer as condições que levaram ao óbito. Além disso, sou responsável pelo preenchimento de documentos acerca do evento. (M2).

De acordo com Paiva (2009), em um hospital, o referencial do paciente é o médico.

(M1) firma a responsabilidade do médico quando pontua que cabe a este:

- 1) Verificar, confirmar e atestar o óbito em prontuário
- 2) Completar a parte médica da declaração de óbito, com o diagnóstico e a causa mortis
- 3) Notificar verbalmente o responsável pelo paciente que faleceu.

A importância do profissional da psicologia fica bem clara na informação a seguir. Este acompanha o médico, acolhe a família no tempo em que se fizer necessário e ainda acompanha os trâmites burocráticos.

Acompanhar o médico no momento da notícia, acolher o sofrimento da família dando apoio psicológico necessário, dar a possibilidade de a família ver o seu ente querido. Após esse momento o serviço social atua nas orientações burocráticas. Permaneço durante todo o tempo necessário variando de acordo com cada caso e cada família. (P2).

Acompanhar o médico no momento da notícia aos familiares, e acolhe-los em seu sofrimento, permanecer com a família e dar suporte psicológico para a dor sentida. Acompanhar ao necrotério para ver o corpo e concretizar o simbólico da perda. Orientar junto ao Serviço Social procedimentos burocráticos a partir da percepção de qual ente está mais apto a receber tais informações práticas. (P1).

Pelas informações até então, percebe-se que quem revela a notícia de óbito aos familiares é o médico, acompanhado pelo psicólogo.

Nas duas colocações, os psicólogos relatam sobre sofrimento. Relatando sobre o sofrimento, os psicólogos retratam o pensamento de Oliveira e Amorim (2008, p.195), para estes autores “a morte constitui ainda um acontecimento que traz muito sofrimento e que choca”. “A morte, para muitos, é somente sofrimento”, corroboram Carvalho e Azevedo. (2009, p. 174).

Segundo Salomé, Cavali e Espósito (2009), a morte pode ter vários significados, de acordo com a formação estrutural, cognitiva e religiosa de cada pessoa. Sendo assim, cada indivíduo encara a morte e o processo de morrer de formas diferentes, como se pode observar nos depoimentos que compõem este estudo.

b) Ao comunicar os familiares sobre a morte do paciente e ao apoiar esses familiares, sente alterações emocionais? Descreva.

Os profissionais relataram que as alterações emocionais podem ocorrer ou não. Para (M2),

Eventualmente sim, sendo essas alterações muito relativas ao vínculo que foi criado com o paciente e familiares ao longo do atendimento. Por vezes a relação é muito boa, trazendo alta carga emocional no momento da notícia do óbito.

Segundo Costa e Lima (2005) o sofrimento é menor quando a internação é rápida e não há tempo para estabelecimento de vínculos não ocorrendo, portanto, envolvimento emocional.

Os prognósticos sobre o paciente também influenciam os sentimentos dos profissionais.

Quando o paciente não tem prognóstico de vida, os sentimentos são bons e positivos, comumente acompanhado por sentimento de alívio, porque você vê o sofrimento acabar. (M1)

O prognóstico não bom parece preparar o profissional para a morte de seu paciente, entretanto a morte súbita ou de pacientes jovens acentuam os sentimentos de impotência, identificação e culpa. (MARTINS; ALVES; GODOY, 1999).

Quando o paciente tem prognóstico mas morre, o sentimento varia, dependendo do tipo da doença, mas todos os sentimentos neste caso (meu caso), podem ser considerados negativos, variando de perda pessoal à impotência.(M1).

Às vezes acontece de ter algum caso muito parecido com o vivenciado na minha história, ocorrendo assim uma transferência é por isso que se tornam tão importantes a análise semanal e a supervisão. A família é atendida da mesma maneira que as outras em nenhum momento essa transferência é mostrada aos familiares. (P2)

Dependendo do caso sim, quando existe algum tipo de transferência, com alguma situação pessoal semelhante, mas em nenhum momento isso é demonstrado para a família a ser atendida, esse conteúdo é levado para a sessão de terapia individual feita semanalmente. (P1)

c) Já se sentiu culpado pela morte de um paciente, ou por não dar apoio suficiente?

Sobre o sentimento de culpa e não dar apoio suficiente durante o processo há uma divisão entre os profissionais. Alguns tomam a culpa atribuindo até mesmo à extensão de atividades desenvolvidas, como se pode observar na revelação de (M2):

Sim, mais de uma vez. Em vista da grande carga de trabalho as vezes não é possível ser tão cuidadoso no atendimento quanto gostaríamos. As consequências disto podem ser sérias e mesmo que a responsabilidade do óbito não seja diretamente imputável ao médico, o sentimento de culpa é inescapável.

Segundo Valim e D' Agostini (2015), os profissionais da Saúde vivem fatores que os fazem sentirem culpados ou até mesmo desmotivados perante a perda, mas, essa ideia é devido ao envolvimento e por questões que a família do paciente traz. (VALIM; D'AGOSTINI, 2015)

No entanto, outros relatam que há impotência, há dor, mas não culpa como sentimento reconhecido. Como coloca (P1)

O sentimento de impotência sobre a dor do outro nem sempre é fácil de lidar, mas culpa acredito que não seria o caso.

Já (M1) afirma a não existência da culpa, para este:

(...) sentir culpar implica em senso ético e obrigatoriamente sentir remorso. Como você pode se sentir culpado por ajudar alguém? Por quê sentir remorso por ajudar alguém?

É importante ressaltar o contexto onde ocorre o luto, pois este pode influenciar sobre o sentimento de culpa. (P2) nos aproxima desta situação quando relata:

Nunca me senti culpada, no entanto, é nítida a diferença de como as famílias reagem quando já é um caso do qual estou acompanhando e conseqüentemente conheço esses familiares. A família te reconhece como profissional do qual vai acolher seu sofrimento e sabe que você está ali justamente pra prestar o apoio psicológico necessário. Muito diferente de quando é um paciente que chegou ao pronto atendimento acaba indo a óbito.

d) Quais os sentimentos vividos antes e depois da comunicação da notícia do óbito aos familiares do paciente?

Antes de se expor sobre os sentimentos vividos, faz-se necessário uma diferenciação entre sentimento vivido e vívido, pois um dos profissionais apresenta este questionamento.

Tais termos são de categorias gramaticais distintas. Vívido é um adjetivo que “expressa vivacidade, força e vigor; vivo. De teor intenso, ardente; que contém intensidade (...)” e vivido coloca a questão temporal do verbo viver no sentido de experimentar. Na mesma fonte diz-se de algo vivido por alguém. Possui experiência, saber ou conhecimento sobre algo. (DICIO, 2016).

Os sentimentos vividos antes e depois da comunicação da notícia do óbito aos familiares do paciente são vários e em graus diferentes. O primeiro a ser destacado é a apreensão.

O sentimento presente é de apreensão de como a família irá reagir, principalmente se é uma família da qual eu não tive um contato antecipadamente.(P2).

Antes o sentimento é um pouco de apreensão e ansiedade por não saber como eles irão se comportar, reações extremas como agressividade trazem sentimentos de apreensão, depois que todo o processo é feito, a tristeza aparece por alguns minutos mas logo passa ao nos envolvermos com tantos outros casos que demanda um hospital. (P1).

Ao receber a notícia os familiares podem reagir e suas reações podem deixar o profissional frustrado, defensivo ou até irritado. (PHIPPS; CUTHILL, 2002 apud CARVALHO; AZEVEDO, 2009).

O sentimento de apreensão e tristeza é confirmado por (M2)

Antes da notícia sente-se apreensão e tristeza pelo ocorrido.

A tristeza é um sentimento intrínseco ao ser humano, todas as pessoas a sentem em algum momento de sua vida, e o profissional por estar muito próximo às situações críticas, também está mais vulnerável a ela. O contato constante com a morte angustia profundamente, talvez seja porque ela retira as defesas construídas

durante toda a vida para negar a morte. (SHIMIZU, 2007).

A situação posterior à notícia revela sentimentos múltiplos.

Após a notícia os sentimentos são os mais variáveis possíveis. Já senti alívio, aumento do pesar e até raiva, dependendo da reação dos familiares ao receber a notícia. Obviamente não posso deixar estes sentimentos negativos transparecerem, mas sendo um ser humano dotado de empatia sou incapaz de não senti-los.(M2).

Nem sempre os momentos antes e depois se caracterizam de forma diferenciada. Segundo (M1),

Antes e depois, o sentimento é exatamente o mesmo, ou seja, nenhum sentimento em relação ao paciente ou familiares. Durante o ato de dar a notícia, "independente do tempo que leve", os sentimentos são os mesmos vívidos e vividos pelos familiares envolvidos.

A situação do óbito em si oportuniza momentos. Como coloca (P2),

Após o óbito fico alguns minutos reflexiva.

e) Sente-se preparado para dar a notícia do óbito e para dar suporte aos familiares?

Constatar o óbito, revelar a notícia aos familiares são fatos, no entanto como se sentem os profissionais para esta revelação?

Conforme (M2),

Sim. Apesar do pouco tempo de profissão tive um bom preparo teórico durante a graduação.

(M1) revela o envolvimento da equipe multidisciplinar. Segundo seu depoimento,

Em pacientes aos meus cuidados, sempre. Caso contrario nunca me proporia a fazer, pois é um dos mais difíceis atos da minha profissão. Considero o preparo e o ato, similares à cirurgia ou a ato médico mais delicado que você (s) possa (m) imaginar. Frequentemente solicito o envolvimento de equipe multidisciplinar quando disponível.

A Psicologia se revela marcante nesta situação. (P2) confirma esta marca com seu depoimento:

Com certeza, a psicologia hospitalar foi a área de atuação que eu escolhi. Me especializei, faço análise e supervisão então me sinto preparada para dar o suporte necessário para os familiares.

(P1) refere-se ao tempo de experiência profissional, expondo a relação direta das dificuldades quanto a pouca experiência,

Acredito que sim, com os anos de experiência isso torna-se um hábito, mas o início realmente não foi fácil, o envolvimento é maior e mais difícil não sofrer junto.

f) Quais os pensamentos, sentimentos e emoções vivenciadas no momento de dar a notícia e ao ter de apoiar os familiares?

No momento de dar a notícia sobre o óbito aos familiares e prestar-lhes apoio emergem nos profissionais pensamentos, sentimentos e emoções.

Como mencionado anteriormente, os sentimentos são extremamente variáveis. Me recordo de uma paciente que ficou internada durante um curto período na UTI do hospital em que trabalho. Esta paciente foi internada por infecções de pele relacionadas a maus tratos dos familiares. Ao comunicar a notícia do óbito aos mesmos senti raiva, pois não era uma paciente idosa e sim alguém jovem porém com problemas de mobilidade. Em alguns outros casos não há outra opção a não ser compartilhar do luto da família, por exemplo no falecimento de um paciente pediátrico. Estes exemplos são situações mais extremas, que de alguma forma me marcaram. No geral, sempre algum grau de pesar acompanha a notícia e a orientação aos familiares.(M2).

Os sentimentos acometidos pelo profissional podem ser os mesmos dos familiares, no entanto, o profissional consegue redimensioná-los pela própria função que desempenha.

Exatamente os mesmos que o familiar estiver sentindo. A diferença é que eu consigo controlar as emoções e passar pelas fases psicológicas da negação a recuperação durante o tempo em que estou dando a notícia.(M1).

Pode ocorrer um sentimento tanto de empatia como de compaixão. De acordo com (P2) ocorre um,

Sentimento de empatia, mas ao mesmo tempo um distanciamento emocional para não sofrer, chorar junto com os familiares. Pois a nossa função como psicólogo deve ser de dar apoio psicológico.

Segundo Le Breton (1998, p. 133), os profissionais de saúde, em relação a enfrentarem sofrimento, precisa dominar sua tendência à empatia, para não chorar pelo destino de seus pacientes. O profissional precisa de um posicionamento com uma adequada distância afetiva.

A preocupação dos profissionais está em amenizar a dor vivenciada pelos familiares naquele momento, portanto pode nascer um sentimento de compaixão. Como afirma (P1) surge um,

Sentimento de compaixão. Tento passar um pensamento para que a família tenha forças ao enfrentar uma perda tão dolorida.

g) Utiliza de algum recurso individual antes de dar a notícia, e tem algum preparo para dar suporte aos familiares?

Os profissionais que vivem a situação aqui apresentada normalmente utilizam de recurso individual preparo para dar suporte aos familiares no momento de luto. Segundo (P1),

O acompanhamento psicoterapêutico individual semanal é o preparo necessário.

Assim como o acompanhamento psicoterapêutico há outras práticas realizadas como:

(...)análise semanal e supervisão mensal e os recursos psicológicos técnicos necessários para acompanhar a família nesse momento.(P2).

Tais práticas se revelam ainda,

(...)Desde consolo (suporte) verbal, emocional, hipnose, até medicamentos ansiolíticos ou sedativos se necessário.(M1).

No entanto,outro não como coloca(M2),

(...)Como regra não realizo nenhum preparo.

h) A morte do paciente influencia sua vida pessoal? E profissional?

A morte do paciente influencia a vida pessoal e profissional dos envolvidos na comunicação do óbito em graus diferentes. Como coloca (M2),

Na esfera profissional, sempre. Na esfera pessoal, eventualmente. Lidar com saúde e bem estar ensina muito a respeito de não evitar o inevitável e não prolongar o sofrimento. No momento da notícia do falecimento é curioso observar como cada familiar reage a notícia. Isto também serve como aprendizado, sendo interessante observar como o relacionamento com as pessoas mais próximas influencia na maneira com que cada um é lembrado.

Um evento como a morte,

Traz muitos ensinamentos sobre demonstrações de dor e fé tão diferenciadas, quando o senso comum traz um padrão único de sofrimento, para um profissional que trabalha com o ser humano isso é muito rico.(P1).

Para outro profissional o modo de ver o evento se traduz de forma positiva. Segundo (P2)

(...) devemos aproveitar o hoje e as pessoas que amamos enquanto estão vivas. Profissionalmente a experiência que vamos adquirindo, pois estamos em aprendizado profissional e pessoal a todo tempo.

De acordo com (M1)a morte do paciente não influencia a vida pessoal e nem aprofissional,

(...) Para quem crê a morte é um mito. Para quem não crê, é o final, e o final faz parte da vida. Morrer é o último ato da vida e a preparação faz parte do

ato. Não é proibido morrer, é uma obrigação, que todos teremos que cumprir.

Observa-se que os profissionais reconhecem de forma diferente a influência do óbito do paciente em sua vida seja pessoal ou profissional.

i) Como se sente quando o paciente vai a óbito? Vivencia algum tipo de luto quando isso acontece?

Sobre o estado de luto os profissionais relatam que podem vivê-lo ou não. Como relata (M2):

Normalmente não, porém por duas vezes passei por algum tipo de pesar pelo paciente. A primeira vez foi enquanto era médico do programa de saúde da família, meu primeiro emprego. Acompanhei uma gestante durante todo o pré natal e infelizmente a mesma sofreu um aborto, sendo este o primeiro paciente que perdi. O segundo foi durante a residência médica que atualmente curso, quando foi constatada a morte encefálica de um paciente de 11 anos. Talvez por relacionar a eventos da minha vida estes dois tenham tido uma carga emocional maior. Eventualmente o pesar se vai mas a memória permanece, trazendo também algum tipo de aprendizado e substrato para o amadurecimento.

Com a formação de vínculo com o paciente a fase de luto pode surgir. Conforme (P2),

Depende muito do caso, período de internação e vínculo com o paciente e família. Mas quando gera algum tipo de sentimento específico trabalho isso na análise.

Não somente o profissional específico passa pelo luto. Para (P1)

Depende do vínculo com os pacientes e familiares, pacientes com períodos longos de internação hospitalar geralmente causam um luto em toda a equipe de assistência.

No entanto alguns profissionais afirmam que não vivenciam nenhum tipo de luto.

(...)Como expliquei anteriormente, a vivência é somente quando compartilho a notícia com os familiares durante "aquele período". Caso algum sentimento anterior ou posterior a morte de um paciente permaneça, é recomendado ao profissional médico afastar -se do caso e das atividades e procurar auxílio ou suporte psicológico e/ou psiquiátrico. Até hoje não precisei fazer nenhum dos dois. (M1).

j) A formação acadêmica oferece recursos para trabalhar com a situação de óbito do paciente e com o apoio aos familiares?

Diante do exposto até então, para que o profissional consiga realizar a comunicação do óbito do paciente e dar apoio aos familiares, pensa-se na utilização

de recursos oferecidos em sua formação acadêmica. Para Souza et al. (2009), os profissionais da saúde precisam estar preparados para lidar com o sentimento de perda e com o sofrimento vivenciado pela família que perderam o ente querido.

De acordo com(M2),

(...) Durante a faculdade tive bom preparo teórico para lidar com este tipo de situação mas frequentemente a realidade diverge da teoria. Não aprendi o quanto a carga emocional do próprio médico influi ao dar uma má notícia. Porém acredito que mesmo não sendo confrontado com a realidade a base aprendida na faculdade foi importante para o manejo deste tipo de situação hoje.

Porém,a formação inicial contribui de forma parcial. Como coloca (P2),

O que contribuiu para hoje eu conseguir trabalhar com o óbito foi o estágio que realizei no último ano de faculdade no ambiente hospitalar, acompanhando a minha supervisora local nos óbitos que ocorriam. No entanto, na sala de aula nunca ouvi nenhum professor relatar de como deveria ser a atuação do psicólogo neste contexto.

A parcialidade é confirmada por (P1),

Muito superficialmente quando aprendemos que a psicologia “suporta” o sofrimento do outro, mas em caso de óbitos o sofrimento é latente e diferente do rotineiro, e isso a formação acadêmica não dá conta de transmitir aos estudantes, acredito que a prática forme esse repertório.

Todavia segundo (M1) não há recursos oferecidos no campo acadêmico nacional para que o novo profissional da área médica possa trabalhar com o tema morte. Este destaca a formação dos campos internacionais, em especial o dos Estados Unidos e Austrália.

(...) Não encontrei matéria específica sobre o tema no currículo médico universitário no Brasil.

Em algumas escolas médicas dos EUA e Austrália (as quais tive contato direto), existe matéria específica, com carga horária de treinamento médico, especificamente de como proceder ao dar a notícia de morte. É equivalente a um treinamento militar, com comportamento, postura e atitudes pré determinados ao profissional médico. Qualquer comportamento aberrante por parte do profissional é considerado atitude anti-ética, passiva de punição. Algumas escolas médicas, no caso mencionado, por mim experienciadas, proíbem até o contato físico do médico com o familiar do paciente que faleceu. Identifico-me em defesa destas escolas médicas pelo fato de que os países mencionados tem uma grande população de muçulmanos, e alguns ramos do Islamismo não permitem o toque entre um homem e uma mulher que não sejam casados, podendo ser considerado um desrespeito passível de punição.

Com relação à inclusão do tema morte na formação acadêmica nas instituições de ensino superior de medicina, percebe-se quase uma ausência total. Starzewski Júnior, Rolim e Morrone (2005) afirmam que, 30% a 60% dos médicos aprenderam a lidar com o assunto durante a residência médica, na prática ou até

mesmo observando profissionais com mais experiência durante a rotina.

Enfim, a formação é exteriorizada como inadequada pelos profissionais quanto à inclusão do termo morte nos currículos.

Após estes encaminhamentos, dá-se por encerrada a análise e já é possível, chegar-se as considerações.

4 CONCLUSÃO

O presente trabalho permitiu compreender os sentimentos dos médicos e psicólogos ao informar o óbito aos familiares.

Ao dar a notícia de morte e direcionar apoio aos familiares, verificou-se que ocorreram alterações emocionais distintas para os profissionais perante o vínculo que possuem com o paciente, o seu prognóstico e a sua transferência. E quando as psicólogas vivenciam essas alterações acabam levando para falar em supervisão com outro profissional da psicologia, visto que os médicos não, o que seria de grande importância.

Foi possível constatar que os profissionais possuem preparo interno para dar a notícia de morte aos familiares devido a experiência vivenciada na prática. E que a maioria deles utilizam de recursos individuais, para que não ocorra sofrimento pessoal.

Em relação a formação acadêmica, apenas um dos profissionais relatou ter um bom preparo teórico, diferente dos outros profissionais que tiveram preparo fora da instituição acadêmica.

Quando o paciente vem à óbito, alguns profissionais vivenciam sentimentos de culpa e impotência, sendo que outros não vivenciam tais sentimentos.

Diante do estudo, compreende-se que o psicólogo, ao integrar a equipe de saúde de um hospital, contribui para o bom funcionamento interdisciplinar, facilitando, quando necessário, a comunicação entre seus membros e, no caso específico, deste estudo, no momento de comunicação do óbito do paciente aos familiares. Seu trabalho com o paciente é bastante específico e atua junto aos familiares após a comunicação do óbito, realizada pelo médico.

Mostram os dados que os profissionais acabam por aprender a informar o óbito na prática profissional, com o dia a dia.

Percebe-se que nem sempre o tempo de exercício da profissão é fator determinante para que o profissional se sinta preparado para exercer a tarefa de comunicação do óbito aos familiares.

Os riscos previstos nessa pesquisa foi o do profissional não poder colaborar com as questões levantadas, sendo por não conseguir respondê-las, ou por não se sentir bem com as questões propostas, no entanto isso não aconteceu, ao contrário,

desde o início do projeto, dispuseram-se positivamente, sempre acompanhando o desenrolar das ações das pesquisadoras.

Como benefício a pesquisa aponta que a morte do paciente pode causar alterações emocionais nos profissionais, e que é de extrema importância que estes tenham um bom preparo para a comunicação. Com este estudo pode-se pensar na possibilidade de realizar grupos de estudo para a preparação dos profissionais na formação inicial com o objetivo de prepará-los para o tema discorrido e suas nuances.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. V.S. A Atuação do Psicólogo Hospitalar Diante da Morte em Unidades de Terapia Intensiva. **Psicologado artigos**. [S.l.: s.n.], fev. 2015. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-atuacao-do-psicologo-hospitalar-diante-da-morte-em-unidades-de-terapia-intensiva>> Acesso em: 19 de jul. de 2016.
- AMARAL, M. X. G. et al . Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11,n. 1, p. 61-86, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BASSO, L. A.; MARIN, A. H. Comportamento de apego em adultos e a experiência da perda de um ente querido. **Aletheia**, Canoas, n. 32, p. 92-103, ago. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2016.
- CHIATTONE. H. B. C. Prática Hospitalar. In: Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, 08, 2003, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Hospitalar, 2003, p. 20 – 32.
- CARVALHO, P. R. A; AZEVEDO, N. S. G de. Quando quem morre é criança. In: SANTOS, F. S. (Org.) **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.
- COSTA, J. C. da; LIMA, R. A. G. de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/ adolescente no processo morte e morrer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157, mar./abr.2005.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- JUNQUEIRA, M. H. R.; KOVÁCS, M.J. Alunos de Psicologia e a educação para a morte. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 28, n. 3, p. 506-519, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000300006>.
- KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, p.420-429, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2016.

LABATE, R. C.; CASSORLA, R. M. S. A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 21 (2): 101-105, 1999.

LE BRETON, D. **Laspasionesordinarias**. Antropología de las emociones. Buenos Aires: Nueva Visión, 1998.

MACHADO, L. M.B. Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos. Ponta Grossa: IESSA, 2011.

MARTINS, E. L.; ALVES, R. N.; GODOY; S. A. F. de. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 52, n. 1, p. 105-117, jan./mar. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n1/v52n1a12.pdf>> Acesso em: 12 set. 2016.

MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 203-227, dez.2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2016.

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2016.

NEVES, L. M. B.; JANKOSKI, D. A.; SCHNAIDER, M. J. Tutorial de Pesquisa Bibliográfica. Universidade Federal do Paraná Sistema de Bibliotecas B I B L I O T E C A D E C I Ê N C I A S D A S A Ú D E **Sede**, Curitiba, mai. 2013. Disponível em: <http://www.portal.ufpr.br/pesquisa_bibliogr_bvs_sd.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

OLIVEIRA, W. I. A. de; AMORIM, R. da C. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 191-197, jun.2008.

PAIVA, L. E. O médico e sua relação com o paciente diante da morte. In: SANTOS, F.S. **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.

REY, F. G. **EpistemologíaCualitativa y Subjetividad**. São Paulo:Educ., 1997.

SALGADO, C. L. et al. Morte e enfrentamento: um olhar para a prática médica. **Prática Hospitalar**, São Paulo, ano 6, n. 66, p. 116-119, nov./dez. 2009.

SALOMÉ, G.M; CAVALI, A; ESPÓSITO, V. H. C. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, Brasília, DF, v. 62, n. 5, p. 681-686, set./out.2009.

SANTOS, F. S. Conceituando morte. In: SANTOS, F.S. (Org.) **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.

SANTOS, J. L.; BUENO, S. M. V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 272-276, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2016.

SEBASTIANI, R.W. Psicologia da Saúde: uma especialidade dedicada ao cuidado humano. In: BORTOLLETTI, F.F. **Psicologia na prática obstétrica**: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Manole, 2007.

SENTIMENTOS. Disponível em: <https://www.dicio.com.br>. Acesso em: 1 out. 2016.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, Brasília, DF, v. 60, n. 3, p.257-262, maio/jun.2007.

SILVA, C. C. A Morte e a Elaboração do Luto na Visão de Alguns Autores. **Psicologado artigos**. Sobral-CE, abr. 2013. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/tanatologia/a-morte-e-a-elaboracao-do-luto-na-visao-de-alguns-autores>>. Acesso em: 06 mar. 2016.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar**: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004. 200 p.

SOUZA, J. de L. et. al. A família , a morte e a equipe: acolhimento no cuidado com a criança. In: SANTOS, F.S. **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

STANISCIÁ, A. C. M. et al . Dificuldades emocionais vivenciadas pelos médicos intensivistas da unidade de terapia - adulto de um hospital geral privado. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-73, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2016.

STARZEWSKI JÚNIOR, A. S; ROLIM, L. C; MORRONE, L. C. O preparo do médico e a comunicação com famílias sobre a morte. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 11-16, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000100013>. Acesso em: 10 out.2016.

VALIM, F. B.; D'AGOSTINI, C. L. A. F. Morte e Luto: reações da equipe multidisciplinar diante da morte do paciente. **Pesquisa em Psicologia Anais Eletrônicos**, Joaçaba, 101-122, 2015. Disponível em: http://editora.unoesc.edu.br/index.php/pp_ae/article/view/8698 . Acesso em: 12 set. 2016.

APÊNDICE A – Questionário



**O POSICIONAMENTO DO MÉDICO E DO PSICÓLOGO NA COMUNICAÇÃO
DO ÓBITO DO PACIENTE AOS SEUS FAMILIARES.**

1) Dados pessoais e profissionais dos participantes do estudo.

- a) **Gênero:** _____
- b) **Idade:** _____
- c) **Tempo de formado:** _____
- d) **Profissão:** _____

2) Questões relativas aos objetivos da investigação:

- a) Qual é o papel de cada profissional (Médico e Psicólogo) quando acontece o óbito no Hospital?

- b) Ao comunicar os familiares sobre a morte do paciente e ao apoiar esses familiares, sente alterações emocionais? Descreva-as.

- c) Já se sentiu culpado pela morte de um paciente, ou por não dar apoio suficiente?

- d) Quais os sentimentos vividos antes e depois da comunicação da notícia do óbito aos familiares do paciente?

- e) Sente-se preparado para dar a notícia do óbito e para dar suporte aos familiares?

- f) Quais são os pensamentos, sentimentos e emoções vivenciadas no momento de dar a notícia e ao ter de apoiar os familiares?

- g) Utiliza de algum recurso individual antes de dar a notícia, e tem algum preparo para dar suporte aos familiares?

- h) A morte do paciente influencia sua vida pessoal? E profissional?

- i) Como se sente quando o paciente vai a óbito? Vivencia algum tipo de luto quando isso acontece?

- j) A formação acadêmica oferece recursos para trabalhar com a situação de óbito do paciente e com o apoio aos familiares?

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR SANT'ANA

FACULDADE SANT'ANA — Recredenciada pela Portaria MEC nº 1473 de 07 de Outubro de 2011.

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO SANT'ANA — Credenciado pela Portaria MEC nº 2812 de 3 de outubro de 2002
Rua Pinheiro Machado, 189 – Ponta Grossa – PR - CEP 84010-310 – (42) 3224-0301

<http://www.iessa.edu.br> - secretaria @iessa.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Nós, Annemieck Los e Elaine Lacerda, pesquisadores da Faculdade Sant'Ana, convidamos o Senhor _____ a participar da pesquisa: “O posicionamento do médico e do psicólogo na comunicação do óbito do paciente aos seus familiares.”

O objetivo desta pesquisa é: analisar o posicionamento interno (pensamentos, sentimentos, emoções) do médico e do psicólogo em relação à comunicação da morte do paciente. E tem como objetivos específicos: identificar os recursos individuais utilizados pelo médico e pelo psicólogo antes da comunicação de morte do paciente aos familiares; Identificar o grau de influência no médico a morte do paciente e verificar a relação do médico e do psicólogo com a perda do paciente.

O senhor receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo. Sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

A sua participação será através de respostas fornecidas a um questionário sobre o tema em questão, presencialmente aos pesquisadores em local de trabalho dos profissionais.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição no momento da defesa pública do trabalho, podendo ser publicados posteriormente e em nenhum momento seu nome será divulgado. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.



INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR SANT'ANA

FACULDADE SANT'ANA — Recredenciada pela Portaria MEC nº 1473 de 07 de Outubro de 2011.

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO SANT'ANA — Credenciado pela Portaria MEC nº 2812 de 3 de outubro de 2002
Rua Pinheiro Machado, 189 – Ponta Grossa – PR - CEP 84010-310 – (42) 3224-0301

<http://www.iessa.edu.br> - secretaria @iessa.edu.br

Os riscos que podem ser previstos nessa pesquisa, é do profissional não poder colaborar com as questões levantadas, sendo por não conseguir respondê-las, ou por não se sentir bem com as questões realizadas.

A pesquisa tem como benefício proporcionar aos médicos formas de poderem comunicar o óbito aos pacientes, conseguindo alcançar o bem estar psicológico e a família obter apoio desse médico ao dar a notícia. Outro benefício é dessa pesquisa estar a disposição de médicos que estão se formando e que já estão formados, e para outros estudando que possuam interesse no assunto.

No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Os pesquisadores Elaine Lacerda, estudante, (42) 3236-4789 (42) 9912-8868, elaine_lacerda4@hotmail.com; Annemieck Los, estudante, annemieck@hotmail.com, (42) 8816-5285, responsáveis por este estudo poderão ser contatados nos e-mails elaine_lacerda4@hotmail.com e annemieck@hotmail.com e nos telefones (42) 9912-8868 e (42) 8816-5285 durante o dia para esclarecer eventuais dúvidas que o Senhor possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/SANT'ANA pelo Telefone (42) 32240301. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. Os instrumentos de coleta respeitarão completamente o seu anonimato. Tão logo transcritos e analisados os dados a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.



INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR SANT'ANA

FACULDADE SANT'ANA — Recredenciada pela Portaria MEC nº 1473 de 07 de Outubro de 2011.

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO SANT'ANA — Credenciado pela Portaria MEC nº 2812 de 3 de outubro de 2002
Rua Pinheiro Machado, 189 – Ponta Grossa – PR - CEP 84010-310 – (42) 3224-0301

<http://www.iessa.edu.br> - secretaria @iessa.edu.br

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios e entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

Ponta Grossa,de.....de2016.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou do responsável legal para a participação neste estudo.

(Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)

Ponta Grossa,de.....de2016.

Obs: Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante da pesquisa.

