

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

O Olhar dos Profissionais da APS sobre a Finitude: Impactos Pessoais e Profissionais da Morte na Prática de Cuidado

Ana Paula de Melo Dias, Jorge Esteves Teixeira Junior, Raquel Ferreira, Rivadavio Fernandes
Batista Amorim

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12775>

Submetido em: 2025-08-03

Postado em: 2025-08-04 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Título: O Olhar dos Profissionais da APS sobre a Finitude: Impactos Pessoais e Profissionais da Morte na Prática de Cuidado

Title: The Perspective of PHC Professionals on Finitude: Personal and Professional Impacts of Death on Care Practice

Título: La perspectiva de los profesionales de la APS sobre la finitud: Impactos personales y profesionales de la muerte en la práctica asistencial

Autores:

Ana Paula de Melo Dias - Pós Graduanda do Curso de Doutorado em Ciências Médicas da Universidade de Brasília – ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7772-6668>

Jorge Esteves Teixeira Junior – Médico de Família e Comunidade, Doutor em Saúde Coletiva IMS/UERJ – ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9660-3548>

Raquel Ferreira – Pós Graduanda do Curso de Doutorado em Ciências Médicas da Universidade de Brasília ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9025-5976>

Rivadavio Fernandes Batista Amorim - Docente do curso de Pós Graduação Doutorado em Ciências Médicas da Universidade de Brasília – ORCID

<https://orcid.org/0000-0001-6341-2027>

Resumo

Vida e morte são processos naturais da existência humana, mas o enfrentamento da finitude permanece desafiador, especialmente para profissionais de saúde. Este estudo teve como objetivo discutir a finitude da vida com profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), analisando como lidam com esse tema em suas vidas pessoais e profissionais. A pesquisa

qualitativa foi conduzida por meio de quatro grupos focais com 20 profissionais da APS. A análise de conteúdo permitiu acessar subjetividades, vivências e sentidos atribuídos à morte, revelando aspectos emocionais, espirituais e sociais que atravessam suas trajetórias pessoais e profissionais. Observou-se que o enfrentamento da morte é atravessado por sentimentos ambivalentes, que vão do medo à aceitação, e que o vínculo com os usuários pode potencializar tanto o cuidado quanto o sofrimento. A violência do território também emergiu como elemento central na banalização da morte e no impacto sobre os processos de luto. Refletir sobre morte e a própria finitude mostrou-se como caminho possível de qualificação do cuidado, apontando para a necessidade de incorporar a temática da morte na formação e educação permanente em saúde, sobretudo na APS, promovendo espaços de escuta, reflexão e suporte.

Palavras-chave: Morte, Luto, Atenção Primária à Saúde, Grupos focais

Abstract

Life and death are natural processes of human existence, but coping with finitude remains challenging, especially for healthcare professionals. This study aimed to discuss the finitude of life with Primary Health Care (PHC) professionals, analyzing how they deal with this issue in their personal and professional lives. The qualitative research was conducted through four focus groups with 20 professionals from PHC. Content analysis allowed access to the subjectivities, experiences, and meanings attributed to death, revealing emotional, spiritual, and social aspects that permeate their personal and professional trajectories. It was observed that coping with death is permeated by ambivalent feelings, ranging from fear to acceptance, and that bonding with users can enhance both care and suffering. Violence in the region also emerged as a central element in the trivialization of death and its impact on the grieving process. Reflecting on death and finitude itself proved to be a possible path to improving care, highlighting the need to

incorporate the topic of death into ongoing health training and education, especially in PHC, promoting spaces for listening, reflection, and support.

Keywords: Death, Grief, Primary Health Care, Focus groups

Resumen

Vida y muerte son procesos naturales de la existencia humana, pero afrontar la finitud sigue siendo un desafío, especialmente para los profesionales de la salud. Este estudio tuvo como objetivo discutir la finitud de la vida con profesionales de Atención Primaria de Salud (APS), analizando cómo abordan este tema en su vida personal y profesional. La investigación cualitativa se llevó a cabo mediante cuatro grupos focales con 20 profesionales de la APS. El análisis de contenido permitió acceder a las subjetividades, experiencias y significados atribuidos a la muerte, revelando aspectos emocionales, espirituales y sociales que permean sus trayectorias personales y profesionales. Se observó que el afrontamiento de la muerte está permeado por sentimientos ambivalentes, que van desde el miedo hasta la aceptación, y que el vínculo con los usuarios puede potenciar tanto la atención como el sufrimiento. La violencia en la región también emergió como un elemento central en la trivialización de la muerte y su impacto en el proceso de luto. Reflexionar sobre muerte y la propia finitud resultó ser una posible vía para mejorar la atención, destacando la necesidad de incorporar el tema de la muerte en la formación y educación continua, especialmente en la APS, promoviendo espacios de escucha, reflexión y apoyo.

Palabras clave: Muerte, Luto, Atención Primaria de Salud, Grupos focales

INTRODUÇÃO

A morte, embora seja uma parte intrínseca da existência humana, é frequentemente tratada como um tabu na sociedade ocidental moderna, resultando em sua interdição e ocultamento (1–3). Historicamente, a percepção da morte evoluiu de uma "morte domada" na Idade Média, onde era pública, para uma interdição na modernidade, apesar do menor controle da dor e da crença na imortalidade (1). A sociedade ocidental moderna “não sabe o que fazer com os seus mortos”, já que a morte deixa de ser um processo natural e passa a ser um fracasso que deve ser escondido, ocultado e velado (3,4). No contexto da saúde, essa evitação se reflete na formação dos profissionais e nas práticas de cuidado (4).

Norbert Elias (1989) argumenta que o medo da morte sempre existiu, mas que havia formas mais coletivas e socialmente organizadas de lidar com o sofrimento. Com a modernidade, essa experiência torna-se progressivamente isolada: a morte é medicalizada, institucionalizada e, muitas vezes, silenciada (3). O que antes era vivido no espaço doméstico, cercado por relações afetivas, migra para o hospital, sob os cuidados de profissionais e com menor participação da família (3).

Filosoficamente, a finitude é abordada por diversos autores importantes, com diferentes perspectivas. Martin Heidegger traz o conceito de "ser-para-a-morte", que a entende como uma condição inerente à própria existência humana, não apenas um fim (5). Para Heidegger, a angústia diante da finitude pode ser um caminho para a autenticidade e a compreensão da própria existência (5,6). Sartre e Simone de Beauvoir, em suas obras, refletem sobre a morte como uma contingência, uma inimiga que precisa ser encarada, ainda que Beauvoir discuta sobre a busca por sentido da vida na velhice (7,8). Aqui, há aproximação com a obra de Viktor

Frankl, que com a logoterapia, enfatiza a busca de sentido no presente e futuro, mesmo em situações extremas de sofrimento, transformando a transitoriedade da vida em possibilidades potentes para atribuir sentido para a própria existência (9).

A psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross foi pioneira ao descrever não apenas cinco, mas dez estágios dinâmicos e singulares de enfrentamento da morte, ressaltando o paciente como "professor" para seus cuidadores (10,11). Complementarmente, Cicely Saunders, fundadora do movimento *hospice*, introduziu o conceito de "dor total", que abrange as dimensões física, emocional, social e espiritual do sofrimento, enfatizando a importância do cuidado integral no fim da vida (12). Para elas, os cuidados paliativos não se limitam à ausência de cura, mas propõem um acompanhamento digno e sensível do processo de morrer. Isso influenciou políticas públicas em todo o mundo e promoveu o debate sobre a necessidade de humanizar a experiência da morte no contexto da prática médica.

A Atenção Primária à Saúde (APS) e, em particular, a Estratégia Saúde da Família (ESF), são a porta de entrada para as famílias nos sistemas de saúde e desempenham um papel crucial no cuidado integral (13,14). Os profissionais da ESF lidam diariamente com o ciclo da vida, incluindo o nascimento, a doença, o envelhecimento e a morte, desenvolvendo vínculos profundos com os usuários e suas famílias (13,15). Contudo, a temática da morte e do morrer ainda é pouco explorada na ESF, especialmente a relação entre a vivência pessoal e profissional dos indivíduos. Isso levanta a questão de como esses profissionais vivenciam a finitude da vida e como essa experiência impacta sua prática diária.

No que diz respeito à finitude, a APS enfrenta um paradoxo: ao mesmo tempo que está próxima das famílias e dos territórios, o que a torna estratégica para os cuidados paliativos, ainda carece de estrutura e preparo técnico para lidar com esse tipo de demanda (16). O aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e o envelhecimento populacional tornam a

atenção à finitude uma realidade cada vez mais presente na rotina das equipes de saúde (16–18). Nesse cenário, o modelo curativista ainda predomina, e a morte é muitas vezes encarada como derrota, não como parte do cuidado.

A formação profissional é um ponto de atenção nesse processo. Os currículos dos cursos da área da saúde nem sempre contemplam de forma adequada os aspectos emocionais e éticos da terminalidade. Como apontam Meneguim e Ribeiro (2016), a atuação em cuidados paliativos exige habilidades específicas: escuta ativa, comunicação empática, manejo do sofrimento e capacidade de lidar com perdas e limites da vida (16). O modelo de cuidado centrado na pessoa (MCCP), proposto por Stewart (2017), reforça a importância de reconhecer o paciente como protagonista do seu processo de cuidado, considerando suas experiências subjetivas, valores e desejos (19).

Nesse sentido, o cuidado em fim de vida não se limita a práticas clínicas, mas exige também uma dimensão relacional e simbólica. A forma como os profissionais percebem, sentem e enfrentam a morte influencia diretamente a qualidade do cuidado oferecido. A morte, ao adentrar o cotidiano da APS, desafia os modelos tradicionais de formação, de gestão e de prática. Os profissionais tornam-se, ao mesmo tempo, cuidadores e sujeitos impactados por essas experiências.

Apesar da crescente discussão sobre cuidados paliativos na APS, há ainda escassez de estudos que explorem as vivências subjetivas dos profissionais de saúde frente à terminalidade. Compreender esses relatos é essencial para construir políticas de formação, apoio institucional e organização do cuidado mais alinhadas às realidades dos territórios e às necessidades dos trabalhadores da saúde.

Este estudo tem como objetivo compreender como os profissionais de saúde de uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro vivenciam e lidam com a finitude da vida, tanto em sua dimensão pessoal quanto profissional. Busca-se identificar sentimentos, experiências e práticas de cuidado relacionadas à terminalidade no contexto da APS, considerando também a influência da formação, do território e da dinâmica interprofissional sobre essas vivências.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, com o objetivo de compreender as vivências e percepções dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre a finitude da vida. A pesquisa qualitativa é adequada para explorar questões subjetivas e profundas, como a morte e o morrer, permitindo captar os significados, sentimentos e crenças dos indivíduos dentro de seus contextos de vida e trabalho (20).

O cenário da pesquisa foi a Clínica da Família (CF), situada no bairro da Penha, na zona norte do Rio de Janeiro. Esta região é marcada por grandes vulnerabilidades sociais, como violência armada e tráfico de drogas, características que influenciam diretamente o trabalho dos profissionais de saúde. A CF, inaugurada em 2010, atende a uma população de cerca de 42.406 pessoas, incluindo áreas de alto risco social. A escolha deste cenário foi estratégica, pois a unidade de saúde tem experiência em lidar com questões sensíveis da saúde pública, especialmente em comunidades vulneráveis.

A seleção dos participantes foi voluntária, e a equipe da pesquisa apresentou o projeto durante uma reunião ordinária das equipes da Clínica da Família. A diversidade profissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) foi um ponto

positivo, permitindo a captação de múltiplas perspectivas sobre o tema (20). No total, 20 profissionais participaram do estudo e foram identificados com “P” seguido de números sequenciais.

A coleta de dados foi realizada por meio de quatro grupos focais. A escolha por essa técnica se justifica por ser um método adequado para a discussão de temas sensíveis, estimulando o compartilhamento grupal de reflexões e experiências e a captação de sentimentos e atitudes dos profissionais frente à finitude da vida (21). Foram realizados dois grupos focais, com duração de aproximadamente 90 minutos cada. No primeiro encontro, o foco foi nas vivências pessoais dos profissionais em relação à finitude da vida. No segundo, as discussões se centraram nas experiências profissionais com a morte, especificamente no contexto da APS. As discussões foram mediadas pela pesquisadora e acompanhadas por uma observadora que auxiliou na parte técnica e na análise da dinâmica do grupo.

Os grupos focais ocorreram no horário das reuniões de equipe, um espaço já previsto na rotina dos profissionais, o que facilitou a adesão. Foram utilizados roteiros disparadores para as discussões, e questionários autoaplicáveis foram aplicados antes e depois dos grupos, revelando diversas percepções da finitude, como "mudança, reflexão, fim da vida, morte, realidade, voltar para casa, fim de ciclo, passagem, fim". As falas dos participantes foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

A análise dos dados foi de conteúdo, na modalidade temática, seguindo as diretrizes de Bardin (1977) e Flick (2007). O processo envolveu a codificação e categorização do material transcrito em "núcleos de sentido", buscando uma interpretação dos elementos significativos das falas à luz do referencial teórico (22,23). As seguintes categorias de análise foram encontradas após a análise do material:

I – A pessoa diante da morte

- I.1 – Sentimentos diante da morte;
- I.2 – Vida e tempo;
- I.3 – Família e legado;
- I.4 – Espiritualidade e crenças;
- I.5 – Perda e luto.

II – O profissional diante da morte

- II.1 – Encontros profissionais com a morte – caminhos do cuidado;
- II.2 – Sentimentos e desafios diante do cuidado;
- II.3 – Desafios do cuidado na APS;
- II.4 – Território e violência.

A análise dessas categorias e subcategorias proporcionou uma visão holística das percepções dos profissionais sobre a morte, destacando como suas vivências pessoais, os desafios profissionais e o contexto social influenciam suas práticas e atitudes diante da finitude da vida.

Aspectos Éticos

Esse artigo é produto de uma dissertação de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. A pesquisa seguiu rigorosamente as orientações éticas estabelecidas pela Resolução nº 510/2011 e nº 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam as normas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Para garantir a proteção dos participantes, a pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil, sob o número de Protocolo/CAAE 14244319.4.0000.5240, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de

Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz em 05/07/2019. Além disso, também foi cadastrada na Plataforma Brasil sob o número de Protocolo/CAAE 14244319.4.3001.5279 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 23 de setembro de 2019.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos e a garantia de confidencialidade, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir a proteção dos participantes, os dados foram anonimizados nas transcrições. Os benefícios potenciais da participação incluíram a discussão de um tema relevante, o reconhecimento de desafios e estratégias de enfrentamento, e a oferta de um espaço protegido para o compartilhamento de angústias e reflexões pessoais e profissionais, promovendo o autoconhecimento. Os riscos potenciais foram relacionados à preocupação com o sigilo das informações e ao desconforto de compartilhar experiências pessoais, bem como a possível influência hierárquica da pesquisadora por ser médica na unidade. Estratégias para minimizar esses riscos incluíram a explicação detalhada da proposta, a não obrigatoriedade de participação e a oferta de apoio e acolhimento aos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa envolveu a realização de quatro grupos focais, com dois encontros em duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Como o número de equipes e profissionais participantes foi limitado, os resultados não são generalizáveis, reconhecendo a singularidade das construções individuais e coletivas de sentidos e significados sobre o tema da morte.

As equipes foram denominadas **Cicely** e **Elisabeth**, em homenagem a pioneiras dos cuidados paliativos (CP), com o objetivo de preservar suas identidades reais. Participaram 20

profissionais, sendo 15 presentes nos dois encontros e 5 em apenas um, devido a ausências relacionadas a folgas, atestados ou estágios externos.

A amostra contou com uma predominância de mulheres (15/20), com idades entre 22 e 59 anos. A categoria profissional mais representada foi a de agentes comunitários de saúde, que compõem a maior parte das equipes de ESF. A equipe Cicely teve um número maior de participantes devido à presença de residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência em Enfermagem da Saúde da Família, da UFRJ. Já a equipe Elisabeth contou com menos participantes, devido à menor presença de residentes e profissionais.

A análise dos grupos focais revelou que a finitude da vida é um tema que permeia profundamente a vivência dos profissionais, tanto no âmbito pessoal quanto profissional. As categorias e subcategorias identificadas no estudo oferecem uma compreensão multifacetada desse fenômeno.

A pessoa diante da morte

- Sentimentos diante da morte

Ao discutir a finitude da vida, exploramos as percepções dos participantes sobre a morte, iniciando com a pergunta “O que é finitude da vida para você?”. Nos dois grupos, a questão gerou momentos de silêncio e troca de olhares, evidenciando a dificuldade em falar sobre um tema considerado tabu na sociedade ocidental (Ariès, 1889; Elias, 2010). Para alguns, a morte ainda é um assunto difícil de lidar. “*Morte é um tabu, né? Então, é difícil falar nisso*” (P18), disse um participante.

A maioria dos significados expressos pelos participantes trouxe reflexões sobre o próprio processo de morte, como seríamos ou como gostaríamos de enfrentar nossa finitude. “*Eu me imagino velhinha, talvez com algumas doenças, pensando, vou tá sozinha, vou tá com alguém, vou tá com a família?*” (P18). Alguns associaram a morte ao fim físico, mas com a continuidade nas lembranças dos que ficam: “*É só a matéria mesmo, o corpo, a presença física que não tá mais ali*” (P7).

A morte também foi vista como uma transição, e não um fim absoluto. “*Eu penso em transição, uma mudança de realidade*” (P11). Essa visão remete à ideia de que, mesmo com a morte, os sentimentos e memórias permanecem vivos nas pessoas que continuam existindo (5). A complexidade do processo de morrer gerou uma gama de emoções nos participantes, desde medo e ansiedade até aceitação e esperança, refletindo as várias fases descritas por Kübler-Ross (10). Alguns relataram dificuldades em lidar com o conceito de finitude: “*Eu não gosto de pensar, não gosto. Porque a história do acabar, é difícil*” (P10). Outros manifestaram um medo maior da morte de entes queridos do que da própria morte, o que evidenciou a angústia frente à perda de alguém amado.

Esses sentimentos, associados a momentos de reflexão sobre arrependimentos e aceitação, reforçam a importância de enfrentar a própria mortalidade como um processo de aprendizado e de resolução de pendências emocionais, que podem ser vivenciados de forma única por cada indivíduo (24).

- **Vida e tempo**

A reflexão sobre a morte e a finitude provocou nos participantes uma reavaliação sobre o tempo e as prioridades da vida. Alguns destacaram a noção de que, ao nos confrontarmos com

a possibilidade de uma morte próxima, o tempo se torna valioso e as preocupações cotidianas, muitas vezes, perdem o peso.

Por exemplo, um participante refletiu: *“Eu não tenho problema, a gente atende as pessoas aqui, com tantos problemas de saúde... Quando é problema social, isso é nada perto do que os outros passam”* (P9). Outro trouxe a ideia de que, diante da morte, *“estudar, trabalhar, ter conta, tudo isso se torna pequeno”* (P14), priorizando, então, momentos com a família.

A ideia de redimensionar a vida e as prioridades ressoou com o conceito de Kübler-Ross, que aponta que, quanto menos tempo se tem, maior deve ser o desejo de se aproximar de pessoas e sentimentos genuínos (10). Em um contexto mais pessoal, um dos participantes disse: *“Eu vivo pelo meu filho. Isso me faz sentir viva”* (P16), apontando a importância das relações familiares como fonte de sentido.

A sensação de estar vivo também se manifestou em pequenas coisas cotidianas, como enfatizado por outro participante: *“Às vezes são pequenas coisinhas que a gente não repara... Só de prestar atenção no banho, já dá aquela sensação, né, tô viva!”* (P18). A valorização dessas experiências diárias foi identificada como um elemento importante para a construção de um sentido de vida, conforme a teoria de Viktor Frankl (2017), que sugere que a busca pelo sentido é, por si só, um ato de viver (9).

Essas falas e reflexões revelam que, diante da proximidade da morte, há uma tendência de reavaliar o que realmente importa e de priorizar o que traz um sentido profundo para a vida, como os relacionamentos e os momentos de conexão genuína.

- **Família e Legado:**

A reflexão sobre a morte e o legado pessoal desperta nas pessoas a consciência de sua conexão com a família e a importância das relações afetivas. Segundo Leonardo Boff (2017), o amor é a base das relações humanas, e a família surge como o núcleo primordial dessa construção (25). Para muitos participantes, o pensamento sobre a morte está profundamente ligado ao futuro dos filhos e ao legado que deixarão para eles.

“Eu acho que quando a gente tem filhos, a gente começa a pensar um pouco mais sobre isso... como vai ser a criação do meu filho? Como vai ser o amanhã?” (P6). A preocupação com o bem-estar dos filhos e o desejo de transmitir ensinamentos e valores é uma constante nas falas. *“Meu medo da minha morte é esse, será que, como vai tá o meu filho? Porque ninguém vai amar meu filho como eu amo”* (P3). A ideia de deixar algo valioso para os filhos, especialmente em um mundo desafiador, também é mencionada: *“Será que se eu morrer amanhã, vai ter alguém assim?”* (P1).

Além disso, o conceito de dignidade, conforme Donato (2016), é central quando se pensa na morte e no legado (26). A busca por deixar algo significativo para os que ficam está diretamente ligada ao desejo de preservar a dignidade da vida e garantir que nossa história tenha continuidade, mesmo após a morte (26). Para um participante, essa preocupação é visível: *“O meu medo, de pensar na minha morte, é se eu vou ter feito tudo que eu queria pro meu filho”* (P3).

O cuidado dos pais pelos filhos, bem como a preocupação com o futuro dos pais à medida que envelhecem, também surgem. *“Eu fico pensando, será que meu filho vai ser pra mim, assim como eu fui pro meu pai?”* (P16). Essa reflexão sobre a continuidade do cuidado e o legado afetivo transcende gerações, revelando a busca pela preservação de vínculos significativos e pela valorização dos momentos simples da vida.

- **Espiritualidade e Crença:**

A questão sobre a existência de vida após a morte é um tema recorrente, que atravessa culturas e crenças ao longo da história. Para muitos participantes, a espiritualidade e a religiosidade têm um papel central nessa reflexão. *“Eu acredito que existe vida após a morte, até pela minha religião e tal, mas eu não vejo fim”* (P8). A crença na continuidade da vida após a morte é, para alguns, inquestionável, fortemente enraizada em sua prática religiosa: *“Eu acredito piamente, até por conta da religião que sigo”* (P16).

Entretanto, outros participantes, embora também acreditando em algo além da morte, expressam dúvidas sobre a forma como isso se dá. *“Eu acredito que sim, mas pode ser algo ainda a ser descoberto”* (P15). Essa flexibilidade de crenças reflete uma perspectiva mais relativizada e aberta, onde não se limita aos dogmas religiosos. A busca por respostas espirituais é, para alguns, um processo confuso e contraditório: *“Me sinto bem perdida... não sei mais em quem acreditar”* (P19).

A diferença entre espiritualidade e religiosidade é importante, pois a espiritualidade está relacionada ao aspecto transcendental da vida, muitas vezes independente de uma estrutura religiosa organizada (27). Esse sentido de transcendência também é abordado nas falas que questionam se a pessoa que partiu ainda vive, mas de uma forma simbólica, na memória de quem fica. *“Enquanto houver lembrança dela, ela está viva”* (P15) ou, como outro participante reflete: *“Mesmo quem não acredita em vida após a morte, sabemos que aquela pessoa sempre existiu dentro de nós”* (P9).

A fé, nesse contexto, se torna uma ferramenta para lidar com a dor da perda e as incertezas sobre a morte. *“A pessoa parecia se despedir antes de morrer... será que a pessoa*

sabe?" (P15). Essas questões inquietantes alimentam reflexões que transcendem a lógica, convidando a uma constante reavaliação das crenças pessoais e espirituais.

- **Perda e luto**

A perda e o luto são experiências universais que marcam todas as fases do ciclo de vida. Na infância, a morte de familiares próximos pode causar grande sofrimento, mas, como destaca Maria Julia Kovács (2002), ocultar a realidade da morte ou proteger a criança do luto não facilita o processo de elaboração dessa perda. Kovács afirma que, até os cinco anos, as crianças podem ver a morte como reversível (28). A fala de um participante reflete essa ideia, lembrando-se de que, aos 4 anos, pensava que seu pai estava apenas dormindo: *"Eu lembro do velório do meu pai, mas nunca sofri com isso, não tenho nenhuma questão"* (P11).

Aos 7 anos, as crianças começam a entender que a morte é irreversível. Um relato de uma participante revela o sofrimento após a perda de um avô muito querido: *"Meu avô, a gente era super apegado... não consegui aceitar a morte dele até que, anos depois, sonhei com ele, e aquilo me ajudou"* (P10). Isso ilustra o processo de aceitação e restauração do luto, que pode ser gradual.

O modelo dual do luto, de Stroebe e Schut (1999), descreve como o enlutado oscila entre os sentimentos de perda e a necessidade de restabelecer a vida cotidiana (29). O depoimento de outro participante exemplifica essa oscilação: *"Fui perder alguém tão próximo e foi estranho... vi minha avó no cemitério, mas ela não estava mais ali, só as coisas que ela gostava"* (P4). Esse tipo de lembrança é parte do processo de elaboração do luto.

O luto antecipatório também surge em contextos de perdas iminentes. Um participante compartilhou sua preparação para a morte do pai desde a adolescência: *"Me preparei para a morte do meu pai desde os 14 anos. Quando ele faleceu, ainda foi muito difícil"* (P8). O luto

antecipatório pode ajudar na adaptação, mas não impede o sofrimento após a perda real, como mostra a fala de outro participante: *"Eu tento me preparar para viver sem minha mãe, mas sei que vai ser difícil"* (P17).

Por fim, em contextos de violência, as mortes inesperadas geram lutos complexos e difíceis de elaborar. A perda de filhos, como na fala de uma participante, reflete a dor de um ciclo interrompido: *"Perdi meu primo assassinado, foi como perder um irmão"* (P15). Essas perdas podem ser mais desafiadoras, com sentimentos de culpa e revolta, especialmente nas mães enlutadas.

O profissional diante da morte

- Encontros profissionais com a morte – caminhos do cuidado

No segundo encontro dos grupos focais, os profissionais refletiram sobre suas práticas diante da morte, abordando tanto os desafios do cuidado quanto às questões emocionais relacionadas ao luto. A proximidade diária com a morte, comum na formação dos profissionais de saúde, é um aspecto que os distingue de outras áreas. Como aponta Kovacs (2008), essa convivência muitas vezes dessensibiliza a compreensão da morte como um momento natural da vida, especialmente na formação superior, que reforça a ideia de que a morte deve ser combatida (4).

Os participantes compartilharam suas experiências de primeiro contato com a morte, que muitas vezes são marcantes. Um relato de uma participante descreve o "choque" ao vivenciar pela primeira vez a morte de um paciente: *"Eu não sei o que ele tinha, mas foi uma cena chocante que ficou gravada"* (P20). Diferente da formação superior, profissionais como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) raramente lidam com a morte diretamente, embora

sua função em declarar óbitos domiciliares seja uma das situações mais objetivas, mas também emocionalmente intensas.

A visita domiciliar para declaração de óbito exige sensibilidade, pois o profissional deve lidar com o aspecto técnico enquanto acolhe a dor dos familiares. *"Foi quando eu tive um contato próximo com um corpo gelado, e aquilo me marcou"* (P17). Outro participante expressa a dificuldade de lidar com o sofrimento dos familiares: *"Você fica sem saber o que falar, o máximo que você pode fazer é estar ali, ouvir"* (P19).

A abordagem paliativa é um aspecto essencial na Atenção Primária à Saúde (APS), mas muitos profissionais ainda enfrentam dificuldades em reconhecê-la, o que atrasa a implementação desse cuidado (16). *"A gente tem pacientes graves, mas não é nada iminente de morte"* (P19). A APS, embora distante de ambientes hospitalares, fortalece o vínculo entre profissionais e pacientes, especialmente quando a morte ocorre de forma inesperada, como relatado por uma participante: *"Foi inesperado, ele estava bem e de repente faleceu"* (P1).

Por outro lado, alguns profissionais demonstram um vínculo profundo com seus pacientes, como descrito por P9: *"Lembro do senhor Jair, todos ficaram emocionados, porque ele era muito querido"*. A morte de um paciente querido na APS é sempre difícil, e situações como essa geram sentimentos de "inutilidade" entre os profissionais, especialmente quando não há tempo de agir: *"A sensação de incapacidade física, principalmente quando não conseguimos salvar"* (P6).

Essas experiências ilustram o impacto emocional do cuidado na APS, onde, apesar das dificuldades e da distância da morte, o vínculo com os pacientes é fundamental, mas também fonte de sofrimento.

- Sentimentos e desafios diante do cuidado

Quando questionados sobre como abordar o tema da finitude com pacientes e familiares, surgiram muitos desafios. A escuta, antes de qualquer fala, é a primeira tarefa a ser cumprida no cuidado. Os profissionais revelaram que muitos se sentem inseguros ao falar sobre a morte com os pacientes, o que gera um desconforto. A questão de “como falar” sobre a morte é recorrente nas falas dos participantes: “*O que falar?*” (P18), “*De repente, era um caso de se falar? Poderia ser, mas como falar?*” (P16).

Alguns profissionais acreditam que esse tema só deveria ser abordado em casos de pessoas com doenças em fim de vida, como afirmou um dos participantes: “*Seria mais pacientes com doenças terminais, né?*” (P19). No entanto, esse “quando” deveria ser pensado desde o diagnóstico, visando o vínculo com o paciente e sua família (13). No entanto, muitos se sentem desconfortáveis, como expressou outro participante: “*Eu não, eu prefiro não tocar. Se tiver que acontecer, vai acontecer sim.*” (P12).

Outro desafio é o “silêncio” compartilhado entre os profissionais e os pacientes. Em alguns casos, o paciente finge estar bem, embora esteja claramente em sofrimento. Esse comportamento pode ser visto como uma forma de “conspiração do silêncio” para proteger a pessoa do sofrimento, mas isso pode prejudicar o cuidado integral: “*Tudo bem, minha filha! Tá indo, mas vai melhorar!*” (P9) A dificuldade de se envolver com a dor do outro também é destacada. Muitos profissionais compartilham que, às vezes, levam para casa o peso do sofrimento do paciente: “*Às vezes a gente fica com peso, a gente chega em casa com aquilo.*” (P15). Além disso, as falas também revelam as limitações dos profissionais em lidar com o luto, como a enfermeira que se sente insegura para abordar questões mais emocionais: “*Acho que a gente deixa de abordar por insegurança.*” (P18). A importância do trabalho em equipe e o reconhecimento das limitações pessoais são fundamentais para enfrentar essas questões. A empatia, como exemplificado por uma médica residente, é um caminho para o cuidado: “*Talvez*

eu tenha chorado mais do que ela na consulta, mas não acho que tenha passado a ideia de desespero.” (P7). A reflexão constante sobre a morte e a aceitação das próprias emoções são essenciais para o cuidado efetivo.

- **Desafios do cuidado na APS**

A Atenção Primária à Saúde (APS) busca um cuidado integral, longitudinal e coordenado, exigindo que os profissionais de saúde sejam capacitados para atender adequadamente a população ao longo de toda a vida. No entanto, os profissionais enfrentam desafios estruturais e de formação, particularmente em temas como a morte, pouco abordados nos espaços de educação continuada. Em discussões com os participantes, a maioria relatou a falta de momentos dedicados à reflexão sobre o tema da finitude nas equipes de Saúde da Família (ESF), reconhecendo a morte como um “tabu” difícil de ser discutido. Como uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) mencionou: *“É um tema que tu nunca fala, é tabu”* (P14).

Essa lacuna na formação e na prática reflete um distanciamento do tema, apesar do seu impacto nas equipes de saúde. A necessidade de inserir o debate sobre a morte foi enfatizada por vários participantes, que sugeriram que a abordagem começasse com os próprios profissionais. Como relatado por um ACS: *“Acho que à princípio deveria começar com os próprios profissionais, pra que a gente pudesse saber identificar o momento”* (P16). Alguns sugeriram a importância de criar um ambiente mais acolhedor para tratar desse tema, superando o medo e a evasão.

A construção do vínculo entre os profissionais e os pacientes é outro aspecto central da APS, sendo essencial para um cuidado efetivo. A proximidade dos profissionais com as famílias permite um cuidado mais sensível e integral, especialmente nas visitas domiciliares (VD), que desempenham um papel crucial na formação desses laços. Como destacou um ACS: *“Às vezes*

você ia lá, só de você sentar e conversar comigo, eu sabia que eu não estava sozinha" (P1).

Além disso, a relação próxima com a comunidade pode favorecer a identificação de determinantes sociais da saúde, como sublinhou um médico especialista em medicina de família: *"O olhar social é essencial para entender a rotina e os desafios dos pacientes" (P6).*

A APS, portanto, oferece um cenário único de cuidado, mas também impõe desafios, especialmente em relação à formação, à discussão sobre a morte e ao estabelecimento de vínculos profundos com as famílias.

- Território e Violência

Embora não houvesse uma pergunta específica sobre violência, os participantes dos dois grupos trouxeram relatos sobre como o contexto de violência no território afeta diretamente a vivência da morte. A subcategoria aqui busca evidenciar essas falas com respeito, mas sem aprofundar-se em um estudo sociopolítico mais amplo, que exigiria uma análise mais detalhada. A violência é, muitas vezes, banalizada no cotidiano dessas comunidades periféricas, como evidenciado pelas falas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que relatam a morte como um evento rotineiro e próximo. *"Nesse meio parece que a visão da morte é banal já [...] preferia que tivesse preso, que eu ia visitar, mas morreu, não tenho mais contato, melhor preso" (P14).*

A banalização da morte é visível também na ausência de reflexão sobre as perdas. Os participantes mencionam que, quando a morte não afeta diretamente a família, ela é tratada com indiferença: *"E hoje em dia a perda, as mortes tão sendo tão banais, né? [...] as pessoas tão perdendo, vejo gente perdendo até familiares e viver de um jeito que não sentiu falta" (P15).*

A violência armada, rotina dessas comunidades, é relatada como algo tão constante que a reflexão sobre o risco pessoal é deixada de lado: *"Acho que a questão não é nem tá tão banal,*

é que a violência tá tão grande, que assim, baleou um aqui, matou outro ali, a gente trabalha, dá tiroteio [...] tu corre no beco, se esconde" (P14). Essa exposição constante à violência é comparada à vivência em uma zona de guerra: *"Aqui no Rio de Janeiro, a quantidade de pessoas que morrem, é como se você tivesse numa guerra"* (P14).

Além disso, a perda e o luto são vistos de maneira pragmática, com muitos relatos de mortes que não são mais vividas como uma dor profunda: *"É no tráfico, já perdi tanto da família do meu pai, mas mais na família da minha mãe, eles tem uma sequência de vida assim, já foi o pai, já foi o tio, primo"* (P14).

A banalização da violência e da morte reflete a desumanização de um sistema que marginaliza e pune populações periféricas, como apontado por Marielle Franco (2018) (30).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluir este estudo é uma tarefa desafiadora, uma vez que as reflexões sobre o tema da morte e do morrer geram mais perguntas do que respostas. Durante a coleta de dados e a análise do conteúdo, tornou-se ainda mais claro o senso de responsabilidade e respeito pelas falas compartilhadas, que não apenas relatam experiências, mas também revelam sentimentos e pensamentos íntimos dos participantes.

Embora a morte seja uma parte inevitável da vida, ela continua sendo um tema perturbador, especialmente quando se trata de reconhecer nossa própria finitude e a proximidade da morte de entes queridos. Para os profissionais de saúde, esse enfrentamento é constante e perene, mas surge a dúvida: o contato diário com a morte facilita ou dificulta o enfrentamento pessoal da finitude? Este estudo não se propôs a responder a essa questão, mas a refletir sobre ela, reconhecendo que diferentes sujeitos podem experimentar a morte de maneiras distintas.

A metodologia escolhida, com grupos focais, foi uma das potencialidades deste estudo, pois possibilitou uma troca rica de experiências e reflexões entre os participantes. O ambiente de equipe foi fundamental para criar um espaço seguro, favorecendo a troca de ideias e a construção coletiva de significados. Contudo, a análise do conteúdo, que se concentrou nas falas dos participantes, resultou na perda de aspectos não verbais e coletivos importantes, o que limita a profundidade da interpretação.

O estudo também evidenciou as fragilidades na formação dos profissionais de saúde no que tange ao enfrentamento da morte e do morrer, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Embora a APS seja um campo fértil para um cuidado mais próximo e integral, observou-se que a preparação teórica e prática dos profissionais ainda é insuficiente para lidar com questões relacionadas à finitude da vida. Essa deficiência na formação pode impactar diretamente na qualidade do cuidado oferecido aos pacientes e suas famílias.

Outro ponto relevante emergido das falas foi a violência no território, que se entrelaça diretamente com as vivências da morte. A banalização da morte violenta, presente nas comunidades, configura uma experiência de luto fragmentada e precoce, afetando tanto os profissionais quanto os pacientes. Embora o estudo não tenha aprofundado este tema, ele aponta para a necessidade urgente de pesquisas futuras que explorem a interseção entre violência e morte.

Este estudo revelou que os profissionais de saúde são sujeitos com histórias de vida e experiências pessoais que moldam suas práticas profissionais. A reflexão sobre essas histórias e sentimentos pode ser um caminho potente para aprimorar o cuidado na APS, promovendo uma educação mais sensível sobre a morte. Com isso, é possível melhorar a forma como os profissionais enfrentam a finitude e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado que oferecem às pessoas e famílias em momentos de perda.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Ana Paula de Melo Dias:

- a) concepção e delineamento do trabalho e participação da discussão dos resultados;
- b) coleta e análise de dados;
- c) participação da discussão dos resultados;
- d) redação do manuscrito e revisão crítica do conteúdo;
- e) aprovação da versão final do manuscrito.

Jorge Esteves Teixeira Junior:

- a) Delineamento do trabalho e participação da discussão dos resultados;
- b) Revisão crítica do conteúdo;
- c) Aprovação da versão final do manuscrito.

Raquel Ferreira:

- a) Participação da discussão dos resultados;
- b) Revisão crítica do conteúdo;
- c) Aprovação da versão final do manuscrito.

Rivadavio Fernandes Batista de Amorim:

- a) Participação da discussão dos resultados;
- b) Revisão crítica do conteúdo;
- c) Aprovação da versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Eu, Ana Paula de Melo Dias, pesquisadora principal responsável pelo presente manuscrito, o qual tem como colaboradores Jorge Esteves Teixeira Junior, Raquel Ferreira e

Rivadavio Fernandes Batista de Amorim, declaro que não tenho nenhum conflito de interesse que possa influenciar o resultado da pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ariès P, Siqueira PV de, Goldberg JP. História da Morte no Ocidente da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
2. Ariès P. O homem diante da morte. Editora Unesp; 2014.
3. Elias N. A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer. [Internet]. Jorge Zahar Editor; 2010 [citado 30 de setembro de 2018]. Disponível em: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3233589>
4. Kovács MJ. Educação para a morte desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
5. Heidegger M, Cavalcante Schuback MS, Husserl E. Ser e tempo. Petrópolis: Ed. Vozes; 2012.
6. Cavalcanti AKS, Samczuk ML, Bonfim TE. O Conceito Psicanalítico do Luto: Uma Perspectiva a Partir de Freud e Klein. Psicólogo InFormação. 31 de dezembro de 2013;17(17):87–105.
7. Álvarez González E. La cuestión del sujeto en la fenomenología existencial de Jean Paul Sartre. Estud Filos. agosto de 2008;(38):9–45.
8. Beauvoir S de. A velhice. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1990.
9. Frankl VE, Schlupp WO, Aveline CC, Reinhold HH. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. São Leopoldo: Sinodal; 2017.

10. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos enfermeiras, religiosos e aos seus proprios parentes. São Paulo (SP): M. Fontes; 2008.
11. Afonso SBC, Minayo MC de S. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. *Ciênc Saúde Coletiva*. setembro de 2013;18(9):2729–32.
12. Wood J. Cicely Saunders and total pain: holism, narrative and silence at the end of life. Edinburgh: Edinburgh University Press; 2025. 248 p. (Contemporary cultural studies in illness, health and medicine).
13. Combinato DS, Martin STF. Necessidades da vida na morte. *Interface - Comun Saúde Educ*. 3 de abril de 2017;21(63):869–80.
14. Brasil. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. 2017.
15. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza ÂMA e, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. setembro de 2013;18(9):2615–23.
16. Meneguim S, Ribeiro R. DIFICULDADES DE CUIDADORES DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2016 [citado 24 de março de 2018];25(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100312&lng=pt&tlng=pt
17. Souza HL de, Zoboli ELCP, Paz CR de P, Schweitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. *Rev Bioét*. agosto de 2015;23(2):349–59.

18. Saito DYT, Zoboli ELCP. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. *Rev Bioét.* dezembro de 2015;23(3):593–607.
19. STEWART M. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. *Artmed*; 2021.
20. Minayo MC de S, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002. 380 p. (Coleção Criança, mulher e saúde).
21. Backes DS. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde.* 35.
22. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Ed. rev. e actual. Lisboa: Edições 70; 2010.
23. Flick U, Netz S. *Uma introdução à pesquisa qualitativa.* Porto Alegre: Bookman; 2007.
24. Ware B. *The top five regrets of the dying: a life transformed by the dearly departing.* 2013.
25. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra.* 5a. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2000. 199 p.
26. Donato SCT, Matuoka JY, Yamashita CC, Salvetti M de G. Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP.* dezembro de 2016;50(6):1014–24.
27. Zerbetto SR, Gonçalves AM de S, Santile N, Galera SAF, Acorinte AC, Giovannetti G. Religiosity and spirituality: mechanisms of positive influence on the life and treatment of alcoholics. *Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet].* 2017 [citado 4 de março de 2020];21(1). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20170005>
28. Kovács MJ. *Morte e desenvolvimento humano.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

29. Dahdah DF, Bombarda TB, Frizzo HCF, Joaquim RHVT. Revisão sistemática sobre luto e terapia ocupacional. *Cad Bras Ter Ocupacional*. 2019;27(1):186–96.
30. Franco M. UPP: a redução da favela a três letras: uma análise da política de segurança pública do estado do Rio de Janeiro. São Paulo: N-1 Edições; 2018. 158 p.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.