

# MORTE E LUTO: O SOFRIMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Marília Vieira Magalhães

Sara Cristina de Assunção Melo<sup>5</sup>

## RESUMO

O processo de morte e luto vivenciado na atuação dos profissionais da saúde podem produzir sérios prejuízos psicológicos nestes e contribuir para o seu adoecimento. A grande resistência a assuntos relativos à morte e a ampla cultura de negação da morte são fatores que favorecem repercussões negativas nesses trabalhadores. Dessa forma, este estudo teve como objetivo evidenciar as dificuldades encontradas por profissionais da saúde em lidar com a morte e o luto na sua prática regular e apresentar uma reflexão sobre ações para minimizar seu sofrimento diante do binômio vida/morte. Para isso, foi utilizada como metodologia de uma pesquisa exploratória de revisão da literatura. O estudo evidenciou a importância da análise e supervisão na atuação do psicólogo hospitalar. Além disso, apontou a necessidade da revisão da formação acadêmica dos profissionais da saúde e da divulgação de informações sobre estratégias de enfrentamento diante do processo de morte e luto, favorecendo maior qualidade de vida destes, baixos índices estresse e burnout.

**Palavras-chave:** Morte. Luto. Profissional da saúde.

## ABSTRACT

The process of health and mourning which has to be dealt with by professionals who work with health area can produce serious psychological damages and make them get ill. The great resistance to subjects related to death and the ample culture of denying death are factors that contribute to negative repercussion in life of these professionals. This way, this research had the objective to put in evidence all difficulties found by professionals of health in dealing with death and mourning in their regular practice and also present a reflection about actions to reduce their suffering when they get in touch with death/mourning. For this reason, it was used methodology of exploratory research of literature review. The present study focused on the importance of the psychologist who works in a hospital. Besides, it pointed the necessity of reviewing the academic graduation of professionals of health and also make the information about strategies of facing death and mourning become known in order to improve their life quality, low rates of stress and burnout.

**Key-words:** Death. Mourning. Professional of health.

---

<sup>5</sup> Endereço eletrônico de contato: sarapsic@yahoo.com.br

## 1 INTRODUÇÃO

A morte é parte integrante do desenvolvimento humano sendo tão natural como o nascer. Tradicionalmente definido sob o ponto de vista biológico, a morte era conceituada como o momento da cessação dos batimentos cardíacos. Atualmente, entende-se a morte como um fenômeno progressivo capaz de suscitar reações emocionais tanto no indivíduo que está morrendo como naqueles que estão a sua volta.<sup>(1)</sup>

O significado do morrer é variável conforme o decorrer da história e os diferentes contextos sociais. No século XX a cultura ocidental passou a tratar a morte como algo vergonhoso e oculto que deveria ser vencido a qualquer custo. Já no século XXI, em função da alta incidência de doenças infectocontagiosas e dos avanços na medicina que permitiram o prolongamento da vida, observou-se que a morte tem estado mais próxima das pessoas.<sup>(2)</sup>

O processo de morte gera um processo de luto. O comportamento de vínculo tem valor de sobrevivência para todas as espécies e o luto é uma resposta genérica a separação.<sup>(3)</sup>

Os profissionais da saúde se deparam regularmente com o processo de morte e, muitos deles, não estão preparados para lidar com os impactos emocionais significativos decorrentes desse fenômeno. Nesse sentido, tais profissionais assumem práticas e atitudes de negação da morte, evitando o contato com suas próprias emoções.<sup>(1,4)</sup>

A preocupação com a saúde dos profissionais que trabalham com o binômio saúde/doença e vida/morte é de suma importância, uma vez que, têm sido constatados distúrbios psicopatológicos e esgotamento profissional em muitos destes. Dessa forma, analisar as repercussões do processo de morte e luto nos profissionais da saúde é fundamental para contribuir com conhecimentos que promova maior preparo na atuação do trabalhador, qualidade de vida e bem-estar no trabalho.<sup>(5)</sup>

Sabe-se que os impactos emocionais decorrentes do processo de morte e luto podem produzir sérios prejuízos psicológicos nos profissionais de saúde afetando sua qualidade de vida e bem-estar no trabalho.<sup>(4)</sup>

A grande resistência a assuntos relativos à morte e a ampla cultura de negação desta são fatores que favorecem repercussões negativas nesses trabalhadores. Entender a morte como parte natural da vida, aceitá-la e auxiliar o enfermo e sua família a admitir esta terminalidade, pode influenciar positivamente na atitude e prática do profissional da saúde, prevenindo doenças psíquicas e outros agravos.<sup>(4)</sup>

Dessa forma, o presente estudo propõe enfatizar os impactos emocionais ligados a atuação do profissional da saúde, que lida com o sofrimento alheio e também analisar as repercussões do processo da morte e do luto na sua vida e prática.

Essa reflexão tem grande relevância científica, possibilitando que o trabalhador da área da saúde possa lidar com a morte e o luto de forma técnica e profissional e apresentando formas de suporte que possam permitir a vivência desse processo de forma natural e salutar.

Esse trabalho adotou uma revisão da literatura com o objetivo de identificar artigos que explicitem os impactos emocionais nos trabalhadores da área da saúde, em especial o psicólogo, diante do óbito dos seus pacientes. Além disso, buscou-se apontar como é vivido o processo de morte e luto destes profissionais mencionando suas principais dificuldades. A busca dos artigos foi realizada mediante o cruzamento das palavras-chave “morte”, “luto” e “profissional da saúde” nas bases de dados da Lilacs (Literatura Latino Americana de Ciências de Saúde), PEPsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), entre 2002 e 2013.

## **2 MORTE E LUTO**

A morte está, em sua maioria, nos hospitais, principalmente se decorrentes de doenças do coração, câncer, derrames, acidentes de trânsito entre outras. O paciente ao ser hospitalizado entra em um processo de total despersonalização, deixa de ter o próprio nome e passa a ser um número de leito ou então alguém que porta determinada patologia. O hospital é conivente com esta discriminação.<sup>(6)</sup>

O hospital acaba sendo oficina, e o médico, seu principal mecânico. Cumpre a ele fazer com que a máquina homem retorne mais depressa possível à circulação como mercadoria ambulante. Interessa consertá-la, mas interessa menos evitar que se quebre.<sup>(7)</sup>

Existe uma diferenciação entre morte e morrer. O morrer está acontecendo a qualquer momento de existência e conforme vive tem-se uma dificuldade intensa em lidar com esta terminalidade. A morte é o final da vida material, a perda progressiva da força vital. O desenvolvimento do homem obedece ao percurso de nascer, crescer, amadurecer, envelhecer e morrer. A morte é um instinto de sobrevivência humana em que se tende a esquivar de qualquer dor.<sup>(8)</sup>

A morte no século XX era banida da contextualização social, entretanto, nos últimos anos, o silêncio começa a ser removido nas ciências humanas. Historiadores, antropólogos, biólogos, filósofos, psicólogos, psiquiatras, psicanalistas iniciaram uma batalha contra esta morte temida e negada, denunciando as casuísticas que este acontecimento existencial mal elaborado e vivenciado pode provocar e redescobrimo a importância do tema.<sup>(6)</sup>

A reação psíquica determinada pela experiência da morte (perda), tendo cinco estágios: A negação da doença são mecanismos de defesa temporários do Ego contra a dor psíquica diante da morte. Seguida pela raiva, que é expressa com hostilidades e revolta. Na fase da negociação ou

Volume 1, Número 1 – Abril, 2015.

barganha o paciente manifesta acordos, buscando fazer algum tipo de pacto de maneira que as coisas possam voltar a ser como antes. A quarta fase, ocorre um sofrimento profundo. Tristeza, desolamento, culpa, desesperança e medo são emoções bastante comuns. A aceitação consolida a última fase, nesse estágio a pessoa já não experimenta o desespero e não nega sua realidade, não há o que fazer a não ser se entregar ao natural.<sup>(9)</sup>

Esse modelo de estágio do ato de morrer foi alvo de muitas críticas, até mesmo a autora não mais o defende em seus recentes trabalhos. Ao invés desse modelo ela refere-se agora a tarefas emocionais mais do que estágios. A maior crítica aos estágios do ato de morrer, no entanto, é o fato de não haver estágios. Médicos e pesquisadores que observaram pacientes assim como os descritos na obra *Sobre a Morte e o Morrer*, nem sempre encontraram as cinco emoções descritas por ela, não na ordem por ela especificada. Dentre as cinco, apenas a depressão parece constituir um fio comum a ligar as pessoas à morte, na cultura ocidental.<sup>(10)</sup>

O trabalho no contexto hospitalar tem-se a morte como companheira diária. A palavra morte traz a interpretação e associações de sentimentos variados como a perda, a angústia, o medo, o estresse e a tristeza, o contato com o sofrimento. A finitude do outro pode provocar dor psíquica impacientando o contato direto com as próprias emoções.<sup>(5)</sup>

Vivemos em uma cultura permeada pela negação da morte em que com nosso otimismo cego, aceitamos palavras de consolo e autoajuda, que são colocadas em nossa boca na tentativa de eliminar a dor e/ou sofrimento. No entanto, essa aceitação deixa-nos mais deprimidos, solitários e sofredores.<sup>(11)</sup>

A crescente qualidade da medicina nos hospitais ocasionou uma mudança nos aspectos culturais de morte sendo estas passadas para as instituições que acolhem. O ambiente para se morrer não é mais em casa, na contemporaneidade a morte acontece em sua maioria nos hospitais e o velório deixa de ser na casa do familiar, por falta de estrutura emocional e por higiene. Assim como a morte e todo o seu contexto de afastar as impressões de finitude, o luto é vivenciado superficialmente, mascarado em uma sociedade que prioriza a felicidade.<sup>(4,12)</sup>

O luto é o processo de reconstituição do sujeito após uma perda que pode durar dias, meses ou anos se não for bem elaborado. Caso não ocorra uma boa interpretação desta angústia promovida pela perda o mesmo pode se tornar patológico ou apresentar quadros de melancolia. A elaboração após uma perda é vivenciado por ambas as partes e o profissional deve estar preparado para lidar com essas situações no âmbito hospitalar.<sup>(1)</sup>

Trabalhar com o processo de morte e luto faz com que os profissionais da saúde voltem para sua própria morte e as angústias a ela relacionadas. Tradicionalmente, esses cuidadores especializados têm a função específica de curar e vencer a morte.<sup>(1,4)</sup>

[...] o saber da equipe de saúde, voltado exclusivamente para soluções técnicas, exige uma atitude de negação a morte na medida em que fornece poder ao profissional da saúde e ameniza o sentimento de impotência.<sup>(1)</sup>

Promover vida torna-se primordial diante da negação da morte para os profissionais da saúde de cultura ocidental que ingressam no mercado competitivo e massificado com o intuito de garantir lucro e prazer profissional. Perante a falta do contato social com familiares, momentos de lazer e descanso fora do ambiente hospitalar, acaba sendo um dos causadores de patologias. E sem deixar o que é mais claro o contato continuado de experiências de perdas ao longo dos atendimentos.<sup>(2)</sup>

Os desenvolvimentos das tecnologias voltadas para a saúde, que beneficiam o prolongamento da vida estão cada vez mais elaborados, embora nem sempre tenhamos garantia desta qualidade. Com este movimento ocorreu um aumento do período de hospitalização que promoveu aos profissionais longos períodos de vivências com pacientes em estágio terminal, contato com prognósticos que comprometem a finitude do paciente e com os familiares que estão com as emoções comprometidas.<sup>(4,12)</sup>

Nos objetivos das principais profissões de saúde não constam a preparação para perdas e lutos, o profissional da saúde é formado para curar doenças e não para lidar com as pessoas. O contato dos provedores de saúde: médicos, enfermeiros e psicólogos, com esta finitude pode provocar práticas e atitudes que fogem da prática técnica e profissional, impedindo que o processo ocorra de forma natural.<sup>(5)</sup>

A Psicologia ao ser inserida no hospital passou por revisões constantes, desenvolvimento de técnicas, conceitos e questionamentos criando dela uma nova alternativa e apoio na busca da compreensão da existência humana. A Psicologia hospitalar tem como premissas principais minimizar no paciente o sofrimento causado pela hospitalização, bem como prevenir futuras sequelas e implicações emocionais dessa hospitalização, abrangendo a dor da família.<sup>(6)</sup>

A confrontação regular com os processos de morte e luto é um sistema delicado e difícil de conduzir. O sentimento de abandono experimentado pelos profissionais da saúde quando um paciente vem a falecer é desolador.<sup>(5,6)</sup>

É como se tivéssemos que conviver estreitamente com a morte para ressignificar a própria vida, para ressignificar cada detalhe da existência. A morte torna-se um processo vital, determinante de um encontro com a plenitude, com a transcendência do amor e do transbordar da paixão de simplesmente viver. [...] De simplesmente saber que a vida é uma emoção contínua e que transborda prazer de forma intermitente.<sup>(6)</sup>

Nesse sentido, o profissional psicólogo pode contribuir com a equipe de saúde através da educação para a morte e conseqüentemente elaboração do luto. Muitos profissionais têm adoecido em função de uma carga excessiva de sofrimento sem a possibilidade que este seja elaborado. Não se trata de ocultar o assunto, mas de trazer a temática morte/ luto de forma humanizada.<sup>(4)</sup>

### 3 IMPACTOS NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Os sentimentos e expectativas diante da morte são distintos para cada tipo de profissional da área de saúde, médicos, enfermeiros e psicólogos. A vida destes profissionais tem algo em comum: a morte é a companheira de trabalho. As complicações, resistências pessoais e sociais de si mesmo podem gerar angústias e resultar em *stress* ocupacional.<sup>(3)</sup>

Cuidar do outro expõe o profissional da saúde a emoções e sentimentos que revelam os fantasmas de suas próprias realidades de perdas, mortes e lutos lembrando fatos do histórico familiar, medos infantis de separação e de sua própria imortalidade.<sup>(2)</sup>

Os profissionais de saúde apresentam defesas e posturas diante do paciente, sendo essas facilitadoras ou prejudiciais ao tratamento. Os estilos profissionais trazem a reflexão histórica da “morte domada” para a “morte interdita”. A *morte domada* encarada com tranquilidade e resignação, no século XIX para o XX a *morte interdita*, marcada pela intolerância a separação e compreendida como algo inusitado e inesperado.<sup>(2,13)</sup>

[...] alguns psicólogos quando estão atuando junto ao paciente próximo de morrer evitam criar vínculos intensos, e procuram realizar suas atividades de uma maneira em que dão mais ênfase as suas técnicas, ou seja, mais especificamente a sua atuação, para assim se proteger diante do envolvimento com o sofrimento da morte.<sup>(5)</sup>

A negação, que os profissionais exprimem é uma forma de reprimir o contato com experiências de ruptura e dor, e que permite o contato direto a ilusões de imortalidade. Tal fantasia pode provocar benefícios na realização de projetos, mas em contrapartida pode provocar uma doce ilusão de realização do desejo de sentir único, criando obras que não permitam o esquecimento de que a decadência e a morte não ocorrerão.<sup>(4)</sup>

Combater a morte pode dar a ideia de força e controle; entretanto demonstra que o profissional está na defensiva e que curar é sua prioridade, e quando ocorrem perdas sem possibilidade de elaboração de luto pode ocorrer graves consequências, entre elas a maior possibilidade do adoecimento psíquico. Existem dois paradigmas vinculados à ação de saúde.<sup>(12)</sup>

O curar e o cuidar, os cuidados de saúde sob o paradigma do cuidar (*caring*), aceitam o declínio e a morte como parte da condição do ser humano, uma vez que todos nós sofremos de uma condição que não pode ser “curada” isto é somos criaturas naturais finitas.<sup>(14)</sup>

A instituição hospitalar existe para curar e cuidar do paciente e de sua doença, sendo um dos princípios de responsabilização em que deve ser cumprida de forma infalível. O cuidar do paciente irá provocar mecanismos de tensão e controle nas ações e nos sentimentos do promovedor de cura

e que, caso não tenha trabalhado seus sentimentos de onipotência, que na maioria das vezes não é manifesto no contexto, embora sejam assumidos, em sua maioria, por esses profissionais.<sup>(6)</sup>

A vivência com o paciente terminal possui sempre presente o espectro da morte, ainda que o paciente não manifeste essa presença. A morte expõe toda a equipe à angústia, ela representa de fato um trabalho, pois os cuidados da equipe não cessam com o término da vida. Para os psicólogos tem-se a espera do reconforto dos familiares e amigos, para os enfermeiros e médicos o cuidar do corpo, desligar e desconectar aparelho, retirar sondas e agulhas, limpar e dar banho.<sup>(15)</sup>

Neste momento emerge o sentimento de fracasso e de culpa que são notáveis para enfrentamento de tal carga emocional. Os mecanismos de defesa exprimem-se através de condutas invasivas e de gestos insólitos e de erros na execução dos cuidados. O psicólogo hospitalar está inserido neste contexto da saúde de forma tão emaranhada, assim como todos os profissionais na área e que muitas vezes sem consciência dessa realidade.<sup>(6)</sup>

O sentimento de abandono que experimentamos quando morre um paciente que atendemos é desolador. E somado ao fato de estarmos alquebrados com a dor da perda em si, temos ainda uma família que aguarda ansiosa por alguma forma de conforto e amparo. E a sensação que vezes me invade é a de que o paciente após a morte é quem passa a cuidar de nós com as coisas deixadas e ensinadas durante o período de convivência.<sup>(6)</sup>

Lidar com pacientes, sejam eles terminais ou em qualquer estado de dependência e/ou em risco a capacidade funcional do indivíduo, é um fator relevante que colabora com a dificuldade de atuação do profissional frente à iminência de morte e o luto é sua formação acadêmica. Em diversos casos percebem-se formações voltadas para área clínica, focada em atuações no consultório, com poucas ou até mesmo nenhuma disciplina específica na área de saúde, quanto menos alguma disciplina relacionada a vivências de morte.<sup>(5)</sup>

Os comportamentos e emoções, aos quais o profissional vivencia no cuidado com pacientes e o vínculo destes com os pacientes, pode provocar series de perturbações, *stress* ocupacional e adquirir comportamentos autodestrutivos. O ambiente de trabalho torna um campo em que se evita o tempo todo o contato com suas emoções e afasta defensivamente a toda e qualquer demonstração de emoção do paciente.<sup>(1)</sup>

Os estilos de vida e as relações interpessoais e a satisfação com os estilos de vida, influenciam podendo negativamente gerar a exaustão emocional, sendo que as relações interpessoais também influenciam positivamente a realização pessoal.<sup>(16)</sup>

Os profissionais percebem as demandas de trabalho como eventos estressores aos quais não suportam, não tem força vital para enfretamento das situações que o agridem. Esta exposição provoca reações físicas, psíquicas e comportamentais podendo tornar-se crônico e causar danos às relações interpessoais nas dimensões familiares, sociais e profissionais, em ofensivas frustraões e inadequação, podendo resultar no abandono da profissão.<sup>(17)</sup>

A literatura sobre o estresse demonstra definições variadas. Alguns definem como um indicativo que busca descrever uma situação de muita tensão, outros como uma representação de uma adaptação inadequada à mudança estabelecida pela situação externa, em uma tentativa fracassada de lidar com o problema. Porém todos concordam que o estresse caracteriza-se como resposta do organismo a determinados estímulos estressores e que se constitui um mecanismo de defesa para a sobrevivência humana.<sup>(18)</sup>

Através de estudos de estresse surgiu a Síndrome de Burnout, definida como um fenômeno psicossocial que emerge como uma resposta crônica aos estressores decorrente do trabalho. “Burnout - do inglês: burn = queimar, out = fora - é um termo que designa algo, ou alguém, que não possui mais energia, chegou ao limite de forças, não funciona mais, queimou até o fim”. Burnout consiste em desgaste profissional, facilmente observável em profissionais que trabalham diretamente com pessoas.<sup>(19, 20)</sup>

Estudos apontam que os profissionais de saúde do sexo masculino demonstram mais despersonalização e os enfermeiros em comparação com médicos apresentam menos despersonalização. Os colaboradores de saúde mais experientes apresentam mais *burnout* conforme confirmações em investigações.<sup>(22)</sup>

## **4 MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO**

Os mecanismos de enfrentamento conduzem a menos *burnout* e a estratégias de *coping* mais apropriadas, permitindo lidar com as situações mais problemáticas, sem disfunções comportamentais. Além disso, aqueles relacionam a maior qualidade de vida e a estilos de vida promotores da saúde, permitindo o bem-estar dos profissionais de saúde.<sup>(23)</sup>

*Coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente. Tem sido traduzido por “formas de lidar” ou estratégias de confronto. Inicialmente os estudos baseados na ideia de *coping*, derivada da tradição da psicologia do ego de inspiração psicanalítica que se centrava em modos estáveis de lidar com o meio. Atualmente o termo passou por mudanças conceituais. O termo “estratégias de *coping*” aplica-se a atividades sobre as quais o indivíduo está alerta ou consciente e o uso repetido destas determinadas estratégias constitui-se como estilo de *coping*.<sup>(24)</sup>

*Coping* tem a função de administrar e veicular estratégias para lidar com as situações estressoras e constitui-se numa mobilização para empreender esforços cognitivos e comportamentais para reduzir, minimizar ou tolerar demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.<sup>(22)</sup>

Às ações e reavaliações cognitivas relacionadas com o enfrentamento denominam-se estratégias de controle, constituindo o *Coping* centrado no controle ao qual influencia positivamente a realização pessoal. Enquanto que às ações e reavaliações cognitivas de conteúdo escapista

chamou estratégias de escape, ou seja, de fuga; determinando o estilo de Coping centrado no escape.<sup>(22)</sup>

Relacionando os processos estressantes assim como os processos de luto podemos fazer uma correlação de que, coping vem a ser um processo fundamental para o ajustamento ou adaptação. Algumas pessoas enlutadas também tendem encontrar muita força a partir de amparo às crenças religiosas ou filosóficas, podem reduzir ou exacerbar a gravidade de uma reação de sofrimento por luto, quando nestes faltam um apoio social.<sup>(10,21)</sup>

Além disso, tem-se o termo mecanismo de defesa para se referir a processos mentais inconscientes e o termo adaptação que se refere a processos psicológicos implicados no ajustamento a acontecimentos estressantes relacionados com doença crônica. Estratégias de *coping* como os mecanismos de defesa podem reduzir os efeitos de emoções fortes provocadas por estressores.<sup>(21,24)</sup>

A escolha do tipo de *coping* é muito privada, estando intimamente relacionada ao histórico de vida e personalidade do indivíduo, portanto, poupar as características individuais é de extrema importância. Certos tipos de *coping* são mais dinâmicos do que outros, enfatizando que o *coping* focado no problema pode levar à redução do estresse.<sup>(22)</sup>

Em estudo realizado com enfermeiros que assistem pacientes oncológicos, os estilos de *coping* que apresentam as maiores médias de retornos foram à resolução de problemas, o suporte social e a avaliação positiva. Neste estudo a menos utilizada foi a fuga-esquiva que é estilo de *coping* centrado no escape. As principais formas de *coping*, em amostra realizada com psicólogos clínicos foram à prática de algum exercício físico, o diálogo confiável, ter vida social e senso de humor.<sup>(22, 23)</sup>

Acerca dos recursos que permitem aos indivíduos melhor lidar com o stress, têm considerável destaque os da robustez psicológica intitulada Hardiness, que é um termo que define a capacidade das pessoas em interpretar os estressores como um desafio. Isto permitiria o desenvolvimento de experiências que possibilitam o crescimento pessoal e profissional e encorajam a seguir adiante, encarar a vida de modo a pensar sobre a interação com o mundo e a promover a motivação para fazer coisas complexas. A robustez psicológica parece estar negativamente correlacionado ao stress e associado à satisfação com o trabalho. Dessa forma, pode construir um fator protetor no aparecimento de *burnout*, contribuindo para a qualidade de vida destes profissionais de saúde.<sup>(25)</sup>

Essa resistência ao stress, o Hardiness foi comparada a um “colete à prova de balas” combinado por características de personalidade como a ousadia, ausência de sentimentos de desamparo e estilo ativo e não passivo de vivenciar a vida, abreviadas em três dimensões: compromisso, controle e desafio. Indivíduos com estas especialidades podem favorecer tanto a sua autonomia como da sua intencionalidade, permitindo capacidade de atuar de forma efetiva e autônoma.<sup>(26)</sup>

É necessário um novo sentimento de ardor para sorver o deleite de paz propiciada por essa nova maneira de apreensão da realidade. [...] Onde um brilho de um meigo olhar seja a razão de toda a eternidade.<sup>(6)</sup>

## 5 DISCUSSÃO

As obras utilizadas nesse trabalho explicitam que a educação para profissionais da saúde são extremamente importantes, deixando claro que não é a exposição de uma cartilha ou de um passo a passo. A disposição em entender a morte e o luto como vivências com dor e sofrimento. Conseguir abertura para que este contexto que remete a própria existência é o ponto chave para que possa compreender elaborar, vivenciar sem tanto sofrimento.<sup>(6)</sup>

Os autores concordam que quando um paciente falece, os profissionais de psicologia vivenciam a morte, de modo que assistir o morrer do outro deixa em reflexão sobre o que mais negamos: a morte. A morte é parte natural e não há como evitá-la podendo ser compreendido como um processo natural. Nesse sentido, o confronto com a morte constantemente pode apresentar sentimentos de angústia.<sup>(5,8)</sup>

De acordo com os autores quanto mais fortes os laços de proximidade entre os profissionais e os pacientes assistidos, ou a carga emocional a eles depositado, maior o sentimento de tristeza, frustração, culpa e impotência por supostas falhas no atendimento prestado.<sup>(5)</sup>

Os estudiosos corroboram que a síndrome de *burnout* traz consequências indesejáveis para todo o contexto social da empresa, englobando sofrimento e reações tanto para o profissional quanto para o cliente e a instituição. A atividade dos profissionais de saúde não se desenvolve de forma individual, mas sim num contexto social em que deve haver um equilíbrio da saúde mental individual e coletiva.<sup>(23)</sup>

Vários especialistas enfatizam a necessidade de capacitação dos profissionais através de um processo de educação permanente. Os autores descrevem como riscos psicossociais relacionados ao trabalho a falta de capacitação, a sobrecarga de papéis, longas jornadas de trabalho, conflitos na organização do trabalho em equipe, dificuldade para conciliar a relação de trabalho e família, recursos humanos e materiais insuficientes e estes favorecem significativamente ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout*.<sup>(27)</sup>

Os autores ressaltam também que quanto maior *Hardiness*, maior satisfação com o trabalho e menor *burnout*. Sugerem, ainda, que esta capacidade em lidar com as dificuldades do ambiente de trabalho e a situação de finitude associada à satisfação no trabalho podem construir um fator protetor, colaborando para qualidade de vida dos profissionais de saúde e maior qualidade nos serviços prestados.<sup>(25)</sup>

É interessante observar como os estudos orientam para uma busca premente de a morte deixar de ser temida e com discussões no âmbito religioso. A ausência de uma discussão

sistematizada sobre a morte e suas implicações na existência humana contribui para o adoecimento dos profissionais de saúde.<sup>(17)</sup>

As atuais formações acadêmicas, pouco a pouco, tem procurado garantir espaço em suas estruturas programáticas para a discussão da finitude humana. Os autores ressaltam a importância dos profissionais de psicologia ter em sua prática hospitalar a análise e a supervisão, além do apoio de teorias que possam amparar a compreensão dos fatores e situações que podem causar angústia, possibilitando compreender os impactos pessoais e profissionais diante da perda de um paciente.<sup>(1,28)</sup>

## **6 CONCLUSÃO**

A morte é um processo natural vivenciado regularmente por vários profissionais da área da saúde como os psicólogos que atuam no contexto hospitalar. É fundamental refletir, para que se apresentem formas eficazes para que estes consigam trabalhar e elaborar os seus processos de lutos.

A análise e a supervisão terapêutica mostrou ser um importante suporte para o profissional de psicologia, auxiliando na compreensão dos fatores e situações geradores de angústia. Além disso, é necessário que haja uma revisão na formação acadêmica dos profissionais da saúde, com o intuito de melhorar sua preparação para a realidade da prática e diminuir o adoecimento.

A presença de mecanismos de defesa como a negação, resistência e despersonalização diante da morte de pacientes contribui para a fragilidade emocional e o despreparo dos profissionais e representa um risco para disfunções, conduzindo a um adoecimento psíquico ou esgotamento. Cabe a estes a reivindicação de seus direitos e a busca por melhorias ocupacionais individuais e coletivas.

A divulgação de informações sobre estratégias de enfrentamento diante do processo de morrer e do luto pode favorecer a uma atuação com maior qualidade de vida diminuindo os índices de *burnout* daqueles que atuam na área da saúde.

Espera-se que este estudo venha a contribuir para o maior conhecimento e identificação de fatores que levam ao sofrimento de profissionais da saúde diante da morte e luto e dos mecanismos que podem ser usados para enfrentar essa realidade. Ressalta-se a necessidade de desenvolver mais pesquisas nessa área para ampliar informações e garantir a sua veiculação, promovendo maior qualidade de vida e bem-estar para estes trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

1. COMBINATO, D.S.; QUEIROZ, M.S. Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*. 2006; 11(2): 209-216.
2. ARIES, P. *A História da Morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
3. CAPUTO, R.F. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. *Revista Multidisciplinar da Uniesp*. 2008;(6):76-80.
4. KOVACS, M.J. Educação para a Morte. *Psicologia ciência e profissão [periódico da internet]*. 2005; 25(3): 484-497.
5. FREITAS, A.F.S.C.; OLIVEIRA, S.A. Os impactos emocionais sofridos pelo profissional de psicologia frente à morte em con-texto hospitalar. *Umuarama*. 2010: 18(4): 263-273.
6. ANGERAMI-CAMON, V.A.; TRUCHAT, F.A.R.; KNIJNICK, R.B.; SEBASTIANI, R.W. *Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática*. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning Edições Ltda.; 2010.
7. RIBEIRO, P.H. *O Hospital: História e Crise*. São Paulo: Cortez; 1993.
8. BOFF, L. *Saber Cuidar: Ética do humano: compaixão pela terra*. São Paulo: Vozes; 2002.
9. ROSS, E.K.; (Menezes P, Trad.). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1969.
10. BEE, H. (Garcez R Trad.). *Ciclo Vital*. Porto Alegre: Artmed; 1997.
11. VERDADE, M.M. *Ecologia mental da morte: a troca simbólica da alma com a morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
12. KOVACS, M.J. Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre morte e o morrer. 2008; 18(41): 457-468.
13. RABELO, M.K.O. Um olhar fenomenológico sobre a morte na sociedade ocidental: testemunho histórico-antropológico. *Revista científica da ESPAM*. 2006: 3, p. 71-84.
14. PESSINI, L. *Distanásia: até quando prolongar a vida*. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2007.
15. BULHÕES, I. *Riscos do trabalho de Enfermagem*. Ivone Bulhões. Rio de Janeiro; 1998.
16. ABREU, K.L.; STOLL, I.; RAMOS, L.S.; BAUMGARDT, R.A.; KRISTENSEN, C.H. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2002: 22(2), p.22-29.
17. BOLZAN, M.E.O. Estresse, Coping, Burnout, Sintomas Depressivos e Hardiness em Residentes Médicos. 2012; p.1-132.
18. SOUSA, I.F.; ZANINI, H.M.D.S.; NAZARENO, E. Estresse ocupacional, coping e burnout. *Goiânia*. 2009: 36,(1/2), p.57-74.
19. KOVALESKI, D.F.; BRESSAN, A. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. *Saúde e Transformação Social*. 2012:3(2) p.107-113.

20. BENEVIDES, A.M.T.P. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
21. RIBEIRO, J.L.; RODRIGUES, A.P. Questões acerca do Coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2004: 5(1), 3-15.
22. SIQUEIRA, M.M.M.; JESUS, S.N.; OLIVEIRA, V.B. *Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa*. São Bernardo do Campo: Metodista, 2007.
23. MORENO, F.N.; GIL, G.P.; Haddadiiii, M.C.L.; VANNUCHI, M.T.O. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de Burnout. *Revista. Enfermagem. UERJ*. 2011: 19 (1): p.140-5.
24. RIBEIRO, J.L.; RODRIGUES, A.P. Questões acerca do Coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2004: 5(1), 3-15.
25. QUEIROZ, C.; DIAS, S.; CARLOTTO, M.S. Burnout, Hardiness e Satisfação com o trabalho: um estudo comparativo entre profissionais da área da saúde portugueses e brasileiros. UNIESEP - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida - Saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011: 1, p.292-299.
26. DIAS, S.R.S. A influência dos traços de personalidade no burnout nos enfermeiros. 2012: p.1-219.
27. GOMES, G.C.; LUNARDI, F.W.D.; ERDMANN, A.L. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. *Enferm UERJ*. 2006: 14(1): p.93-99.
28. BIFULCO, V.A.; IOCHIDA, L.C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista Brasileira de Educação Medica*. 2009; 33(1), p. 92-100.