

# O LUTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA EM UMA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA

Rosenir Maria da Silva<sup>1</sup>, Maria Thereza Motta e Silva<sup>2</sup>, Jullyane Renata Lopes Félix<sup>3</sup>

## RESUMO

A morte no século XX adquiriu no contexto hospitalar a conotação de inimiga e fracasso, assumindo uma cultura de negação vigente na época e que perdura até os dias atuais. A atuação dos profissionais de saúde na oncologia pediátrica é atravessada pelo processo de morte e do morrer. Este estudo pretende compreender as experiências de luto vividas pelos profissionais de saúde diante das perdas de seus pacientes, através da abordagem qualitativa, descritiva do tipo fenomenológica, seguindo o modelo de Giorgi (1985). Foi desenvolvido no Hospital Universitário Oswaldo Cruz em Pernambuco, Brasil. Da análise da linguagem dos profissionais suscitaram as seguintes categorias temáticas: vínculos e envolvimento emocional, sentimentos de impotência diante do sofrimento, impactos na saúde psíquica e recursos de enfrentamento. Dessa forma, este trabalho, enquanto amplia as compreensões a respeito da intensa vivência do luto, também corrobora para auxiliar os profissionais em sua profunda jornada.

**Palavras-chave:** Luto, Pessoal de saúde, Psico-oncologia, Pediatria.

## THE MOURNING OF HEALTH PROFESSIONALS IN PEDIATRIC ONCOLOGY IN A PHENOMENOLOGICAL PERSPECTIVE

## ABSTRACT

In the 20th century, death in the hospital context acquired the connotation of failure, assuming a culture of denial that endures to current days. The role of healthcare professionals in the Pediatric Oncology is permeate by the process of death and dying. This study aims to understand the experiences of grief, experienced by healthcare professionals facing the losses of their patients. This is a qualitative, descriptive study and a phenomenological type, following the model of Giorgi (1985). It was developed at the Oswaldo Cruz University Hospital, in Pernambuco, Brazil. From the analysis of the language of the professionals, the following thematic categories arose: bonds and emotional involvement, feelings of helplessness in the face of suffering, impact on mental health and coping resources. Thus, while this work extends the understanding about deep experience of grief, it also supports healthcare professionals in dealing with the intense workday.

**Keywords:** Grief, Health Personnel, Psycho-Oncology, Pediatrics.

---

<sup>1</sup> Psicóloga, Especialista em Cuidados Paliativos, Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>2</sup> Psicóloga do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Recife, PE) e Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Brasil.

<sup>3</sup> Psicóloga, Residente em Cuidados Paliativos, Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O advento de novas tecnologias na área da saúde retardou a mortalidade, evitou e combateu o adoecimento no século XX, porém gerou um distanciamento entre a morte e a consciência da sociedade, sendo agora percebida como algo possível de ser controlada e evitada. Desse modo, a morte no presente século passou a ser encarada pelos profissionais de saúde como fracasso e erro, e na sociedade de um modo geral como tabu e tema interdito (Kóvacs, 1992, 2010).

O avanço das tecnologias permitiu retardar a morte e prevenir os adoecimentos, porém o homem não conseguiu reverter a morte. Nos dias atuais acredita-se que somente é possível conhecer o homem olhando para as suas crenças e atitudes diante da morte, pois na morte o indivíduo é então revelado (Morin, 1988). O homem é o único ser vivo que tem consciência da própria finitude e, portanto, isto é gerador de uma angústia existencial. O homem procura incessantemente pelas razões de estar no mundo, bem como para sua finitude, e nessa procura construiu sistemas de crenças que orientam suas atitudes individuais e coletivas, tendo por base sua cultura e história (Santos, 1993).

Desde que o primeiro homem se deparou com outro homem morto passou a construir um ritual de despedida, um culto aos mortos (Sancho, 1999). Os rituais funerários são consequência dessa tentativa do homem de se aproximar do desconhecido, da familiarização com a morte. E eles acontecem desde o homem Neandertal, em que os corpos eram enterrados em cavidades abertas e postas oferendas próximas ao morto, pois acreditava-se que o falecido poderia levá-las consigo (Silva, Silva & Tamanini, 2017).

O contexto hospitalar é permeado por uma cultura de negação de morte reverberando a cultura ocidental. O acompanhamento próximo do sofrimento das famílias pode ocasionar nos profissionais uma sobrecarga emocional, tendo em consideração que estes lidam em suas rotinas com a comunicação de notícias difíceis, a incerteza da cura, as mudanças ocasionadas pelo agressivo tratamento, e as possibilidades de morte, ou seja, enfrentam cotidianamente o sofrimento e as perdas (Silva, 2009). E esse dispêndio de energia no cuidado se intensifica quando se trata de morte na oncologia pediátrica, pois acredita-se que, pela lei natural, a criança ainda não passou por todas as fases de desenvolvimentos pelas quais deveria passar (Färber, 2013).

Os profissionais de saúde estão próximos e envolvidos desde o momento do diagnóstico de câncer junto à família e a criança. E assim, veem o sofrimento, as angústias, os medos, todas as dificuldades perpassadas ao longo do tratamento até muitas vezes quando esse paciente vem a morrer. Lidam com a dor do outro de maneira constante e intensa. A intensa resistência a conteúdos relacionados a morte e o estabelecimento da negação da morte enraizado na cultura são fatores que repercutem de modo negativo na atuação dos profissionais de saúde, podendo vir a originar problemas psíquicos e implicar diretamente o processo de assistência ao paciente (Justo, Lacerda, Santos & Montes, 2018).

O luto é entendido na atualidade como um processo natural, reativo e esperado diante de situações de rompimento de vínculos afetivos (Franco, 2008). A compreensão do luto e a dimensão do impacto oriundo de uma separação afetiva na vida de um indivíduo estão entrelaçadas com as noções de apego. John Bowlby, psiquiatra britânico, é o teórico pioneiro na discussão desse conceito por ter dedicado sua carreira a estudar e construir uma teoria do apego e perdas, tendo

trabalhado com afinco, escrevendo muitos livros e artigos sobre essa temática (Worden, 2013). Sendo, portanto, a teoria do apego de Bowlby um importante recurso para entender as motivações do homem na construção e estabelecimento de laços afetivos, bem como das reações emocionais quando estes são ameaçados ou interrompidos.

Bowlby (1990, citado por Almeida, Leitune, Seger, Terner & Silva, 2015) considera o comportamento de apego como uma necessidade básica de sobrevivência, porque através dele o bebê se direciona para o cuidador ao se sentir ameaçado, no intuito de que este lhe ofereça segurança e proteção. E vai se formando uma relação unidirecional, na qual o cuidador presta os cuidados necessários à sobrevivência do bebê. A qualidade de interação afetiva vai originar padrões diferentes de apego, e isto, por sua vez, fala de modelos de vinculações diversos.

Os padrões de apego são constituídos ao longo da infância, mas não é necessariamente um único evento o desencadeador destes, e sim, a ocorrência de modo contínuo de diversas vivências ao longo do desenvolvimento do indivíduo, podendo resultar em três padrões de apego diferentes: “apego seguro, apego inseguro-esquivo e apego inseguro-resistente, e estes definem estilos de relações e reações frente às experiências de vida atuais e posteriores, com seus desafios ou adversidades” (Bowlby, 1990 citado por Almeida et al., p. 17, 2015).

O apego seguro se dá quando na presença da mãe/cuidador a criança consegue explorar o ambiente, e na sua ausência vivencia certa angústia, porém quando a mãe/cuidador retorna, ela faz contato com a genitora/cuidador. Enquanto,

no apego inseguro, a criança, ao invés de explorar o ambiente, não sai de perto da mãe/cuidador (Almeida et al., 2015).

Assim, diante do convívio com uma base segura de apego é possível que o indivíduo desenvolva, ao longo de sua existência, maneiras seguras de se vincular e se relacionar consigo mesmo, com o outro e o meio onde estiver inserido. No entanto, o mesmo não acontece quando se constitui uma base insegura de apego, podendo ser este um preditor dos comportamentos geradores de medos e ameaças (Almeida et al., 2015).

Sabe-se também que o apego é percebido como algo natural ao ser humano. Ao longo da vida, as pessoas tendem a se vincular a outrem e, quando isto é rompido, o emocional é profundamente abalado. É importante considerar, ainda, que desde o nascer ao morrer, toda a vida do homem é marcada pela experiência das perdas. A primeira perda é vivenciada no nascimento quando o bebê precisa deixar o útero, e é lançado no mundo sem garantia de nada, frágil e dependente do cuidador para as necessidades mais básicas de sobrevivência (Viorst, 1986, citado por Martins & Lima, 2014).

Além dessa primeira perda vivenciada ao nascer o indivíduo experiencia, no percurso de sua existência, diversos eventos marcados por perdas, não necessariamente relacionada à morte de alguém, mas sobretudo ao rompimento de vínculos afetivos, seja pelo falecimento ou pela separação em vida. E por sua vez, também pode estar associado a questões pessoais ou físicas, por exemplo, ao viver uma amputação. Diante das situações mencionadas anteriormente as pessoas experienciam o luto, e este atua como um processo reativo, em que os enlutados

podem vir a manifestá-lo em diferentes níveis de intensidade dependendo do apego estabelecido por eles na formação do vínculo (Martins & Lima, 2014).

A morte de alguém querido é elaborada e percebida de modo gradual, levando tempo para que os enlutados a tenham como real. Bowlby propôs quatro fases no estudo do luto, sendo elas: entorpecimento ou choque, anseio e busca da figura perdida, desorganização e desespero, e reorganização (Coelho, 2012). O entorpecimento e choque compreende a fase que o indivíduo apresenta logo após o falecimento, demonstrando estado de choque e negação da morte. Na fase posterior, acontece a procura e o anseio pela pessoa perdida (Coelho, 2012).

Na terceira fase, a de desorganização e desespero, é tomada consciência de que a perda é permanente, sendo caracterizada pelo sentimento de incapacidade de superação e de seguir a própria vida diante da morte de alguém. Tendo ainda como características o reconhecimento de impotência diante da morte, não sendo possível alterá-la ou mudá-la, e isto por sua vez, pode acarretar também isolamento social e distúrbios psicossomáticos (Coelho, 2012).

Na fase seguinte e última, a reorganização, o enlutado se dá conta de que é possível reconstruir a própria existência, tomando o acontecimento como real e entendendo o não retorno do falecido. A partir da vivência dessa fase, o indivíduo consegue redefinir os seus papéis e fazer novos vínculos, reconstruindo a vida (Coelho, 2012).

Tendo em vista as fases, é possível adentrar no conceito de luto complicado, sendo atribuído esse termo quando o enlutado não experiencia essas fases e ultrapassa o período de tempo da vivência desse processo de luto. De acordo com o DSM-V (*American Psychiatric Association - APA, 2014*), o principal critério para

diferenciar o luto adaptativo do complicado é o tempo cronológico. Se após 12 meses existir “sintomas” persistentes que estejam interferindo na capacidade do indivíduo de funcionar, é possível pensar na vivência do luto complicado. No entanto, é importante ressaltar que a experiência do luto é subjetiva e singular. E, portanto, perpassa a psicodinâmica de cada indivíduo, bem como, o contexto no qual ocorreu a perda, o vínculo com a pessoa falecida e a cultura em que se encontra inserida. Certamente, um luto saudável envolve duração de tempo, o viver as referidas fases, reconfiguração do lugar afetivo ocupado pelo morto na vida do indivíduo, adaptação ao ambiente na ausência do falecido e novas vinculações.

Conforme Kóvacs (1992), o luto complicado consiste numa intensificação do trabalho de luto, condição em que o indivíduo fica paralisado sem finalizar o processo de luto, não conseguindo progredir nas fases vivenciais, desenvolvendo comportamentos não adaptativos e conseqüentemente enfrentando dificuldades severas em dar continuidade à própria vida.

De acordo com Engel (1961, citado por Worden, 2013), ao perder alguém a quem se ama muito a dor psíquica é tão intensa e traumática como quando acontece uma queimadura grave e a pessoa sofre de modo fisiológico. No entanto, apesar de ser um processo doloroso, o luto bem vivido é necessário por se configurar num recurso adaptativo frente às situações de perdas.

A morte é companheira de rotina dos profissionais de saúde, trabalhar nesse contexto faz com que estes voltem o olhar para a própria morte, lidando com os medos e angústias inerentes a esta temática. Num modelo de saúde tradicional curativista, esses profissionais têm a difícil função de curar, enfrentar e vencer a morte, sendo a experiência do luto muitas vezes não reconhecida. O luto não-

reconhecido dá-se quando o enlutado tem vedada a oportunidade de vivenciar o seu luto (Casellato, 2005; Magalhães & Melo, 2015). Assim, a dor do profissional de saúde é silenciada e não há, dentro da dinâmica do hospital, espaço e tempo para que esse possa expressá-la, e desse modo impacta diretamente na saúde mental desse indivíduo. Diante dessas questões, o presente estudo visou compreender como os profissionais de saúde da oncopediatria vivenciam o luto diante das perdas significativas de seus pacientes e quais as implicações dessas vivências em sua saúde psíquica.

## **MÉTODO**

Refere-se a uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva do tipo fenomenológica com corte transversal.

O método de pesquisa fenomenológico tem como objetivo descrever a totalidade das experiências vividas, os significados que a experiência tem para os indivíduos. E para atingir tal meta, a fenomenologia se utiliza da observação atenta para descrever o fenômeno tal qual ele se apresenta, preocupando-se com a compreensão do fenômeno e não com a sua explicação. A pesquisa fenomenológica é oriunda de uma inquietação do pesquisador, no entanto, esta não é investigada a partir de teorias e explicações, mas parte do próprio indivíduo participante da pesquisa (Giorgi & Souza, 2010).

Sendo assim, dentre os teóricos da pesquisa fenomenológica foi utilizado o modelo de Amadeo Giorgi (2010), que consiste em quatro momentos: 1) sentido do todo: os relatos de entrevistas são lidos integralmente objetivando encontrar um sentido global, mas sem interpretá-los; 2) definição das Unidades de Significados: a partir de nova leitura identifica-se as unidades de significados que respondem a sua



pergunta condutora; 3) transcrição destas unidades em linguagem psicológica e 4) encontro dos sentidos em comum compartilhados pelas participantes da pesquisa.

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), localizado no bairro de Santo Amaro na região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, com 9 profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional atuante no Centro de Oncohematologia Pediátrica de Pernambuco (CEONHPE). Inicialmente a proposta do estudo era incluir profissionais de saúde de ambos os gêneros, mas a equipe era composta, no momento em que foi realizada a pesquisa, basicamente por mulheres. Também foi utilizado como critério de inclusão a participação das profissionais que trabalham na assistência das enfermarias de internamento e ambulatório do CEONHPE e estavam em exercício por no mínimo um ano no referido setor, tanto nos níveis de formação técnico quanto superior e que já tenham vivenciado o processo de morte e morrer de algum paciente. A enfermaria de internamento consiste no local onde os pacientes internam devido a comprometimento clínico e podem vir a passar meses internados. E é no ambulatório o espaço no qual são realizadas as consultas de rotina com a equipe médica, podendo vir a passar apenas algumas horas do dia.

Foram excluídos os profissionais que estavam de licença prolongada ou cobrindo férias ou folgas de outros.

A coleta de dados foi realizada durante dois meses, por duas pesquisadoras. Além de entrevistar, as pesquisadoras se revezavam a observar o “não dito” pelas participantes. Os dados foram coletados por meio de entrevista não estruturada e aberta, norteadas pela seguinte pergunta disparadora: *“Como você vivencia e enfrenta as perdas em sua rotina de trabalho na oncologia pediátrica?”*. Não foi delimitado tempo para responder e as participantes ficaram livres para expressarem

suas experiências. Com essa pergunta aberta foram trabalhadas as seguintes temáticas por meio de perguntas subsequentes: história da escolha pela área da saúde, sentimentos diante das incertezas da cura, progressão da doença e morte, processo de luto, estratégias de enfrentamento e fatores protetores, sentidos e vivências diante do processo de morte, aspectos psíquicos vivenciados ao longo do processo de luto e da rotina de trabalho em oncologia pediátrica.

As entrevistas foram gravadas por intermédio de dispositivo eletrônico de gravador de voz, mediante anuência da participante, feitas individualmente em local reservado e apropriado, preservando a exposição da profissional. A posteriori as audiografações foram transcritas e mantidas em sigilo, garantindo a preservação da identidade das profissionais. Os nomes das participantes foram substituídos por pedras preciosas por acreditar que o trabalho e o processo de luto têm transformado suas vidas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nesta parte do estudo será apresentada a imersão que foi realizada sobre as falas das 9 mulheres entrevistadas, viabilizando a apreensão dos significados atribuídos por elas às vivências do luto, compreendendo tais dados. O encontro das pesquisadoras com as participantes foi permeado pela intersubjetividade, tendo em vista que as mesmas também vivenciaram experiências semelhantes às das entrevistadas, o que possibilitou uma compreensão do fenômeno de maneira mais próxima e singular.

Serão apresentados aqui os conteúdos resultantes que se destacaram da leitura fenomenológica à luz dos objetivos e questão norteadora deste estudo. Da análise da linguagem das profissionais suscitaram as seguintes categorias

temáticas: vínculos e envolvimento emocional, sentimento de impotência diante do sofrimento, impactos na saúde psíquica e recursos de enfrentamento. E com base nas categorias temáticas, as pesquisadoras estabeleceram diálogos entre trechos representativos das categorias temáticas e teóricos estudiosos do processo de luto.

Se faz necessário salientar que a estrutura geral final resultada da aplicação dos quatro passos propostos por Giorgi (2010) não é uma estrutura conclusiva e fechada do fenômeno, por não se ter por objetivo produzir conhecimento absoluto. A essência procurada no fenômeno nunca é totalmente apreendida, por isto só poderia se ter compreensões em relação ao fenômeno, mas o mesmo não será aqui esgotado em sua essência. Tendo em vista que a experiência humana se mostra, mas também se esconde inviabilizando conclusões rígidas e fechadas, o que exige flexibilidade e abertura diante dos dados, dada a capacidade de vir-a-ser das vivências das participantes.

#### Vínculos e envolvimento emocional

O comportamento de vínculo foi evidenciado em diversas falas e em diversos momentos da entrevista, o que demonstra a indissociabilidade da essência humana e a necessidade de apego e de amor, por garantir a sobrevivência física e emocional (Bowlby, 1990). Nos seguintes relatos, as profissionais trazem como é difícil não se apegar aos pacientes por dividirem muito de seu tempo com eles devido a longa duração do tratamento. E como é possível perceber nas falas, elas não dividem apenas o tempo, mas também se envolvem com os sofrimentos de seus pacientes diante das incertezas de cura, possibilidade de morte e a morte propriamente dita. Sendo assim, nas narrativas de todas as participantes a questão do apego ocupou papel central.

O apego adulto pode ser conceituado como o esforço do indivíduo na procura de manter contato, e proximidade com pessoas específicas das quais provém segurança física e/ou psicológica. Sendo assim, o apego se configura e se manifesta de acordo com a maneira interna de cada um de funcionar e se movimentar na vida, logo indivíduos que desenvolveram o apego-seguro, que tiveram suas necessidades atendidas na infância, e tinham uma figura fornecedora de segurança e proteção, vieram a se tornar adultos seguros com maior nível de organização (Sperling & Berman, 1994, citado por Braz & Franco, 2017). Sendo, pois, capazes de serem empáticos e abertos ao outro na construção de uma assistência profissional segura.

Diante desse encontro com a existência de um outro sofrido, estas profissionais do cuidado se importam de tal maneira com a experiência desse outro que se apegam a ponto de percebê-los muitas vezes como algum familiar. Conforme Worden (2013), a intensidade do luto é determinada pela relação de afeto. Isto pode ser observado no relato de Turquesa que será exposto nos próximos parágrafos.

Foi percebido que cada participante tem uma maneira muito particular de vivenciar o apego, mas ele é sempre muito intenso e se dá na forma como elas vivenciam a sua rotina de trabalho na qual têm por companheira a morte de seus pacientes. Esmeralda, Água Marinha e Turquesa contaram um pouco de como vivenciam o apego nos trechos destacados abaixo.

“A gente tem uma vivência e uma aproximação não só técnica com o paciente, mas também, emocional. E... No meu ponto de vista, essa... esse limite entre vínculo e... e... afastamento, ele é muito impreciso, porque no momento em que a gente conhece a experiência do outro a gente se importa e de alguma forma aquilo se manifesta no nosso emocional.” (Esmeralda)

“(...) tenho alguns anos de experiência em UTI Pediátrica que foi sempre aonde trabalhei. E a gente vivencia a perda, mas muito menos do que a perda vista aqui. E mesmo assim a perda que a gente vivencia numa UTI é uma perda de um paciente que você vê o agravamento dele. Você ver ele entubado, você ver ele piorando, você tem um conhecimento da doença. E você não se apega tanto, porque você não conversa com ele...ele normalmente está lá entubado, sedado, então você não tem aquele vínculo emocional e você tem como ter essa barreira, por mais que acompanhe 24h, você pode criar essa barreira de não ter o contato pessoal da história pregressa, anterior àquilo. E aqui não, aqui o dia-a-dia querendo ou não, por mais que você seja frio, por mais que você coloque essa barreira, é difícil você se abster de tudo, é muito difícil você não se envolver emocionalmente como dizem os livros, mas aqui é impossível.” (Água marinha)

“Teve um luto aqui muito forte que foi um dos primeiros que eu peguei que foi de uma paciente adolescente e me marcou muito porque ela vinha toda quarta-feira à tarde, sozinha. Assim, eu só tinha ela no ambulatório e eu a atendia, toda quarta, toda, toda quarta todo processo dela até ela entrar na fase terminal e internar. E aí eu não percebi que eu tava muito envolvida com ela. Acompanhei a passagem dela, segurei na mão dela, fiquei perto dela, vi ela e sentir, se sentir muito mal da presença mesmo, da partida mesmo, revirando o olho, mas quando ela voltava eu tava ali do lado dela... fiquei até o último momento. E aí eu não me dei conta do que eu tava sentindo. Quando eu descii na outra quarta para atender, que eu abri a porta da minha sala, deu aquele choque *pah* e aí eu chorei, chorei e até dá vontade de chorar só de falar (Oh... mostra os olhos cheios de lágrimas), e aí chorei, chorei, me

permiti chorar, chorar, chorar, passei quase 15 min dentro da minha sala chorando, aí eu chorei e relaxei e pronto.” (Turquesa)

### Sentimento de impotência diante do sofrimento

Diante do sofrimento em meio à morte das crianças na oncologia pediátrica e do questionamento dos pais sobre a morte, as participantes se sentiam impotentes, por não saberem o que dizer aos pais neste momento de grande dor. E sentem ainda serem a parte mais fraca na luta contra o câncer em pediatria.

Esse sentimento de impotência se dá pelo fato de no contexto hospitalar se priorizar a vida, e buscar salvar o paciente a todo custo, isto, por sua vez, faz com que este ambiente seja encarado com desmotivação, frustração e sem significado. Bem como, não conseguir evitar a morte e nem aliviar o sofrimento gera nos profissionais sentimento de impotência (Kóvacs, 2010). Outrossim, também se deve ao fato de serem esses os profissionais que carregam consigo a responsabilidade da cura da doença, bem como, a manutenção da vida dos pacientes, e não conseguindo é originado o sentimento de impotência (Pawlowytsch & Kovalsk, 2017; Mocelin, Moschen, Mahl & Oliveira, 2014). Segue o relato que melhor evidencia a unidade de significado da impotência diante do sofrimento, embora possa ser visto também em outras falas ditas de outra maneira:

“É a gente se sente impotente, é como você ta dizendo *a gente se sente impotente*. Mas o que eu me sinto feliz é que eu sei que eu dei o melhor. Só que é como você está num ringue e você ta lutando contra aquilo dali e aquilo dali é mais forte do que você. E é por aí...” (Rubi)

### Impactos na saúde psíquica

Nas narrativas de todas as participantes foi percebido o relato de dor e sofrimento. A partir dos relatos das entrevistas vê-se que cada profissional expressa sentimentos e expectativas diferentes diante da morte, pois vai depender do processo de vinculação alimentado entre as partes (Combinato & Queiroz, 2006). Cuidar de outro indivíduo coloca o profissional de saúde diante dos próprios fantasmas em relação a perdas e morte, trazendo a consciência a história familiar, e até mesmo os medos infantis de separação, e a própria morte (Ariès, 2003).

Sendo assim, para Worden (2013), após a perda de uma pessoa querida é experienciado o sentimento de tristeza. Um estado de desespero, desesperança e sofrimento. As profissionais de saúde entrevistadas trouxeram relato de grande tristeza, chegando a prejudicar o sono e a qualidade de vida, podendo inclusive ser classificado como humor deprimido muitas vezes.

Sabe-se que vivenciar o processo de morte dos pacientes e experiência não saudável do luto pode provocar sérios prejuízos psicológicos, podendo causar danos para o bem-estar e a qualidade de vida (Kóvacs, 2005). E olhando para a fala das participantes foi possível observar, em sua maioria, o grande sofrimento vivenciado por elas na rotina de trabalho frente a morte de seus pacientes, sofrimento este capaz de tirar a paz, como pode ser visto nos relatos a seguir.

“Teve casos que eu fiquei com pesadelos, teve casos que eu fiquei deprimida. Na verdade, as pessoas se preocupam muito assim com o acompanhante, se preocupa muito com a criança, mas a gente que trabalha com eles... o pessoal acha que a gente é de aço, mas a gente é ser humano. A gente procura não chorar perto das mães para dar força, ser aquela pessoa forte, mas a gente é ser humano, a gente sente muito. Tem crianças que se morrer agora, e eu me esqueço o nome dela

como se fosse o psicológico meu.. o psicológico meu faz com que eu esqueça até o nome dela, para ver se eu me protejo”. (Rubi)

“Já teve vários colegas que saíram do setor, teve colegas que entrou em depressão. Eu na verdade já estou pensando em sair também, porque quando chega a uma certa época você já está muito calejado”. (Rubi)

“Então, as perdas para mim ainda estão sendo muito difícil, dolorosa ao ponto de perder o sono, ao ponto de sonhar que estou trabalhando. E isto nunca me aconteceu. Estar em casa no meu dia de folga pensar neh..o que eu ainda consigo fazer é não ligar para o serviço e ficar perguntando por fulaninho ou por paciente A, B ou C. Mas a dor é muito difícil ao ponto de no outro dia que é o dia da minha folga..eu trabalho aqui dois dias seguidos e folgo um...e na minha folga depois do meu plantão aqui, eu fico arrasada, emocionalmente sem ânimo, ainda estou nessa fase de adaptação. É muito difícil, entendeu?! Ainda estou nessa fase de adaptação. Vivenciar a perda aqui pra gente é praticamente todos os plantões, neh?!” (Água Marinha)

“É uma rotina desgastante... difícil, trabalhosa porque fisicamente é dolorido porque tem dia que eu chego com o corpo dolorido né, a ponto de precisar realmente tomar um anti-inflamatório, um relaxante muscular, um analgésico para poder conseguir dormir. Mas psicologicamente falando, é uma tormenta. Falando geograficamente, é uma tormenta dentro da gente, que a gente vive, pelo menos eu. É muito realmente difícil você conviver e lidar com a vida das pessoas nesse ponto né, de que você tem o seu filho para ser feliz e você vivenciar a dor de uma mãe recebendo o diagnóstico



de um filho que está com essa doença muitas vezes sabe até que a cura é quase que impossível.” (Água Marinha)

### Recursos de enfrentamento

A maioria das participantes entrevistadas não possuía um recurso de enfrentamento específico, mas pelo tempo de serviço procuravam enfrentar com a vivência da religiosidade, objetivando o equilíbrio profissional e emocional. Os recursos de enfrentamento utilizados por algumas entrevistadas têm sido o conhecimento e as vivências de processo de morte dos pacientes, e também a religião. Sendo assim, percebe-se a escassez de estratégias de enfrentamento de uma maneira geral, o que pode vir a ocasionar adoecimento psíquico. Os mecanismos de enfrentamento podem prevenir o adoecimento psíquico e ajudar a lidar melhor com os processos de luto e morte, proporcionando maior qualidade de vida e bem-estar dos profissionais (Moreno, Haddadiiii & Vannuchi, 2011; Magalhães & Melo, 2015).

Apesar do sofrimento vivenciado pelas participantes, elas transformam tal vivência e aprendem muito com ela, isto é visto no discurso de Esmeralda, e no de muitas outras entrevistadas. Outra questão que tem ajudado é falar sobre a morte, já que ela tem caráter interdito no contexto hospitalar, falar sobre ela se transformou num recurso de enfrentamento significativo. Então as participantes costumam falar sobre suas angústias para seus familiares e sentem falta de haver um espaço de escuta dentro do seu ambiente de trabalho em que pudessem ser ouvidas e compartilhar as experiências com as demais pessoas que compõem a equipe.

No discurso de Turmalina, e no de outras, ficou visível que se utilizam da religião como estratégia de enfrentamento. Isto se dá pelo fato de os princípios

religiosos sobre a morte auxiliarem na sua aceitação, por integrar valores culturais, de mundo e sentido da vida (Galvão, Castro, Paula & Soares, 2010). A seguir se pode observar nas falas das profissionais alguns recursos de enfrentamento utilizados por elas:

“Eu tento transformar aquele luto em um aprendizado (pausa) vivencio aquele luto, me envolvo, sofro com, não tanto quanto os familiares que têm toda uma trajetória de vida com esse paciente, mas eu vivencio, eu sofro junto, mas também compreendo que faz parte do meu exercício profissional, faz parte da... da profissão que eu escolhi seguir e mais, a morte faz parte do processo de vida de todos nós.”  
(Esmeralda)

“Eu sou Espírita. E aí eu tenho a questão de uma visão diferente das outras religiões da morte.” (Turmalina)

“Hoje eu tenho utilizado mais o da religião, porque hoje eu tenho mais conhecimento sobre a religião Espírita e hoje eu sigo isto de que a morte não, não existe a morte, a pessoa passou para um outro plano. Então, acho que eu consigo lidar melhor”.  
(Jade)

“Eu acredito que assim com o meu trabalho pessoal e compreendendo e falando muito sobre a morte, eu criei uma dimensão da morte que não é tão difícil de lidar. E na minha visão de mundo a morte é algo assim constante e aceitável. Não tenho dificuldade de lidar com a morte.” (Turquesa)

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebe-se que o luto vivenciado pelos profissionais de saúde é um processo doloroso. Exige uma reconfiguração na qual o profissional necessita entrar em

contato com os próprios fantasmas em torno da morte. Assim, por meio deste estudo, compreende-se que a angústia e o medo diante da iminência da morte de seus pacientes é um sentimento tão aterrorizante que faz com que esses indivíduos tenham pesadelos e dores no corpo, experimentando a depressão, por sentir na própria pele a finitude de si mesmo e do outro, revelando tamanha impotência.

Em contrapartida este estudo também revelou que estar em contato com pacientes em processo ativo de morte faz com que esses profissionais repensem e reflitam sobre sua existência, podendo rever valores, prioridades, buscando o equilíbrio consigo mesmo e com o outro. A partir desta pesquisa foi evidenciado que os profissionais de saúde precisam ser acolhidos em seu pesar, podendo chorar a partida de seus pacientes desde que tenham espaço para cuidar da própria tristeza, dos sentimentos de frustração e impotência que venham a surgir.

Em suma, foi percebido que cada indivíduo vivencia de maneira singular o seu luto, visto que envolve questões individuais e da relação com o falecido, não sendo, pois, possível estabelecer um padrão de reação. Dessa forma, este trabalho, enquanto amplia as compreensões a respeito da intensa vivência do luto também corrobora para auxiliá-los em sua profunda jornada.

## REFERÊNCIAS

Almeida, E. J., Leitune, C. S., Seger, A. C. B. T., Terner, M. L. & Silva, D. A. R. (2015). Dor e perda: Análise do processo do luto. *Revi Psicol. IMED*, 7(1), 15-22.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Ariès, P. (2003). *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Ediouro Publicações.

Bowlby, J. (1990). *Apego e perda* (Vol. 1: A natureza do vínculo). São Paulo: Martins Fontes.

Braz, M. S., & Franco, M. H. P. (2017). Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. *Psicologia Ciência e Profissão*, 37(1), 90-105.

Casellato, G. (2005). *Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade*. São Paulo: Livro Pleno.

Coelho, R. M. (2012). *Família e Luto*. São Paulo, 20.

Combinato, D. S., & Queiroz, M. D. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*.

Färber, S. S. (2013). Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico. *Cad. Saúde Coletiva*, 21(3), 267-271.

Franco, M. H. P. (2008). *Luto em cuidados paliativos. Cuidado paliativo*. São Paulo: CREMESP.

Galvão, N. A. R., Castro, P. F., Paula, M. A. B., & Soares, M. T. S. (2010). A morte e o morrer sob a ótica dos profissionais de enfermagem. *Rev. Estima*, 8(4), 26-34.

Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa: Fim de século.

Justo, M. S, Lacerda, G. P, Santos, B. C. C, Montes, D. C. (2018) A morte na infância: o enfermeiro, a mãe e a criança. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 11(07), 89-97.

Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kovács, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia: ciência e profissão*, 25(3), 484-497.

Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*, 34(4), 420-429.

Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista bioética*, 22(1).

Magalhães, M. V., & Melo, S. C. A. (2015). Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicologia e Saúde em debate*, 1(1), 65-77.

Martins, M., & de Albuquerque Lima, P. V. (2014). Contribuições da Gestalt-terapia no enfrentamento das perdas e da morte. *IGT na Rede*, 11(20), 3-39. Recuperado de <https://www.igt.psc.br/ojs/printarticle.php?id=483&layout=html>

Mocelin, D., Moschen, A., Mah, Á. C., & de Oliveira, L. A. (2014). Processos psicológicos dos profissionais da saúde perante a morte de um paciente. *Vittalle-Revista de Ciências da Saúde*, 26(1), 11-20.

Moreno, F.N.; GIL, G.P.; Haddadiiii, M.C.L.; Vannuchi, M.T.O. (2011). Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de Burnout. *Revista. Enfermagem. UERJ*,19 (1),140-150.

Morin, E. (1988). *O Homem e a Morte*. 2.<sup>a</sup> edição. Lisboa: Publicações Europa-América.

Pawlowytsch, P. W. M & Kowalski, E. (2017). O entendimento da morte para profissionais de saúde de um hospital geral de Santa Catarina. *Saúde & Meio Ambiente*, 6(2), 28-38. DOI: <https://doi.org/10.24302/sma.v6i2.1107>

Sancho, M. G. (1999). *Medicina paliativa en la cultura latina*. Madrid: Ed. Aran.

Santos, G. F. D. (1993). A morte sob a ótica da racionalidade. Belo Horizonte: *Enfermagem Revista*, 1(2), 59-65.

Silva, E. D. R., Silva, M. V. & Tamanini, P. A. (2017). A morte no ocidente: considerações sobre a história da morte no ocidente e suas representações históricas. *Congresso Nacional de Educação*, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 4.

Silva, L. C. D. (2009). O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Psicologia para América Latina*, (16), 0-0.

Silva, M. D. D. F. D., & Alves, J. F. (2012). O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 588-595.

Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental*. São Paulo: Roca.

## **CONTATO:**

E-mail: rosenirmaria13@gmail.com