

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

JUNIA EUSTÁQUIO MARINS

**O PROCESSO DA MORTE E A VIVÊNCIA DO LUTO NA UTI ADULTO E SUAS
REPERCUSSÕES NAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

UBERLÂNDIA

2023

JUNIA EUSTÁQUIO MARINS

**O PROCESSO DA MORTE E A VIVÊNCIA DO LUTO NA UTI ADULTO E SUAS
REPERCUSSÕES NAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação e Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Maristela de Souza Pereira

UBERLÂNDIA

2023

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

M339 Marins, Junia Eustaquio, 1980-
2023 O processo da morte e a vivência do luto na UTI adulto
e suas repercussões nas profissionais de enfermagem
[recurso eletrônico] / Junia Eustaquio Marins. - 2023.

Orientadora: Maristela de Souza Pereira.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.258>.

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Pereira, Maristela de Souza ,
1973-, (Orient.). II. Universidade Federal de
Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
 Trabalhador

Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	26/06/2023	Hora de início:	14h:00	Hora de encerramento:	16h:30
Matrícula do Discente:	12112GST017				
Nome do Discente:	Junia Eustaquio Marins				
Título do Trabalho:	O PROCESSO DA MORTE E A VIVÊNCIA DO LUTO NA UTI ADULTO E SUAS REPERCUSSÕES NAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	CAPITALISMO, TRABALHO E PROCESSOS DE SAÚDE: INTERSECÇÕES A PARTIR DA PSICOLOGIA SOCIAL				

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professoras doutoras Maristela de Souza Pereira da UFU, orientadora da candidata; Marisa Aparecida Elias da INEP; Vivianne Peixoto da Silva da UFU.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Maristela de Souza Pereira apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, às examinadoras, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Maristela de Souza Pereira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 28/06/2023, às 09:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marisa Aparecida Elias, Professor(a) do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico**, em 28/06/2023, às 12:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vivianne Peixoto da Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 28/06/2023, às 15:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4604735** e o código CRC **BFBFBD50**.

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto é um setor destinado ao atendimento de pacientes graves ou em risco de morte, que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas. Desse modo, é comum que as profissionais de enfermagem que atuam nesse tipo de unidade tenham contato frequente com a morte e sejam de algum modo impactadas por esse processo. Pretende-se com este estudo, conhecer as compreensões dessas profissionais sobre esse evento e compreender como elas vivenciam a morte de pacientes, elaboram o luto na UTI Adulto do hospital pesquisado, bem como as repercussões desse processo para essas trabalhadoras. A lente teórica que conduziu esta pesquisa é o campo Saúde do Trabalhador, que parte de uma perspectiva materialista e da premissa da centralidade do trabalho na vida do ser humano, para pensar sobre as repercussões do trabalho sobre a saúde dos/as trabalhadores/as. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas de forma remota (online) com profissionais de enfermagem lotadas na UTI Adulto de um hospital universitário do interior de Minas Gerais. Os dados foram tratados através da metodologia de Análise de Conteúdo, envolvendo as etapas: pré-análise, codificação, categorização e interpretações. Os tópicos analisados deram origem às seguintes informações, agrupadas e categorias específicas: perfil sociodemográfico das profissionais entrevistadas; o contato com a morte no exercício profissional; a vivência do luto; repercussões das vivências de morte e luto sobre a vida pessoal e/ou profissional; a mudança na visão em relação à morte dos pacientes em decorrência do tempo de profissão; experiências relacionadas à pandemia de COVID-19; estratégias para enfrentamento do processo de lidar com a morte e o luto no contexto da UTI. Através deste estudo, foi possível perceber que o fato destas profissionais lidarem com certa frequência com a morte dos pacientes provoca-lhes emoções diversas, sendo mais comumente relatadas a tristeza, pesar e frustração. Todas as entrevistadas informaram que sua forma de lidar com a morte dos pacientes modificou-se ao longo do tempo de profissão e, como uma forma de se protegerem, elas utilizam de estratégias de enfrentamento variadas para lidarem com estas situações. Para a maior parte das participantes desta pesquisa, a pandemia da COVID-19 provocou mudanças na forma de experienciarem a morte dos pacientes e a vivência do luto a ela associada. Foi percebido a ausência de um suporte psicológico e emocional direcionado à estas trabalhadoras por parte da instituição em que atuam. Outra problemática observada diz respeito a carências na formação destas profissionais, a qual não as prepara para enfrentarem uma realidade em que precisem lidar com a morte dos pacientes e com os aspectos relacionais e humanos associados a esse processo.

Palavras-chave: Morte; Luto; Enfermagem; UTI; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

The Adult Intensive Care Unit (ICU) is a department intended to the care of serious patients or at risk of death who need uninterrupted medical and nursing assistance. Thus, it is common for nursing professionals who work in this type of unit to have frequent contact with death and to be somehow impacted by this process. The aim of this study is to know the understanding of these professionals about this event and to understand how they experience the death of patients, deal with grief in the Adult ICU of the researched hospital, as well as the repercussions of this process for these workers. The theoretical lens that conducted this research is the Occupational Health field, which starts from a materialist perspective and a premise of the centrality of work in human life, to think about the repercussions of work on the workers' health. Semi-structured interviews were carried out remotely (online) with nursing professionals working in the Adult ICU of a university hospital in the interior of Minas Gerais. The data were treated using the Content Analysis methodology, involving these following the steps: pre-analysis, coding, categorization and interpretations. The analyzed topics originated the following information, grouped and specific categories: the sociodemographic profile of the professionals interviewed, the contact with death in professional practice, the experience of grieving, the repercussions of death and grief experiences on personal and/or professional life, the change in the view related to the death of patients as a result of the time in the profession, the experiences related to the COVID-19 pandemic and the strategies to improve the process of dealing with death and grief in the context of the ICU. Through this study, it was possible to notice the fact that these professionals deal with the death of patients frequently causes them different emotions, being more commonly reported sadness, regret and frustration. All these interviewees reported that their way of dealing with the death of patients has changed over time in the profession and, in the way to protect themselves, they use different strategies to deal with these situations. For most of the participants in this research, the COVID-19 pandemic caused changes in the way patients experience death and the respective experience of grieving. It was perceived the absence of psychological and emotional support directed to these workers by the institution in which they work. Another difficulty observed is the lack of training for these professionals, which does not prepare them to face a reality in which they have to deal with the patients' death and with the relational and human aspects associated with this process.

Keywords: Death; Grief. Nursing; ICU; Occupational Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BVS- Psi Brasil	Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP/ UFU	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia
CRST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ME	morte encefálica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SCIELO	Biblioteca Eletrônica Científica Online (do inglês: <i>Scientific Electronic Library Online</i>)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Artigos selecionados para revisão integrativa da literatura	28
Gráfico 1 - Sexo das profissionais de enfermagem entrevistadas	37
Gráfico 2 - Estado civil das participantes.....	38
Gráfico 3 - Presença ou ausência de filhos	38
Gráfico 4 - Nível de escolaridade	39
Gráfico 5 - Profissionais com nível superior.....	39
Gráfico 6 - Funções exercidas na UTI Adulto.....	39
Gráfico 7 - Tempo de atuação na enfermagem.....	40
Gráfico 8 - Tempo de atuação na UTI Adulto.....	40
Gráfico 9 - Tempo de atuação na instituição.....	40
Gráfico 10 - Distribuição de acordo com a unidade de lotação	41
Gráfico 11 - Turno de trabalho.....	42
Gráfico 12 - Jornada de trabalho.....	42

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 O campo Saúde do Trabalhador	15
3.1.1 Caráter ontológico do trabalho.....	15
3.1.2 Desenvolvimento do campo Saúde do Trabalhador.....	19
3.1.3 Legislação brasileira da Saúde do Trabalhador.....	20
3.2 A enfermagem diante da morte e do luto.....	25
3.2.1 Aspectos históricos da morte e do luto.....	25
3.3 As vivências de profissionais de enfermagem	27
4 MÉTODO	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 Perfil sociodemográfico das profissionais	37
5.2 O contato da profissional com a morte.....	43
5.3 A vivência do luto pelas profissionais	45
5.4 A morte e o luto e suas repercussões sobre a vida pessoal e/ou profissional das trabalhadoras de enfermagem.....	48
5.5 Mudanças na visão das profissionais de enfermagem em relação à morte dos pacientes em decorrência do tempo de profissão.....	50
5.7 Estratégias para melhorar o processo de lidar com a morte e o luto no contexto da UTI.....	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO	67
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.....	68
APÊNDICE C - CARTILHA.....	69
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	71

APRESENTAÇÃO

O cuidar do outro sempre foi algo que me chamou a atenção, por isso escolhi a enfermagem como área de atuação, para que através do meu trabalho eu pudesse proporcionar bem estar ao próximo ou, ao menos, amenizar o seu sofrimento. Comecei minha formação com o curso técnico em enfermagem, depois me graduei como enfermeira e posteriormente fiz especialização em Saúde Pública e da Família.

Quando comecei a trabalhar em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), entrei em contato com uma realidade nova que foi assustadora para mim, pois se trata de uma unidade que presta atendimento a pacientes críticos e instáveis hemodinamicamente e, infelizmente, não é possível o restabelecimento de todos, sendo que a presença da morte é frequente neste ambiente.

O interesse em realizar uma pesquisa voltada para a temática da morte, do luto e de suas possíveis repercussões nas profissionais de enfermagem desse setor surgiu da minha vivência como profissional desse grupo ao longo de um período superior a 06 anos, onde entrei em contato com sentimentos diversos e conflitantes no cuidado ao paciente crítico, antes, durante e após o óbito, o que frequentemente causava-me um desconforto, por observar que a instituição não disponibilizava uma atenção às trabalhadoras¹ nesse aspecto e que a grande demanda de leitos de UTI, associada à alta rotatividade dos pacientes faz com que as profissionais de enfermagem não tenham tempo ou oportunidade para assimilar o convívio frequente com a morte dos pacientes e lidar com os efeitos que o sofrimento destes e seus familiares podem provocar em si próprias.

A oportunidade de cursar o mestrado profissional com ênfase em Saúde do Trabalhador foi a chance de realizar esse estudo e comprovar a importância do cuidado aos trabalhadores neste aspecto. Durante a pesquisa foi possível perceber que essa inquietação não era uma exclusividade minha e que outras profissionais também enfrentavam as mesmas dificuldades. Através desta pesquisa tenho expectativas de poder proporcionar melhorias para essa classe de trabalhadoras, no sentido de minimizar as adversidades que enfrentam devido ao contato com o óbito dos pacientes e buscando esse suporte por meio de uma devolutiva para a instituição pesquisada.

Com base no aprendizado decorrente do mestrado e nessas vivências foi produzido este relatório de dissertação, que está organizado da seguinte forma: inicialmente há uma introdução, na

¹ As profissionais de enfermagem serão referidas no feminino, dado ser uma categoria predominantemente feminina, o que também é verificado no fato de a maior parte das participantes dessa pesquisa serem mulheres.

qual se situam tema, apresentam-se os objetivos do estudo e as justificativas sobre a relevância desse. Na sequência é apresentado o referencial teórico da pesquisa, ancorado no campo Saúde do Trabalhador. Discute-se ainda a experiência da morte e o luto na sociedade contemporânea e a vivência desses processos pela categoriada enfermagem, conforme verificado na literatura pertinente. Posteriormente é apresentado o método utilizado para a realização deste estudo. Na próxima parte são mostrados os resultados e a discussão a partir dos dados encontrados, seguidos pelas considerações finais. Logo após, estão descritas as referências utilizadas, e constam também o questionário sociodemográfico, o roteiro das entrevistas semiestruturadas, uma mini cartilha produzida como produto técnico da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi entregue às participantes anteriormente às entrevistas.

1 INTRODUÇÃO

A morte faz parte do processo de vida, sendo algo extremamente natural do ponto de vista biológico. Entretanto, o ser humano se caracteriza pelos aspectos simbólicos e pelos valores que imprime às coisas, por isso, o significado da morte varia no decorrer da história e nas diferentes culturas, sendo a morte considerada sinônimo de fracasso para o homem ocidental moderno. Com o desenvolvimento do capitalismo e a modernidade, a morte, que antes era majoritariamente vivenciada no seio familiar, foi deslocada para o hospital e, em alguns casos, para a UTI (Combinato; Queiroz, 2006).

De acordo com Fernandes *et al.* (2010), a UTI é um setor onde se encontram pacientes graves que necessitam de tecnologia avançada e cuidados especializados durante 24 horas diárias, que são dirigidos para assuntos de ordem fisiopatológica, psicossocial e familiar integrados à doença física. Esse ambiente é caracterizado por um trabalho que envolve uma forte carga emocional, na qual vida e morte se mesclam, compondo um cenário desgastante e frustrante para todos os envolvidos. Em concordância, Lima *et al.* (2016) destacam que, por se destinar a doentes graves e com risco de morte iminente, é comum aos profissionais da UTI terem contato com a morte dos pacientes e desenvolverem compreensões diferentes diante desse evento.

Já o processo do luto é um exemplo de morte em vida que se caracteriza por um conjunto de reações diante de uma perda. No entanto, os profissionais de saúde recebem uma formação técnica e acabam atuando também dessa maneira diante dos fenômenos da doença e morte (Combinato; Queiroz, 2006). Assim, acompanhar o processo de morte provoca sentimentos negativos em grande parte destes trabalhadores, como: frustração, desapontamento, derrota, tristeza, pesar e cobrança quanto aos cuidados prestados (Santos; Corral-Mulato; Bueno, 2014).

Segundo Aguiar *et al.* (2006), o cuidar deve estar presente mesmo no processo de morrer, porém em virtude de sua formação acadêmica, a profissional de enfermagem é induzida a acreditar que apenas a cura e o restabelecimento são características de um bom cuidado. Outro agravante é aquele causado pelos hospitais, onde sua tecnologia e dinâmica da incessante luta pela vida não permitem espaços para questionamentos, conversas e pensamentos sobre a morte.

Para Kovacs *et al.* (2008), a equipe de enfermagem é a que mais sofre pelo fato de estar em contato direto e contínuo com o sofrimento dos pacientes; desse modo, a dor, perdas, mortes e a contenção de seus sentimentos tornam estas profissionais vulneráveis ao estresse. Esses fatores fazem com que a morte perca o sentido na visão do profissional, o que resulta em práticas

eminentemente tecnicistas, favorecendo o sentimento de fracasso e condições para a instalação de doenças ocupacionais (Borges; Mendes, 2012).

Percebe-se que, diante da complexidade de enfrentar o processo da morte e suportar as situações de luto diariamente durante seu trabalho, a equipe de enfermagem fica exposta a condições propícias ao seu adoecimento físico e psicológico (Barros *et al.*, 2019). Assim, é importante identificar os sentimentos vivenciados durante a prática profissional, pois esse processo é essencial para lidar da melhor forma possível com as situações que promovem alterações emocionais intensas, principalmente relacionadas à morte. Por isso as profissionais que enfrentam este evento o fazem muitas vezes de forma dolorosa e precisam buscar o equilíbrio entre o cuidar do outro e de si mesmo (Aguiar *et al.*, 2006).

Esta pesquisa apresenta relevância científica na medida em que permitirá avaliar como as profissionais de enfermagem lidam com as situações de morte dos pacientes, a vivência deste luto e as repercussões no seu cotidiano.

Apresenta importância para o Ensino, quando sugere uma revisão nos programas estudados, já que este assunto não é aprofundado nas grades curriculares dos cursos de Enfermagem, que não preparam os profissionais para a realidade que encontram quando vão trabalhar em setores onde entram em contato com certa frequência com a morte dos pacientes..

Este estudo também possui pertinência social para estas trabalhadoras, uma vez que permitirá a compreensão por parte da instituição hospitalar utilizada como campo de pesquisa a respeito das repercussões que o processo da morte e a vivência do luto (ou a ausência desta) provoca nas profissionais de enfermagem que atuam na UTI Adulto, possibilitando uma ferramenta que pode ser utilizada para o cuidado da saúde destas. Espera-se assim auxiliar essas profissionais a reconhecer as dificuldades e as possibilidades de receberem apoio adequado e ajuda especializada por parte da instituição, sempre que necessário.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender como as profissionais de enfermagem vivenciam a morte de pacientes e elaboram o luto na UTI Adulto do hospital pesquisado, bem como as repercussões desse processo para essas trabalhadoras.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as dificuldades enfrentadas pelas profissionais de enfermagem da UTI Adulto diante do processo de morte dos pacientes;
- Conhecer como se dá a vivência do luto por essas profissionais, durante o exercício de sua profissão;
- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas para a vivência do luto após o óbito do paciente;
- Analisar a possível relação entre o tempo de profissão e a visão destas profissionais diante da morte dos pacientes;
- Investigar se a pandemia da COVID-19 provocou mudanças na forma das profissionais de enfermagem lidarem com a morte de pacientes e vivenciarem o luto decorrente dessa;
- Compreender como a instituição pode auxiliar essas profissionais a lidar com o processo da morte e a vivência do luto no seu exercício laboral, a partir da perspectiva das participantes do estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O campo Saúde do Trabalhador

A lente teórica que conduziu as análises desta pesquisa foi o campo Saúde do Trabalhador, que parte de uma perspectiva materialista e da premissa da centralidade do trabalho na vida do ser humano, motivo pelo qual se buscou inicialmente conceituar e discutir esses aspectos, para melhor compreensão da situação das trabalhadoras em seu ambiente laboral.

3.1.1 *Caráter ontológico do trabalho*

A partir da obra “*O papel do trabalho na transformação do macaco em homem*”, Friedrich Engels apresenta sua percepção a respeito da influência do trabalho na evolução humana, reconhecendo que o trabalho é a condição básica e fundamental de toda vida humana, a tal ponto que se pode afirmar que o próprio homem foi criado por ele. Através deste estudo, o autor discorre sobre sua teoria, baseada no reconhecimento de uma raça de macacos antropomorfos (semelhantes ao homem) extremamente desenvolvida, que vivia há centenas de milhares de anos na zona tropical e passou a utilizar suas mãos para escalar as árvores, em funções diferentes dos seus pés, não necessitando delas para caminhar e, conseqüentemente, desenvolveu uma postura cada vez mais ereta, sendo esse o passo primordial para a transição do macaco em homem (Engels, 2006).

Segundo o mesmo autor, esse evento permitiu que as mãos desses primatas ficassem livres para alcançar maior destreza e habilidade, que aumentaram e foram transmitidas a cada geração, levando a crer que a mão é um produto do trabalho e não apenas um órgão dele, pois a utilização dessa para funções cada vez mais difíceis conduziu ao desenvolvimento motor do homem, levando-o a realizar atividades conjuntas com outros membros, criando a necessidade de comunicação e fazendo com que a laringe e os órgãos da boca do macaco se desenvolvessem, mesmo que lentamente, explicando assim a origem da linguagem. Todo esse processo teria se iniciado a partir do trabalho. Concomitantemente, ocorreu o desenvolvimento do cérebro e dos órgãos dos sentidos, a capacidade de discernimento e a consciência, além da evolução motora, que também implicaram em avanços no trabalho.

Engels (2006) ainda explica que o trabalho começou com os instrumentos de caça e

pesca, o que levou à inclusão de uma alimentação mista através do consumo de carne, leite e derivados, além do uso do fogo e domesticação de animais, permitindo ao homem se adaptar a diferentes climas e viver em qualquer superfície habitável, possibilitando a criação de novas formas de trabalho e se distanciando cada vez mais dos animais, além de ser capaz de direcionar a realização de algumas tarefas a outros indivíduos, demonstrando assim o seu domínio sobre os demais e a natureza. Enquanto os animais somente modificam a natureza por se encontrarem nela, o homem passa a modificá-la e dominá-la intencionalmente, sendo esta a principal distinção entre os dois, novamente proporcionada em função do trabalho (Engels, 2006).

Como consequência desse progresso, esses indivíduos se tornaram capazes de realizar tarefas cada vez mais complexas, que resultaram no aperfeiçoamento do trabalho e permitiram o desenvolvimento humano, levando a um ciclo evolutivo do homem e do trabalho, já que a evolução de um levou à evolução do outro e vice-versa.

Para Marx (2013), o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, em que por meio da sua própria ação, o homem intervém, regula e comanda seu metabolismo com a natureza, modificando-a e assim, modificando a si mesmo. Entretanto, o autor não se refere aos moldes iniciais e rudimentares do trabalho, já que um grande intervalo de tempo afasta o trabalho humano instintivo da fase em que o trabalhador se torna o vendedor de sua força de trabalho. Considera-se aqui, o trabalho como meio exclusivo do homem, pois o que inicialmente diferencia o pior arquiteto da melhor abelha é que o primeiro tem o resultado em mente no início do processo de trabalho. A atividade laboral requer o interesse voltado para um fim, necessitando da atenção do trabalhador durante o cumprimento da atividade proposta. Assim, o processo de trabalho é composto pelos seguintes elementos: atividade voltada para um fim ou o trabalho propriamente dito; seu objeto, sendo a terra considerada seu objeto universal; e seus meios, ou seja, os instrumentos utilizados no seu desenvolvimento (Marx, 2013).

Entende-se aqui como trabalho a atividade voltada para um fim e a capacidade de planejamento que o homem possui, visando o objetivo final do processo. O objeto é a matéria-prima que será transformada e geralmente se encontra disponível na natureza, enquanto os meios se encontram entre o homem e o objeto de trabalho, auxiliando na modificação deste, inicialmente como a pedra utilizada pelo homem primitivo e posteriormente desenvolvidos juntamente com os processos de trabalho, como as máquinas utilizadas na atualidade.

O processo de trabalho é uma atividade direcionada para um fim, que é a produção de valor de uso (a utilidade deste produto), além de sua apropriação para satisfazer as vontades do homem, sendo comum a todas os modelos sociais (Marx, 2013). Entretanto, todos os meios de produção existentes anteriormente buscavam apenas a utilidade do trabalho em seu modo mais

imediatamente e diretamente. As formas de produção que surgiram depois levaram à divisão da sociedade em distintas classes, dominantes ou oprimidas, tendo sua maior representatividade no modo de produção capitalista atual (Engels, 2006).

Desde o surgimento do capitalismo, o capitalista passa a comprar a força de trabalho, fazendo com que o trabalhador se torne o vendedor desta, que a partir desse momento deixa de lhe pertencer e passa a ser propriedade do capitalista, juntamente com o produto final. Nesse processo, instaura-se um controle sobre os trabalhadores, suas atividades e o tempo gasto para realizá-las (Marx, 2013).

Neste momento o trabalho se torna uma mercadoria, na medida em que é o resultado da força de trabalho utilizada pelo trabalhador na produção de determinados produtos, sendo vendida ao capitalista em troca de pagamento. O trabalhador passa a exercer suas atividades sob o comando do capitalista, que avalia suas tarefas e se o seu desempenho foi realizado em tempo necessário. Outro fator abordado é que o resultado do processo de trabalho deixa de ser propriedade do trabalhador e passa ao capitalista; já que o primeiro vendeu sua força de trabalho, o resultado não lhe pertence.

Segundo Marx (2013), a partir desse ponto, surge no capitalista o interesse em criar uma mercadoria cujo valor final seja superior à soma do valor necessário para sua produção, dos meios de produção e da força de trabalho paga ao trabalhador. Ele deseja produzir não só um valor de uso, mas uma mercadoria e também o mais-valor ou mais valia (esse termo refere-se à diferença entre o valor final da mercadoria produzida e a soma do valor dos meios de produção e do valor da força de trabalho, sendo a base do lucro no capitalismo).

Já que o valor da mercadoria depende do tempo socialmente necessário para sua produção, o capitalista começa a controlar o trabalhador para que ele não gaste de forma desnecessária o tempo de trabalho, matéria prima ou meios de trabalho, pois o desperdício destes levará a diminuição do processo de formação de valor (Marx, 2013).

Diante disso, o trabalhador se torna um meio para que o capitalista alcance o lucro almejado e para isso, é submetido a níveis de exploração cada vez maiores. O homem, que se diferenciou dos animais em decorrência de sua inteligência e do surgimento do trabalho, se torna assim escravo deste e do próprio homem na sociedade capitalista.

A relação entre o ser humano e o trabalho passou por várias mudanças durante a evolução desse processo, já que a história de ambos está interligada, porém estas mesmas mudanças nos processos de trabalho têm provocado uma sobrecarga laboral nos trabalhadores, sendo responsáveis pelo aparecimento de doenças relacionadas ao trabalho.

De acordo com Laurell (1982), para atendermos as necessidades das classes

trabalhadoras, é preciso entender suas lutas e diferentes problemas, considerando suas práticas sociais. Um desses fatores passa pela compreensão da saúde-doença como processo social. Outro dado a se considerar é que as transformações sofridas pela sociedade levaram a perfis patológicos distintos ao longo dos tempos, sendo que as sociedades em diferentes graus de desenvolvimento apresentam doenças coletivas específicas e que as classes diferentes de uma mesma sociedade apresentam condições de saúde desiguais, constatando que o caráter social do processo saúde-doença se apresenta preferencialmente a nível coletivo e não individual, considerando-se grupos formados a partir de suas características sociais.

Essas informações demonstram que grupos diferenciados são expostos a fatores também diferentes e por isso apresentam a manifestação de doenças diversas entre si, porém semelhantes no interior de cada grupo, já que os indivíduos deste estão sujeitos às mesmas condições objetivas de vida.

Dentro desses grupos ocorre um processo biológico de desgaste e reprodução, que determina como a doença será gerada. Sendo assim, o processo saúde-doença está relacionado com o tipo das atividades cotidianas realizadas, podendo se manifestar de formas distintas, considerando seu caráter social e a maneira como este grupo se relaciona com os demais no processo de trabalho dentro da sociedade. Assim, o processo saúde-doença está relacionado diretamente com o processo de trabalho, associado às forças produtivas e relações sociais de produção (Laurell, 1982).

Baseado nessas informações, percebe-se que um grupo de trabalhadores de um determinado local e que realiza funções semelhantes, no mesmo ambiente de trabalho, é submetido aos mesmos fatores e riscos de adoecimento, sendo possível que ocorra a manifestação de doenças similares em vários indivíduos dentro deste grupo.

Entretanto, a sociedade capitalista não observa o aspecto social da doença, considerando o adoecimento apenas como fenômeno individual, o que impede que a reorganização dos processos produtivos seja exigida das empresas, diminuindo as práticas preventivas e responsabilizando o próprio trabalhador por seu tratamento e recuperação (Pereira, 2017).

Nesse aspecto, ao se ignorar a relevância social do adoecimento do trabalhador e individualizar a doença, as empresas provocam um malefício ainda maior a este indivíduo, que já se encontra fragilizado e sem apoio, além de se eximirem da responsabilidade de atuar coletivamente na prevenção, o que evitaria que outros trabalhadores fossem submetidos às mesmas condições e desenvolvessem enfermidades similares.

De acordo com Pereira (2017), estes trabalhadores ainda são submetidos a inúmeras

formas de violência, sendo uma delas causada pelos serviços de saúde quando não relacionam o adoecimento ao trabalho, condicionando este indivíduo a um círculo vicioso que pode acentuar sua patologia. Outra situação de violência comum é promovida pela empresa, que além de não admitir o adoecimento, julga e desampara o trabalhador.

Percebe-se que o trabalho, inicialmente considerado um sinal de evolução do homem e um indicador de seu domínio sobre os animais e a natureza, posteriormente se tornou uma fonte de exploração do mesmo na sociedade capitalista e um causador de adoecimento na classe trabalhadora, que ao contrário, deveria ser valorizada e receber condições dignas para exercer suas funções em um ambiente saudável, que lhe proporcione bem estar.

O trabalho ocupa grande parte do dia e da vida de todos nós, proporcionando inúmeras experiências e construção de conhecimento, possibilitando o acesso a alimentação, educação, saúde, moradia, lazer e outros, além de permitir o convívio e interação com os demais, com o ambiente em que está inserido e a sociedade. Por tudo isso, é responsável por direcionar a vida de todos, fato que faz com que sua ausência leve os sujeitos a passarem por dificuldades em vários aspectos.

Há que se considerar ainda que os trabalhadores têm passado por circunstâncias desafiadoras desde que começaram a vender sua força de trabalho, sendo submetidos a situações desfavoráveis no ambiente de trabalho, muitas vezes causadas por condições inadequadas, que repercutem nas demais esferas de sua vida. Diante disso, é importante compreender os aspectos legais relacionados a essa questão, para proporcionar condições dignas aos trabalhadores, fazendo-se necessário discutir o campo Saúde do Trabalhador, como será apresentado a seguir.

3.1.2 Desenvolvimento do campo Saúde do Trabalhador

O campo Saúde do Trabalhador tem como objetivo compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença, considerando que o modo de inserção dos homens, mulheres e até mesmo crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer (Laurell, 1982; Brasil, 2002). Considera-se trabalhador todo indivíduo que exerça uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserido no mercado de trabalho formal ou informal, sendo que este último tem crescido acentuadamente nos últimos anos no país (Brasil, 2002).

Um dos antecedentes deste campo surge na Inglaterra, no período da Revolução Industrial, quando o médico foi inserido dentro das empresas para cuidar da saúde dos

trabalhadores, devido aos elevados índices de adoecimento e acidentes de trabalho causados pelas péssimas condições de trabalho, dando origem à Medicina do Trabalho (Mendes; Dias, 1991).

Os anos posteriores às duas guerras mundiais levaram à esforços para reconstrução dos países, mudanças nos processos produtivos e novas demandas relacionadas ao ambiente de trabalho, sendo necessário o suporte de outros profissionais para uma abordagem multidisciplinar, originando a Saúde Ocupacional (Dias; Hoefel, 2005). Assim, percebe-se uma alteração importante: anteriormente, a Medicina do Trabalho mantinha-se centrada no indivíduo, enquanto a Saúde Ocupacional apresentou seu foco no ambiente de trabalho e nos seus possíveis riscos ao trabalhador.

A partir da década de 1980, o cenário de organização política e de lutas pela redemocratização do Brasil, levou a discussões referentes às políticas públicas de saúde que estavam em vigor, tendo entre seus influenciadores as produções acadêmicas de teor crítico, relacionadas à medicina preventiva, ao processo saúde-doença e à classe trabalhadora; o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a consolidação do movimento dos trabalhadores através dos sindicatos, com ampliação das reivindicações trabalhistas, inclusive referentes à saúde. Todos esses aspectos, em conjunto, culminaram na criação do campo Saúde do Trabalhador (Gomez, 2011).

De acordo com Dias e Hoefel (2005), as demandas da Saúde do Trabalhador foram consolidadas legal e institucionalmente através da Constituição Federal de 1988, que incorporou o conceito ampliado de saúde, abrangendo entre seus determinantes as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e emprego, além de atribuir ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de coordenar essas ações, regulamentadas pela lei 8.080 de 1990.

3.1.3 Legislação brasileira da Saúde do Trabalhador

Uma das contribuições que a década de 1990 trouxe para o campo Saúde do Trabalhador, foi a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), auxiliando na construção de um cuidado diferenciado à saúde dos trabalhadores, atuando como modelo de luta por melhores condições de vida e trabalho (Dias; Hoefel, 2005).

Em 2002 foi concebida, dentro do Ministério da Saúde (MS), a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), fornecendo suporte legal, financiamento,

institucionalização e fortalecimento das condutas de Saúde do Trabalhador no SUS, a nível de assistência, promoção à saúde e vigilância (Lacaz *et al.*, 2020). Segundo Gomez (2011), a partir das premissas citadas, a RENAST tem como dever a inserção de ações de Saúde do Trabalhador na atenção básica; a implantação de medidas de vigilância e promoção em Saúde do Trabalhador, além de criar serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade, sendo necessário que essas intervenções sejam baseadas em práticas interdisciplinares, multiprofissionais e interinstitucionais no âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas de saúde.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (anteriormente CRST) passam a serem chamados de CERESTs, classificados como unidades regionais responsáveis por oferecer atendimento especializado em saúde aos trabalhadores que foram atingidos por agravos/doenças relacionadas ao trabalho e têm como modelo a Atenção Básica de Saúde. Atuam na promoção, proteção e recuperação dos trabalhadores e procuram investigar se os sintomas ou doenças dos usuários estão relacionados com a atividade laboral exercida ou a região, através de dados epidemiológicos fornecidos pela Vigilância Sanitária (Hemeroteca Sindical Brasileira, 2005).

Costa *et al.* (2013) esclarecem que, apesar das transformações políticas e econômicas que ocorreram no Brasil, os interesses econômicos da elite se sobrepõem aos esforços dos movimentos sociais, a políticas públicas mais efetivas e desconsideram os aspectos ambientais. Isso pode ser exemplificado com a subordinação das equipes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMTs) às vontades dos empregadores e a ausência de autoridade sanitária por parte dos CERESTs, que possuem quadros de funcionários reduzidos, foco no aspecto assistencial e dependem de outras instâncias para sua atuação, além do fato de que as empresas não possuem como prioridade a prevenção aos riscos decorrentes do trabalho.

Nesse sentido, algumas dificuldades foram identificadas por Dias e Hoefel (2005), como o número reduzido e a distribuição desigual dos CERESTs pelos Estados e municípios; a baixa cobertura e desarticulação das suas ações, que não atingem um número significativo de trabalhadores; a redução do número de atendimentos de trabalhadores encaminhados pela Previdência Social e o aumento do número de trabalhadores do mercado informal, precário ou desempregados

Outro agravante levantado por Vasconcellos (2013) é a necessidade de promover capacitações rotineiras voltadas para os agentes públicos de vigilância em todo país, com o envolvimento de todos os CERESTs e efetivação da RENAST, além de utilizar a atenção básica

como ponto de partida para atingir as outras estruturas do Estado, estabelecendo os CERESTs como pólos produtores de conhecimento, engajados com as instâncias de ensino e pesquisa em níveis locais, para alcançar as transformações necessárias na Saúde do Trabalhador. É necessário que as instituições compreendam que o SUS é o responsável pela gestão das políticas de saúde pública no Brasil e que a Saúde do Trabalhador é uma destas políticas.

Percebe-se que, após tantos anos de lutas e atuação, o campo Saúde do Trabalhador ainda encontra dificuldades para sua efetivação nos serviços de saúde. Além dos elementos citados, deve-se ponderar ainda que o SUS, apesar de sua importância em âmbito nacional, tem perdido investimentos nos últimos anos e vem sendo submetido a uma política de desmonte e sucateamento por parte do governo federal.

Em uma tentativa de fortalecer o campo Saúde do Trabalhador, foi criada a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), através do Decreto 7.602 de 2011, com os objetivos de promover saúde; melhorar a qualidade de vida do trabalhador; prevenir acidentes e danos à saúde associados ao trabalho, através da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. Essa política tem como princípios a universalidade; prevenção; precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; diálogo social e integralidade. A responsabilidade pela implementação e execução dessa política ficou a cargo da atuação conjunta do Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e da Previdência Social, não havendo prejuízo da participação de outros órgãos e instituições que atuem na área (Brasil, 2011).

Diante da necessidade de implementar ações de Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS, a Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que abrange todos os trabalhadores, porém prioriza aqueles em situação de maior vulnerabilidade, sejam os indivíduos submetidos a atividades informais, trabalho precário, em maior risco para a saúde e vinculadas a ocorrências nocivas de discriminação ou trabalho infantil, na tentativa de ultrapassar as desigualdades sociais e de saúde, buscando a equidade na atenção. Esta política contempla todos os trabalhadores, independentemente de estarem localizados nas áreas urbana ou rural, inseridos no mercado de trabalho formal ou informal, de seu vínculo empregatício ser público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado (Brasil, 2012).

Outra legislação importante para a Saúde do Trabalhador é a Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde, estando entre elas as ações de Vigilância

em Saúde do Trabalhador (VISAT) (BRASIL, 2013). Neste campo, a assistência deve ser desenvolvida de forma integrada entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária, para facilitar o entendimento entre o processo saúde-doença relacionado ao trabalho, já que as informações provenientes dessa parceria permitirão o direcionamento das ações do sistema de vigilância (Brasil, 2012).

Na atualidade, essa vigilância tem como obstáculos inúmeras questões sanitárias e sociais, relacionadas à degradação do meio ambiente, globalização econômica, exclusão social e condições precárias de vida e trabalho, sendo necessário para sua atuação efetiva, uma abordagem de caráter transdisciplinar, que promova integração de saberes; intersetorial, integrando as vigilâncias do SUS e outros ministérios e a busca pelo fortalecimento social através integração dos movimentos sociais e a população (Leão; Vasconcelos, 2013).

Em concordância com as afirmações acima, Dias e Silva (2013) abordam que para que o SUS promova atenção integral na saúde dos trabalhadores, é primordial que as áreas encarregadas pela Vigilância em Saúde e todos os locais de atendimento do SUS, passem a considerar o trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da qualidade ambiental. Para que ocorra a efetivação da atenção integral, precisa-se da articulação entre os distintos saberes, práticas e responsabilidades, de ações trans e interdisciplinares e de uma sólida articulação inter e intrassetorial.

Na perspectiva de promover a integralidade na saúde dos trabalhadores, deve-se levar em consideração os diversos riscos organizacionais e ambientais a que estes estão submetidos em decorrência dos processos de trabalho. Dessa forma, as ações de Saúde do Trabalhador foram incluídas na rede básica de atenção à saúde ainda em 2002, sendo que essas ações foram detalhadas através do Caderno de Atenção Básica número 05, do Programa de Saúde da Família (atualmente chamado Estratégia de Saúde da Família - ESF), específico para a Saúde do Trabalhador. Neste, destacam-se entre as atribuições da equipe: a identificação e registro da população economicamente ativa; das atividades produtivas presentes na área; dos perigos e riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente; a existência de trabalho precoce na área; e a ocorrência de acidentes de trabalho ou doenças relacionadas ao trabalho (Brasil, 2002).

O aumento do trabalho informal, familiar e em domicílio confirmam o papel da atenção básica em aproximar as ações de saúde do local onde os indivíduos vivem e trabalham. Considerada a porta de entrada do SUS, a atenção básica torna possível o acolhimento dos trabalhadores e a análise do trabalho como agente determinante no processo saúde-doença, além da avaliação das situações de risco nos ambientes de trabalho (Dias; Hoefel, 2005).

Porém, de acordo com Dias e Silva (2013), existe uma hegemonia das ações assistenciais na Atenção Primária a Saúde (APS), que dominam a maior parte do tempo de trabalho das equipes. Outro aspecto a se considerar é que as unidades de ESF consideram apenas o critério domiciliar em seu território, devendo também assumir a responsabilidade pelos trabalhadores que residem e os que trabalham na sua área de abrangência.

Percebe-se que a atenção básica ainda não tem condições de prestar uma assistência integral aos trabalhadores, na medida em que não possui ações específicas direcionadas para estes, instrumentos de coleta de dados adequados e sua equipe se encontra despreparada para atender esse público. Como algumas soluções para esses impasses, Lacaz *et al.* (2013) sugerem a elaboração de medidas de operacionalização que possam ser englobadas na prática cotidiana das equipes de ESF, enquanto Dias e Hoefel (2005) acrescentam a necessidade de redefinir e redimensionar as funções, capacitar as equipes e garantir a referência e contra referência dos procedimentos realizados.

Diante do exposto, nota-se a invisibilidade do trabalhador no SUS, já que o mesmo é reconhecido somente como usuário do serviço e, apesar de possuir caráter universal, as ações desenvolvidas desconsideram a relação do processo saúde-doença e trabalho, fazendo com que diversos adoecimentos, acidentes e mortes no trabalho continuem invisíveis, especialmente quando ligados ao trabalho de mulheres, imigrantes, negros, trabalhadores terceirizados, de vínculos informais, entre outros, fazendo com que a ausência destes dados reais impeçam um diagnóstico preciso que permita respaldar as ações de promoção e prevenção em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos CERESTs, no âmbito da RENAST e VISAT (Rafagnin; Rafagnin, 2020).

De acordo com Vasconcellos e Aguiar (2017), as metas direcionadas aos CERESTs pela gestão do SUS ultimamente tem se limitado às notificações de agravos relacionados ao trabalho, sem intervenções sobre suas fontes geradoras, impossibilitando o controle e a prevenção desses, mantendo o ciclo de doenças e mortes dos trabalhadores brasileiros. Assim, fica evidente a presença de um vácuo referente ao desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no SUS, já que sua gestão ainda prioriza ações centradas na doença, com foco no modelo assistencial “hospitalocêntrico-médico-centrado”, deixando em segundo plano a vigilância em saúde e também a atenção primária.

O campo Saúde do Trabalhador apresentou muitas conquistas dentro do SUS desde a sua criação, porém ainda encontra empecilhos para atuar de forma capilar. Não há como considerar o protagonismo do trabalhador diante da impotência dos órgãos fiscalizadores e de políticas públicas ineficazes na prática, que muitas vezes deixam esses indivíduos desamparados e

desassistidos.

É necessária uma renovação nessa área, considerando a complexidade das novas formas de trabalho, a modernização e o uso da tecnologia, além dos fatores de adoecimento, que também passaram por mudanças nos últimos anos, exigindo que as legislações e políticas públicas existentes precisem ser atualizadas para atender às necessidades reais dos trabalhadores. Percebe-se que ainda existe um longo caminho a ser percorrido até que os trabalhadores alcancem a valorização necessária, o respeito a si e aos seus direitos, além da garantia de acesso a um trabalho digno e que não agrida sua saúde.

Considerando-se que o objetivo desta pesquisa é compreender como as profissionais de enfermagem de uma UTI Adulto vivenciam a morte dos pacientes e elaboram o luto em seu ambiente de trabalho, além das possíveis repercussões em suas vidas, verifica-se que o campo Saúde do Trabalhador também contempla estudos e ações que tomam as trabalhadoras e trabalhadores da saúde como foco de suas intervenções, já que estas profissionais experimentam problemáticas de saúde diversas decorrentes do exercício de sua profissão, como é abordado por Alvim *et al.* (2017), quando cita entre as disfunções que a equipe de enfermagem apresenta, a propensão ao estresse, alterações comportamentais e mentais em decorrência da sobrecarga física e mental a que é exposta diariamente.

3.2 A enfermagem diante da morte e do luto

A seção a seguir pretende discutir como a sociedade lida com a morte e o luto, assim como as profissionais de enfermagem se relacionam com este tema, já que convivem com ele com certa frequência em seu ambiente de trabalho.

3.2.1 Aspectos históricos da morte e do luto

A morte sempre inspirou artistas, músicos, poetas e homens comuns. Desde a época das cavernas existem vários registros relacionando-a à ruptura, perda, desintegração, degeneração, além de promover reações ligadas ao fascínio, sedução, ser considerada como uma grande viagem, alívio e descanso (Kovacs, 2013).

As visões a respeito da morte sofreram grandes mudanças na sociedade ocidental desde a Idade Média, quando os indivíduos a aceitavam como uma etapa solene da vida e passavam por ela na companhia da família. Apenas por volta dos séculos XIX e XX o medo da morte se

inseriu na sociedade e ela tornou-se sinal de perturbação à uma vida feliz, de modo que os familiares passaram a ocultar a gravidade de seu estado aos doentes (Ariès, 1977).

Por volta de 1930 e 1950 ocorre o deslocamento do lugar da morte: esta, que anteriormente ocorria em casa, junto aos familiares e amigos, passa a ocorrer no hospital, onde o indivíduo está sozinho e afastado dos seus. O hospital torna-se um local onde são prestados os cuidados que não podem ser realizados em casa, entretanto, tanto no hospital quanto na sociedade, as emoções deveriam ser evitadas: a comoção só poderia ocorrer em particular, de forma escondida (Ariès, 1977).

Segundo Kovács (2013), a sociedade ocidental desconhece o que fazer com os mortos, considerados estranhos corpos que se tornaram improdutivos, fazendo com que essa etapa natural se torne algo a ser escondido e empurrado para o fundo da consciência. Apesar do homem ser a única criatura ciente de sua mortalidade e finitude, a sociedade priva-o de sua própria morte e torna-o inconsciente deste fato.

Assim, a sociedade atual passou a negar ao ser humano sua própria morte e proibir aos vivos que se comovam com a morte dos outros, impedindo-lhes de chorar pelos que se foram. Tornou-se inconveniente demonstrar o próprio sofrimento. Ariès (1977) sugere que grande parte da patologia social presente na atualidade teria sua base no afastamento da morte da vida cotidiana, com a proibição do luto e do direito de chorar os mortos.

Essa mudança na visão a respeito da morte e do luto fez com que a sociedade ocidental em geral transformasse esses temas numa espécie de tabu, que não deve ser discutido, como se o fato de não falar a respeito desse assunto proporcionasse um distanciamento da situação e o tornasse menos real.

Segundo Kovács (2013), a experiência de vivenciar a morte do outro caracteriza-se como a vivência da própria morte em vida, proporcionando uma experiência de morte que não é a sua, porém vivenciada como se uma parte de si, que é ligada ao outro através de vínculos estabelecidos, morresse com ele. Enxergar essa perda como uma fatalidade, camuflar os sentimentos e a dor podem ser maneiras de rejeitar os sentimentos que a morte desperta, para evitar o sofrimento. No entanto, expressar essas emoções é essencial para o desenvolvimento do processo do luto.

Durante o período de elaboração do luto, os indivíduos podem passar por distúrbios de alimentação e sono, além de quadros somáticos e doenças psíquicas, podendo desenvolver depressão reativa ou quadros mais graves. O período de luto pode variar e em alguns casos é interminável; com o decorrer do tempo, o indivíduo pode sentir uma tristeza profunda, desespero ou desânimo, sendo o sentimento de solidão o mais duradouro. Nessas situações,

ultrapassa-se o simples luto, instalando-se a melancolia. Quanto maior o investimento afetivo, maior a energia necessária para que ocorra o desligamento. Aspectos sociais, psicológicos, econômicos, a idade e as condições de vida do indivíduo enlutado podem influenciar o luto e o seu desenvolvimento. Nesse contexto, a principal diferença entre os indivíduos em geral e os profissionais da área da saúde, é que para os últimos a morte faz parte do cotidiano, podendo se tornar uma companheira de trabalho diária, já que toda doença é considerada uma ameaça à vida (Kovács, 2013).

Dentro dos hospitais, a morte deixou de ser considerada um fenômeno natural e passou a ser considerada um fracasso. Quando ela ocorre, é considerada um acidente, um sinal de impotência ou imperícia que não deve ser lembrado. Este evento não deve alterar a rotina hospitalar, onde é mais delicada que em nenhum outro ambiente de trabalho, devendo para tanto, manter a discrição, já que quando ocorre de forma turbulenta provoca emoções incompatíveis com o ambiente hospitalar e a vida profissional (Ariès, 2014).

O fato de lidar com a morte em seu ambiente de trabalho não torna as profissionais de saúde alheias ao sofrimento dos pacientes e familiares, porém a rotina hospitalar pode impedi-las de perceber ou manifestar o próprio sofrimento, gerado por esse contato frequente com a morte e a perda do paciente.

3.3 As vivências de profissionais de enfermagem

Anteriormente ao desenvolvimento da pesquisa empírica, foi realizada uma revisão integrativa da literatura através de pesquisas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Biblioteca Eletrônica Científica Online (do inglês: *Scientific Electronic Library Online*, SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil (BVS – Psi Brasil) identificando estudos publicados e de relevância sobre a temática da morte e o luto no exercício do trabalho de profissionais de enfermagem.

Os critérios de inclusão para a seleção dos materiais utilizados nesta revisão de literatura foram: artigos completos que abordassem o tema proposto, publicados nos últimos 10 anos, escritos em língua portuguesa e disponíveis nas bases de dados LILACS, SCIELO, BVS e BVSPsi. As buscas foram realizadas a partir dos seguintes unitermos: morte no hospital; morte na UTI; morte na pandemia; enfermagem e a morte; enfermagem e luto; enfermagem e pandemia COVID-19. Após uma avaliação prévia, foram encontrados 31 artigos. Estes foram

submetidos a uma análise minuciosa, tendo em vista os critérios mencionados e posteriormente reduzidos a 8 artigos que mais se aproximavam do tema da pesquisa, sendo apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Artigos selecionados para revisão integrativa da literatura

Ano de publicação	Nome do artigo	Autores
2016	Convivendo com a morte e o morrer.	BARBOSA, A. M. G. C.; MASSARONI, L.
2016	Representações sociais de enfermeiros sobre o processo de morte e morrer em UTI.	SILVA, C. R. L. da; ABRÃO, F. M. da S.; OLIVEIRA, R. C. de; LOURO, T. Q.; MOURA, L. da F.; SILVA, R. C. L. da.
2016	Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam	SILVEIRA, N. R.; NASCIMENTO, E. R. P.; ROSA, L. M.; JUNG, W.; MARTINS, S. R.; FONTES, M.S.
2016	Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional	VICENSI, M. do C
2017	Morte: reflexões para o cuidado de enfermagem no espaço hospitalar	ROSEMBARQUE, J. O. C.; SILVA, P. S.
2020	Vivências de enfermeiros no cuidado às pessoas em processo de finitude	LOPES, M. F. G. L.; MELO, Y. S. T.; SANTOS, M. W. C. L.; OLIVEIRA, D. A. L.; MACIEL, A. M. S. B.
2020	A enfermagem frente ao processo de morte e morrer: uma reflexão em tempos de Coronavírus	PAULA, G. S.; GOMES, A. M. T.; FRANÇA, L. C. M.; ANTON NETO, F. R. A.; BARBOSA, D. J.
2022	As consequências da pandemia do coronavírus e o luto na enfermagem.	SILVA, D. F. L. P.; PEREIRA, J. A.; MEDEIROS, G. G.

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante dos estudos analisados, percebe-se que a morte é um tema que desperta sentimentos diversos nas pessoas, gerando desde curiosidade, medo, aversão, sofrimento, respeito, dentre outros, sendo o fato de ser inevitável a única certeza no que se refere a ela. Essas emoções também são comuns nas profissionais de enfermagem que atuam numa UTI Adulto, que apresentam um contato mais próximo com pacientes em final de vida e por isso estão expostos às emoções que essa situação pode provocar.

Ao lidar com o processo da morte do paciente, as profissionais devem admitir que a morte é inevitável e muitas vezes não é possível impedi-la, o que implica no reconhecimento dos limites humanos. Entretanto, no contexto hospitalar, incorporou-se como objetivo principal a

cura de todas as causas de morte, recusando-se a olhar para esta como um processo natural. Esses fatos geram ansiedade nas profissionais de saúde, que tentam curar o indivíduo através de inúmeros procedimentos. No entanto, estes, por diversas vezes, resultam apenas no prolongamento do processo da morte, o que aumenta o sofrimento do paciente, de seus familiares e de todos os profissionais envolvidos (Barbosa; Massaroni, 2016).

Na maioria das mortes que ocorrem no ambiente hospitalar, existe ao menos uma profissional da enfermagem ao lado do paciente, independente do seu diagnóstico, estado clínico, estágio da morte vivenciado ou mesmo após a constatação fisiológica desta. Nesses momentos, a enfermagem mobiliza um grupo de impulsos intrínsecos como conforto, acolhimento, alívio e preservação de uma morte digna (Rosemarque; Silva, 2017), ambos direcionados ao paciente para proporcionar-lhe um cuidado humanizado.

As profissionais de enfermagem, que têm como função realizar o cuidado integral ao paciente em momentos diversos de sua vida, também o acompanham neste estágio final, tentando minimizar seu sofrimento e proporcionando-lhe o conforto igualmente necessário nessa última fase.

O desenvolvimento da ciência, associada à tecnologia, permite o prolongamento da vida através de tratamentos variados ou a preservação da mesma em pacientes que não teriam nenhuma chance em outra época. Entretanto, as profissionais de saúde convivem com o impasse entre sua capacidade técnica, suas atribuições, convicções e sentimentos referentes à morte do paciente, além de lidarem com os sentimentos, crenças e dilemas do próprio paciente e seus familiares com a possibilidade da morte (Vicensi, 2016).

Apesar das profissionais de enfermagem realizarem diariamente suas funções baseadas em técnicas específicas visando ao cuidado e bem estar dos pacientes, não as eximem de lidar com o sofrimento causado pela morte dos pacientes. E o fato da morte ser uma presença frequente numa UTI Adulto, devido à gravidade dos pacientes, não significa que as profissionais da enfermagem estejam preparadas para lidar com todos os sentimentos e emoções que ela provoca na equipe.

Para Vicensi (2016), as profissionais apresentam dúvidas, inseguranças, medos e sentimentos variados e profundos em relação à morte e ao seu contato com ela, fato que está correlacionado à preparação e formação destes indivíduos que ainda é ineficiente no processo de aliar cientificidade, técnica e humanização.

Esta situação é reafirmada por Lopes *et al.* (2020) quando evidenciaram, através de uma pesquisa, que as instituições de ensino superior mantêm seu ensino voltado para a doença e que

o tema finitude/morte é abordado de maneira superficial durante a graduação das profissionais, não as preparando para a realidade hospitalar e expondo-as a formas de enfrentamento insuficientes diante desses eventos, já que refletir sobre os processos finais da vida pode fortalecer a estudante e auxiliar na sua preparação para a assistência.

Nos cursos de enfermagem são enfatizados os aspectos técnicos e práticos da função, com pouco destaque para questões relacionadas à emoção, porém são as profissionais da enfermagem que o paciente procura para conversar sobre seus medos ou quando está morrendo, são elas que estão próximas nos momentos mais difíceis, que lidam com os sentimentos, dúvidas, angústias, temores dos familiares e quando o paciente morre, que tomam as primeiras medidas. O aspecto funcionalista da instituição hospitalar pressupõe que determinadas atividades devem ser cumpridas e registradas e a equipe de enfermagem precisa adaptar-se a elas (Kovács, 2013).

Silva *et al.* (2016) chamam a atenção para outro panorama quando abordam que, apesar do processo de morte na UTI ser considerada um processo solitário para o paciente, pelo fato de, na maioria das vezes, não poder se despedir de seus entes queridos, não significa que ele está desamparado. Pelo contrário, este se encontra amparado, cuidado e confortado por profissionais preparados, conscientes da dor e do sofrimento deste indivíduo e dos seus entes queridos.

Entretanto, a ausência de preparo adequado durante sua formação profissional para lidar com esses sentimentos, associado à carência deste cuidado por parte das instituições para com seus funcionários podem levar estas profissionais a lidarem de forma equivocada e insalubre com as emoções despertadas pela morte dos pacientes, que vão se acumulando ao ponto de influenciar de alguma maneira sua vida pessoal e profissional.

Para Silveira *et al.* (2016), existem algumas situações e pacientes com os quais se torna impossível evitar o envolvimento emocional da profissional de enfermagem, já que por permanecerem mais tempo com o paciente durante sua internação, compartilham com ele e seus familiares as alegrias, conquistas, angústias e sofrimentos, sendo também estas as profissionais que dedicam mais tempo aos pacientes no final da vida. Esse conjunto de sentimentos vivenciados impedem estas trabalhadoras de se manterem inertes diante das emoções que envolvem a morte destes pacientes. Assim, a aceitação por parte das profissionais pode mudar de acordo com as medidas implementadas nesta fase e passam por sentimentos como angústia, frustração, insegurança e impotência diante da morte. Também podem sentir conforto e satisfação enquanto executam suas atividades, sendo que estes sentimentos podem variar durante sua carreira profissional e tempo de atuação.

Em concordância com esse ponto de vista, Lopes *et al.* (2020) esclarecem que a

profissional de enfermagem é incapaz de se distanciar emocionalmente do paciente, mesmo que tente e que, apesar de cada uma apresentar uma forma distinta de lidar com o paciente em processo de morte, prevalece o sentimento de tristeza diante do cuidado a um paciente sem possibilidade terapêutica, sendo habitual dentro das UTI esta comoção estar ligada a outros fatores desgastantes que podem conduzir ao adoecimento da profissional, sendo a depressão uma ocorrência frequente.

Porém, a ausência de apoio psicológico às profissionais por parte das instituições de saúde deixa sob sua responsabilidade o prejuízo ao andamento do setor, à assistência prestada ao paciente e à saúde mental da profissional (Barbosa; Massaroni, 2016). As instituições devem se atentar para o fato de que ao lidarem diariamente com a dor e o sofrimento dos pacientes, as profissionais de enfermagem precisam também receber cuidados nesse aspecto, para que se mantenham saudáveis e possam realizar suas funções com qualidade.

Segundo Vicensi (2016), o morrer do outro altera nosso equilíbrio psíquico e emocional de forma semelhante à percepção de nossa própria morte, sendo que estes sentimentos também são vivenciados pelos profissionais da saúde, uma vez que eles não se tornam imunes aos sentimentos, crenças ou percepções a respeito da morte e nem se tornam imortais quando escolhem sua profissão. No entanto, passam a vivenciar essas situações que envolvem a morte frequentemente, e por mais preparados ou experientes que sejam, este conflito com a morte sempre desperta sentimentos de fracasso, culpa ou impotência. As mesmas situações podem ser mais ou menos dolorosas para cada profissional, dependendo de aspectos como a idade do paciente, a revolta pela não reversão do quadro, este apresentar alguma característica que lembre alguém próximo, entre outros.

Diante da morte dos pacientes em ambientes de alta complexidade, algumas profissionais da enfermagem procuram apoio nos profissionais com mais experiência, na conveniência dos discursos do ambiente considerado tecnificado e nas perspectivas religiosas para realizarem o cuidado, já que o corpo em fim de vida é visto como uma continuidade da assistência prestada pela enfermagem no espaço hospitalar (Rosembarque; Silva, 2017).

Ao contrário de outros profissionais da área da saúde, a assistência prestada pela enfermagem não é finalizada com a morte do paciente, já que é responsabilidade dessas trabalhadoras o preparo do corpo após a morte, o que inclui a retirada dos dispositivos e cateteres, realização de curativos quando necessário e também o encaminhamento para o local de destino, conforme o protocolo da instituição, além das anotações no prontuário do paciente. Estas situações exigem destes profissionais um controle emocional acerca do sofrimento que a morte do paciente possa lhes causar, pois todas estas tarefas devem ser realizadas rapidamente.

Outro ponto de vista foi observado por Silva *et al.* (2016) que perceberam através de uma pesquisa com enfermeiras de uma UTI, que estas expressaram um sentimento de alívio diante da morte de pacientes em situação de sofrimento e abandono pela família. Os autores esclarecem que retratar a morte como alívio ou resolução do sofrimento é uma forma das profissionais se protegerem do sofrimento psíquico relacionado à perda, fracasso e impotência frente à realidade da morte, o que também desperta nessas profissionais a sensação da própria finitude.

Os mesmos autores esclarecem que as dificuldades apresentadas por essas profissionais em lidar com a morte não devem ser reduzidas somente ao ambiente hospitalar, mas deve-se considerar os variados aspectos intrínsecos e extrínsecos relacionados à natureza humana, condição social, espiritual, psíquica, além das condições vivenciadas pelo paciente durante esse processo.

O contato frequente das profissionais de enfermagem com a morte é um fato que se tornou aceitável, desde o surgimento da profissão, já que lidam constantemente com pacientes doentes, porém desde o início do ano de 2020, esse contato foi multiplicado de forma assustadora em decorrência da pandemia da COVID-19.

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada sobre inúmeros casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Essa nova cepa de coronavírus não havia sido identificada antes em seres humanos e recebeu o nome de SARS-COV-2, sendo responsável por causar a doença COVID-19. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada como uma pandemia, reconhecendo a existência de surtos em vários países e regiões do mundo e sendo iniciados esforços na tentativa de interromper a propagação do vírus, através de medidas de prevenção e controle da doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2022).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, até o dia 7 de março de 2022, somente no Brasil, o número total de óbitos em decorrência dessa doença chegou a 652.341 (Brasil, 2022), e devido à gravidade dos pacientes, grande parte dessas mortes ocorreu em UTIs, o que causou uma sobrecarga física e emocional às profissionais da enfermagem que atuam neste setor, além do sofrimento compartilhado com toda a população pelas vidas perdidas.

Para Paula *et al.* (2020), a profissional de enfermagem encontrou-se com a missão de ficar na linha de frente no combate ao novo Coronavírus como uma força significativa e indispensável, porém em condições de trabalho insatisfatórias, associadas aos danos psicossociais causados pela pandemia. Acrescido a esta situação, está o despreparo perante os processos de morte e morrer gerados pela ausência de qualificação nesta área pelos cursos de formação ou pela manutenção de padrões de cuidados voltados para o modelo biomédico, tecnicista e reducionista, que provoca

nos profissionais sofrimentos psicológicos e físicos diante da morte.

Segundo Silva, Pereira e Medeiros (2022), a enfermagem convive com grandes desafios, e entre eles estão a necessidade de capacitação acerca de sua compreensão da morte em todas suas dimensões, principalmente relativo ao luto e a dor provocados pela COVID-19. Foi identificado que, durante o luto, sentimentos negativos referentes à perda do outro e à própria finitude são encontrados também nas profissionais da enfermagem, desencadeando uma dor patológica, que tem entre suas complicações elementos depressivos.

Os mesmos autores destacam que durante a pandemia da COVID-19, as profissionais da enfermagem enfrentaram em sua rotina diária inquietações variadas referentes às mortes e ao medo do contágio. Afirmam ainda que o luto deve ser enfrentado como uma circunstância que precisa de cuidado e suporte apropriado, preservando a saúde integral destas profissionais.

Percebe-se que profissionais da enfermagem que atuam numa UTI adulto têm formas variadas de lidar com a morte dos pacientes, que estão relacionadas a fatores diversos e particulares, e que também os sentimentos despertados em cada uma destas indivíduos em decorrência desta perda são distintos. Entretanto, fica claro que nenhuma delas deve ser indiferente ao fato de que neste momento o paciente necessita de apoio, conforto, respeito e dignidade.

4 MÉTODO

Apesar do cuidado ao paciente crítico ser realizado por uma equipe multiprofissional, optou-se por realizar esta pesquisa voltada para as profissionais de enfermagem por considerar que estas se relacionem mais diretamente com o paciente durante a assistência prestada e por permanecerem mais tempo em contato direto com ele.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 48112821.9.0000.5152 e aprovado sob o parecer número: 4.910.284.

Optou-se pela utilização da entrevista como instrumento de pesquisa, pois, de acordo com Minayo (2010), esta é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo, tendo como fundamento construir informações relevantes para o objeto de pesquisa. A entrevista como fonte de informação fornece dados que se referem propriamente ao indivíduo entrevistado e sua representação da realidade que vivencia, como crenças, sentimentos, opiniões, maneira de pensar, sentir e atuar, condutas, razões inconscientes ou conscientes de certos comportamentos e atitudes. Mais especificamente, optou-se pela entrevista semiestruturada, que se utiliza de perguntas abertas, permite que o entrevistado exponha sua opinião sobre o tema em questão sem ficar preso à indagação formulada e possibilita ao pesquisador seguir um roteiro de apoio na sequência das questões, facilitando a abordagem do tema.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de Abril e Agosto de 2022, com 8 profissionais de enfermagem lotadas na UTI Adulto de um hospital universitário do interior de Minas Gerais, incluindo neste grupo representantes das funções de auxiliares de enfermagem, técnicas de enfermagem e enfermeiras assistenciais, com o intuito de colher informações de membros variados dessa categoria, responsáveis pelo cuidado direto ao paciente, utilizando-se do critério de saturação para interrompê-las.

Para a inclusão das participantes na pesquisa, foram utilizados como critérios: ser profissional da enfermagem lotada na UTI Adulto do hospital pesquisado; atuar na assistência direta ao paciente crítico; ter acima de 6 meses de tempo de trabalho no setor; apresentar interesse e disponibilidade em participar, já que muitas destas apresentam mais de um vínculo empregatício.

Apesar do critério mencionado acima especificar a necessidade das participantes atuarem a um período superior a 6 meses na UTI Adulto pesquisada, todas as entrevistadas

trabalhavam neste setor acima de 3 anos, sendo que todas atuaram no mesmo durante a pandemia da COVID-19.

Como critério de exclusão, foi considerada a função de coordenação no setor referido, já que nessa atividade as profissionais não atuam no cuidado direto aos pacientes. Também foi informado às participantes que em caso de mudarem de opinião, poderiam retirar sua participação posteriormente à autorização por escrito em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), deixando claro para essas a sua liberdade para desistir em qualquer momento da pesquisa.

Para a construção das informações foram utilizados um questionário sociodemográfico (Apêndice A), com o propósito de caracterizar o perfil das participantes, e entrevistas remotas (online), de caráter semiestruturado (Apêndice B), que foram realizadas após autorização prévia obtida pela assinatura do TCLE. Foi realizada a gravação das entrevistas e transcrição do material, a fim de analisar as informações obtidas, sendo que esse conteúdo posteriormente será apagado, garantindo a privacidade, confidencialidade e anonimato das participantes.

A abordagem inicial às profissionais de enfermagem atuantes na UTI Adulto e possíveis participantes foi realizada de duas formas: através de convite pessoal/presencial ou via aplicativo de mensagens instantâneas, elucidando o tema da pesquisa. Diante do aceite da profissional, foi entregue o TCLE para autorização prévia à entrevista e neste momento também foram sanadas as dúvidas existentes referentes à entrevista, organizado o agendamento da mesma e oferecida a opção da entrevista ser realizada de forma remota ou presencial, de acordo com a disponibilidade e preferência da entrevistada, sendo unânime a escolha pela entrevista de forma remota.

No dia agendado, foi criada uma sala de reunião em uma plataforma online e enviado o link com o endereço para acesso no aplicativo de mensagens instantâneas da entrevistada, com antecedência para sua melhor organização. Ao iniciar as entrevistas, foi novamente explicado o tema da pesquisa às profissionais e informado a necessidade de realizar a gravação da entrevista para posterior transcrição, na íntegra, de seu conteúdo, reforçando que os aspectos éticos estavam em conformidade com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 e Resolução 510, de 7 de Abril de 2016, respeitando a liberdade, a dignidade e autonomia dos sujeitos, bem como a preservação dos seus dados, a confidencialidade e o anonimato (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012, 2016). Para identificar as entrevistas e manter o anonimato das participantes, foram utilizados nomes fictícios escolhidos pelas próprias profissionais.

Foi oferecida a opção de permanecerem com a câmera ligada ou desligada, de acordo com a preferência de cada uma, sendo que cinco optaram por manterem suas câmeras ligadas e

três preferiram desligá-las. Algumas entrevistadas mostraram-se desconfortáveis no início da entrevista, porém se apresentaram mais cômodas no decorrer da mesma. Todas falaram de forma mais espontânea sobre o tema ao final da entrevista, quando a gravação já havia sido encerrada, sendo que algumas destas informações foram registradas no diário de campo.

No decorrer das entrevistas, algumas profissionais informaram que pesquisaram sobre o tema para responderem com mais propriedade e de forma correta, ao que foram situadas que não havia necessidade de preparação ou estudo prévio, já que a pesquisa é baseada na vivência destas profissionais em seu ambiente de trabalho e que não há resposta certa ou errada, apenas as experiências vividas por cada uma.

Durante a realização das entrevistas, ocorreram situações em que algumas profissionais se emocionaram e inclusive choraram, ao se recordarem de experiências vivenciadas durante o processo da morte de certos pacientes, sendo que em alguns destes momentos a pesquisadora encontrou maior dificuldade em se manter imparcial, principalmente quando estas profissionais citavam pacientes ou situações vivenciadas e compartilhadas durante o período em que também atuou no setor, fatos que mobilizaram sentimentos diversos, desde tristeza até alegria, conforme os relatos. Buscou-se possibilitar liberdade às entrevistadas, oferecendo escuta, respeito às suas opiniões e colocações acerca do tema proposto e especialmente, procurando não induzir ou influenciá-las de alguma maneira, prejudicando a autenticidade das informações obtidas.

Os dados foram tratados através da metodologia de Análise de Conteúdo, baseada nos princípios apresentados por Laurence Bardin (2016), envolvendo as etapas: pré-análise, codificação, categorização e interpretações. Após o estudo e reflexão deste material, foi produzida uma mini cartilha elaborada como produto técnico da pesquisa (Apêndice C), que será utilizada na devolutiva apresentada à instituição pesquisada.

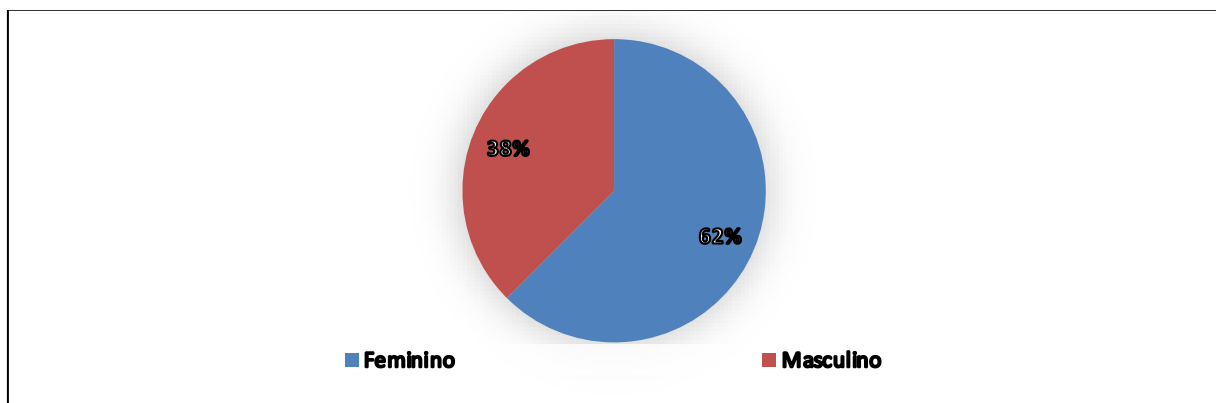
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, serão destacados os resultados desta pesquisa, realizada com as profissionais de enfermagem atuantes na UTI Adulto do hospital investigado. O material foi organizado a partir das categorias construídas no processo de análise, as quais foram formadas através das similaridades encontradas. Os tópicos serão analisados nesta sequência: perfil sociodemográfico das profissionais entrevistadas; o contato com a morte no exercício profissional; a vivência do luto; repercussões das vivências de morte e luto sobre a vida pessoal e/ou profissional; a mudança na visão em relação à morte dos pacientes em decorrência do tempo de profissão; experiências relacionadas à pandemia de COVID-19; estratégias para melhorar o processo de lidar com a morte e o luto no contexto da UTI.

5.1 Perfil sociodemográfico das profissionais

De acordo com a informações obtidas através do questionário sociodemográfico, entre as oito profissionais da enfermagem entrevistadas, 62,5% eram do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino, reproduzindo a constatação de uma maioria feminina nesta área, como representado no Gráfico 1.

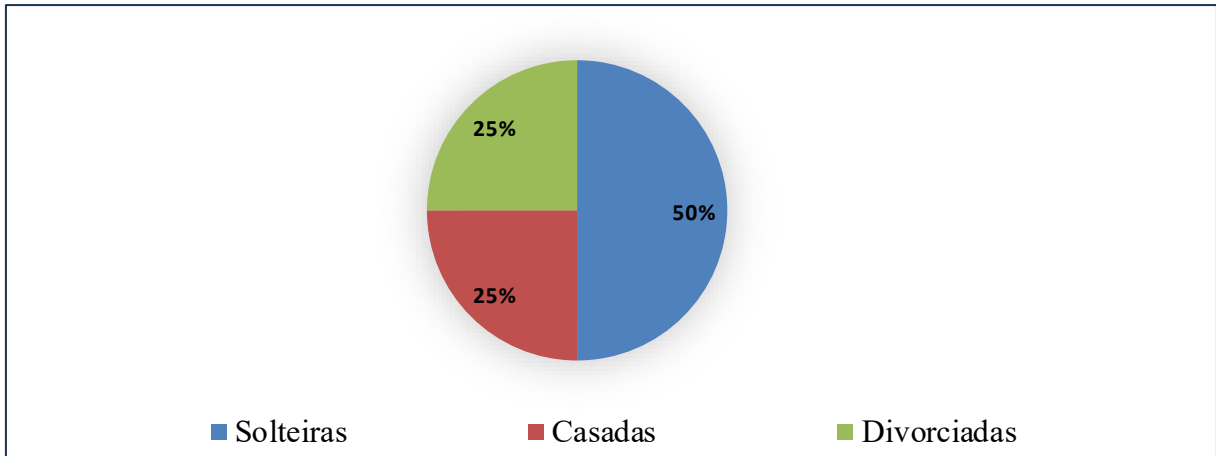
Gráfico 1 - Sexo das profissionais de enfermagem entrevistadas



Fonte: Elaborado pela autora.

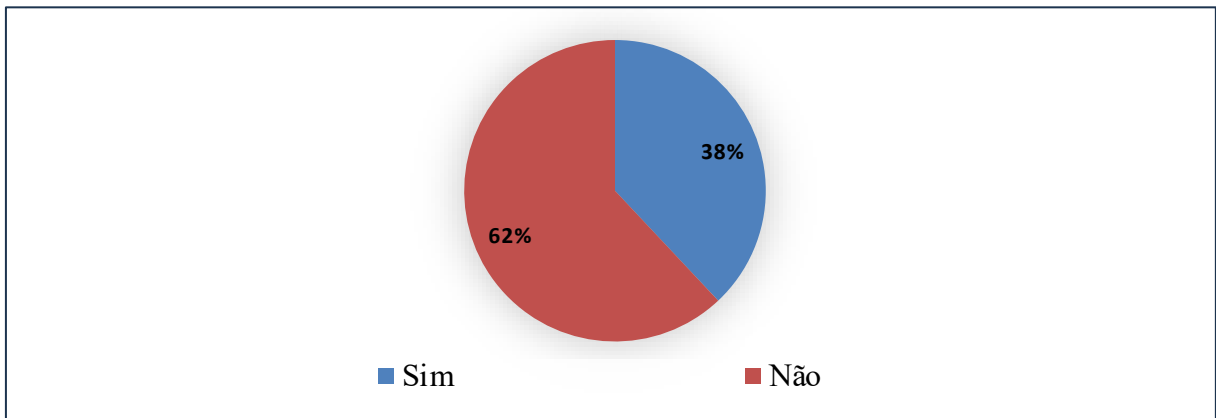
Suas idades variam de 32 a 53 anos, com uma média de 41 anos, sendo a maioria delas solteiras, e 37,5% possuíam filhas, como mostram Gráficos 2 e 3.

Gráfico 2 - Estado civil das participantes



Fonte: Elaborado pela autora.

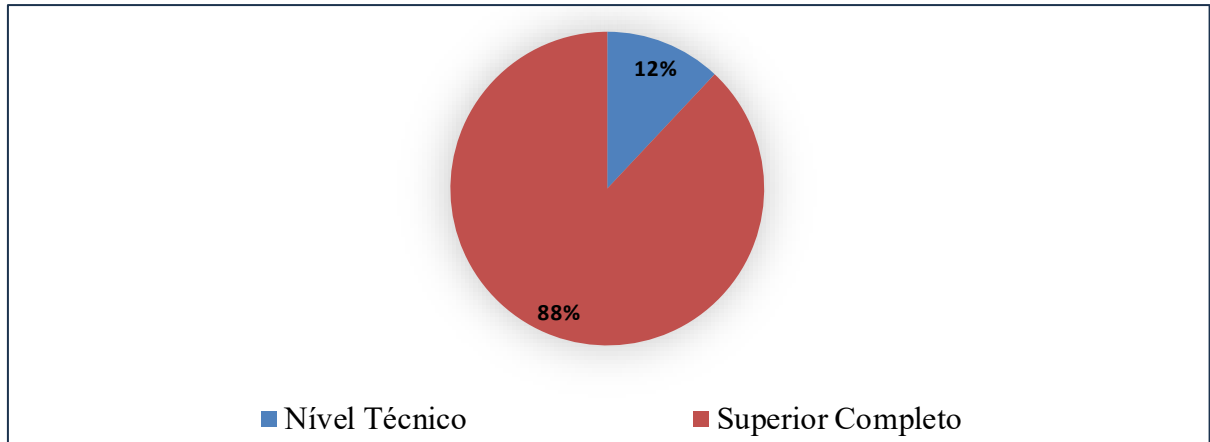
Gráfico 3 - Presença ou ausência de filhos



Fonte: Elaborado pela autora.

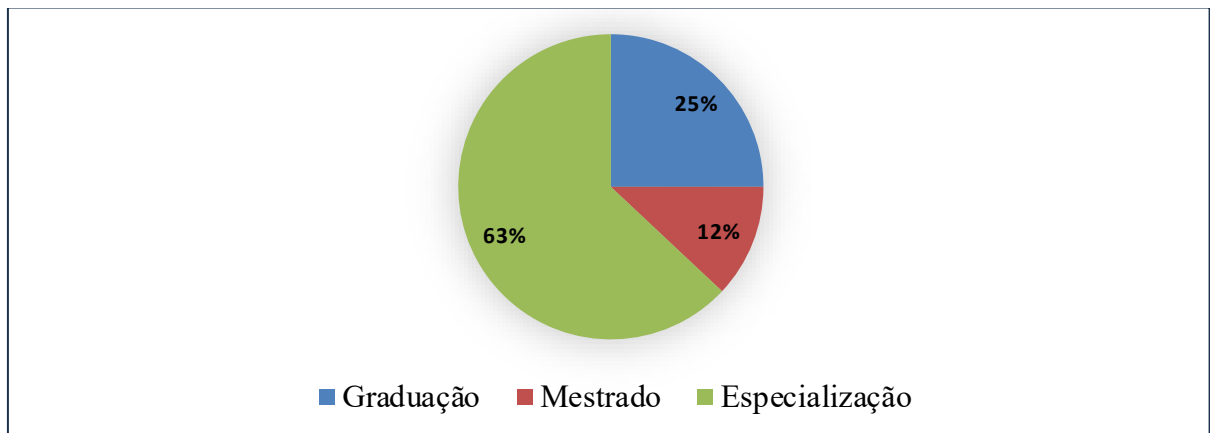
Em relação ao nível de escolaridade, a maior parte das entrevistadas apresentavam nível superior completo, incluindo especialização e mestrado, apesar de apenas 12,5% delas exercerem a função de enfermeira, o que mostra que a maior parte destas profissionais possui qualificação superior à exigida para a realização de suas funções, como é retratado nos Gráficos 4, 5 e 6.

Gráfico 4 - Nível de escolaridade



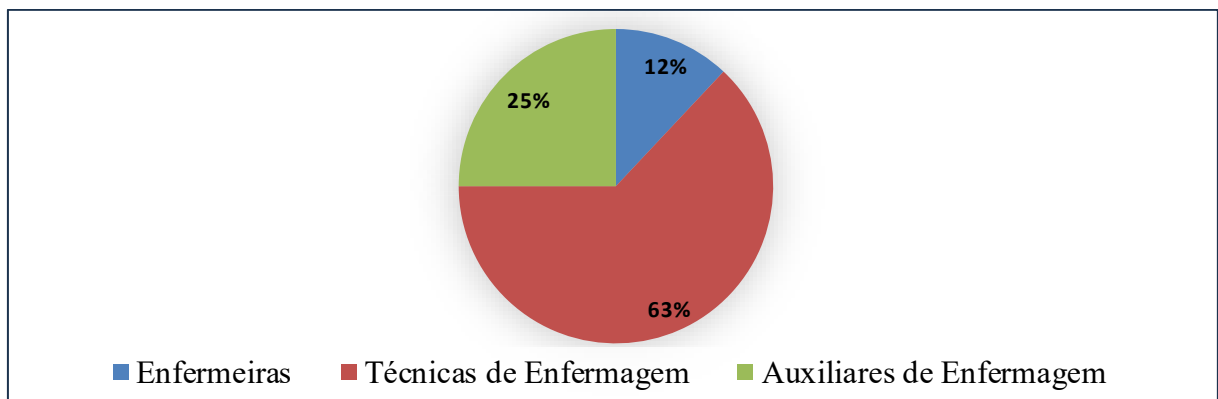
Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 5 - Profissionais com nível superior



Fonte: Elaborado pela autora.

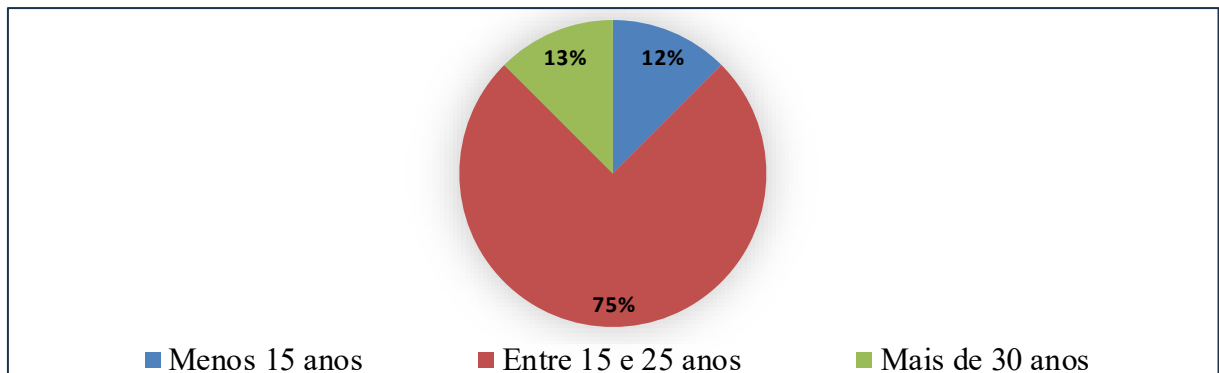
Gráfico 6 - Funções exercidas na UTI Adulto



Fonte: Elaborado pela autora.

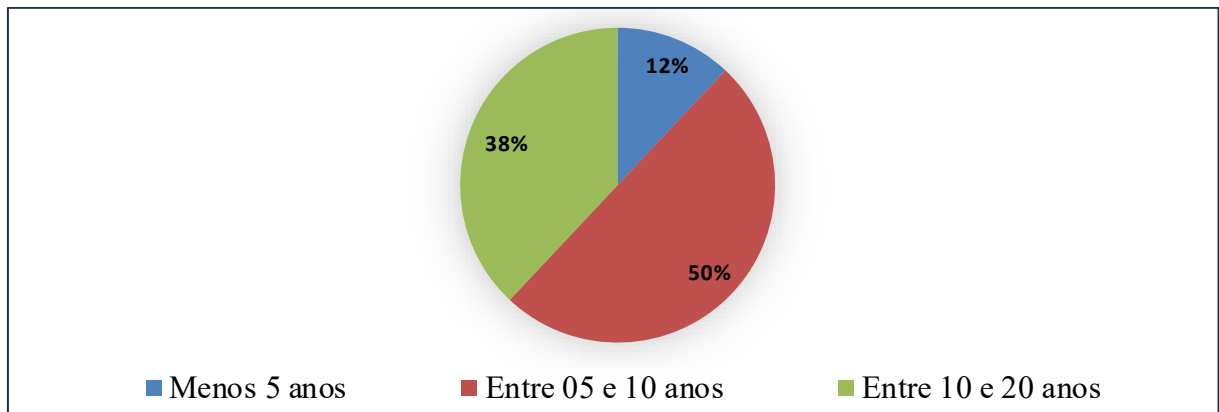
Quanto ao tempo de atuação na enfermagem, 75% das participantes possuem entre 15 e 25 anos de profissão e de acordo com o tempo de atuação na UTI adulto, a metade delas possuem entre 5 e 10 anos neste setor e aproximadamente 38% delas têm entre 10 e 20 anos trabalhando com pacientes críticos. Dentre estas, a maior parte atua na instituição entre 5 e 15 anos e 25% das trabalhadoras atuam nesta instituição entre 16 e 20 anos. Estes dados estão simbolizados no Gráficos 7, 8 e 9.

Gráfico 7 - Tempo de atuação na enfermagem



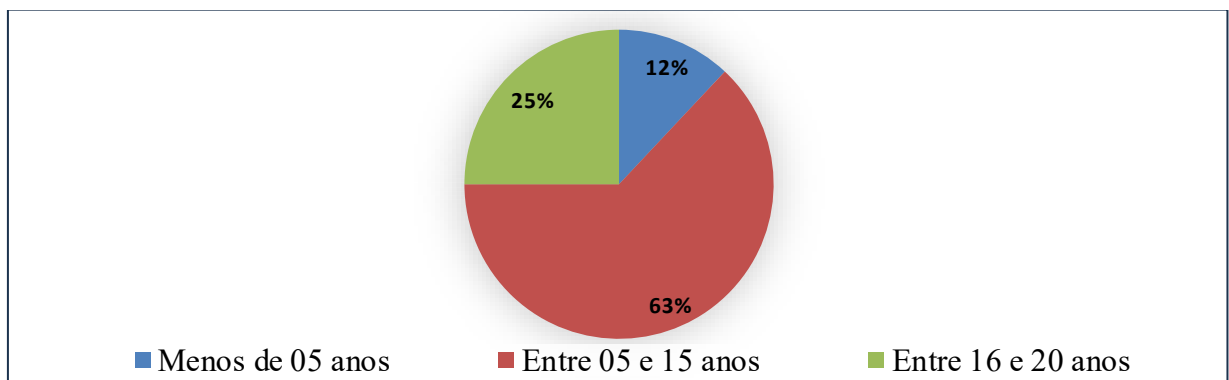
Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 8 - Tempo de atuação na UTI Adulto



Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 9 - Tempo de atuação na instituição

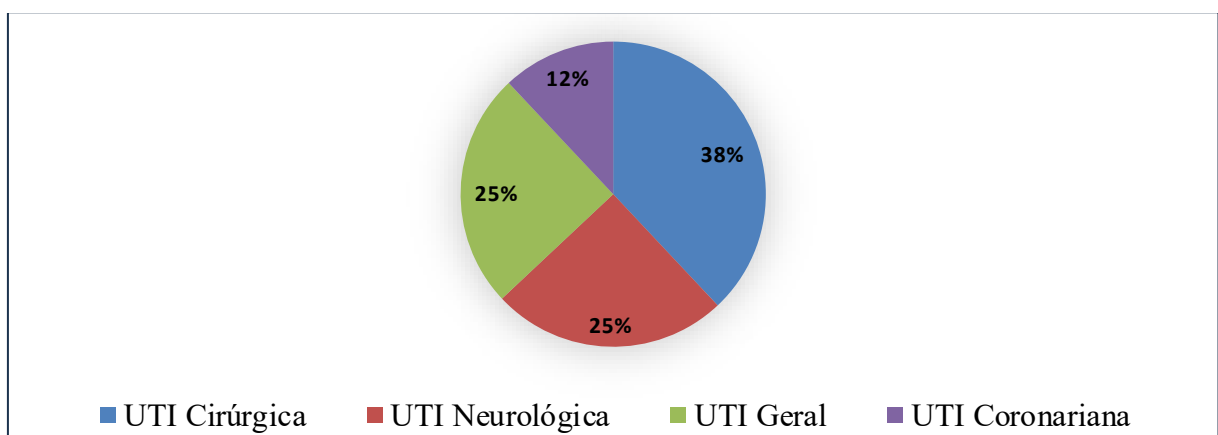


Fonte: Elaborado pela autora.

Com a finalidade de contextualizar o leitor, a UTI Adulto utilizada como campo para esta pesquisa é dividida em 4 unidades, de acordo com a especificidade dos pacientes, sendo a UTI Cirúrgica destinada preferencialmente a pacientes em pós-operatório de cirurgias, vítimas de acidentes, traumas, queimaduras ou instabilidade hemodinâmica, apresentando por isso uma maior rotatividade dos pacientes. A UTI Neurológica é direcionada a pacientes em pós-operatório de cirurgias neurológicas ou com patologias que atingem o cérebro e necessitam de acompanhamento neurológico como, por exemplo, acidente vascular encefálico (AVE) e traumatismo cranioencefálico (TCE). A UTI Geral atende pacientes crônicos ou que requeiram algum tipo de isolamento, sendo a única que possui leitos de pressão negativa destinada a pacientes em isolamento respiratório, como é o caso de pacientes com tuberculose ou COVID-19². Já a UTI Coronariana atende pacientes com patologias cardíacas ou que tenham realizado algum procedimento no coração. Apesar destas particularidades, na prática nem sempre é possível manter essa separação, devido à alta demanda de leitos de UTI na cidade e região, sendo que muitas vezes os pacientes são destinados às unidades de acordo com a disponibilidade de leitos. Também os profissionais lotados no setor, apesar de serem fixos nas unidades descritas, são deslocados para outras em casos de necessidade, principalmente devido ao absenteísmo de membros da equipe.

Assim, em relação à unidade de lotação, 37,5% das entrevistadas trabalham na UTI Cirúrgica, 25% na Neurológica, 25% na Geral e 12,5% na Coronariana, conforme mostra o Gráfico 10.

Gráfico 10 - Distribuição de acordo com a unidade de lotação

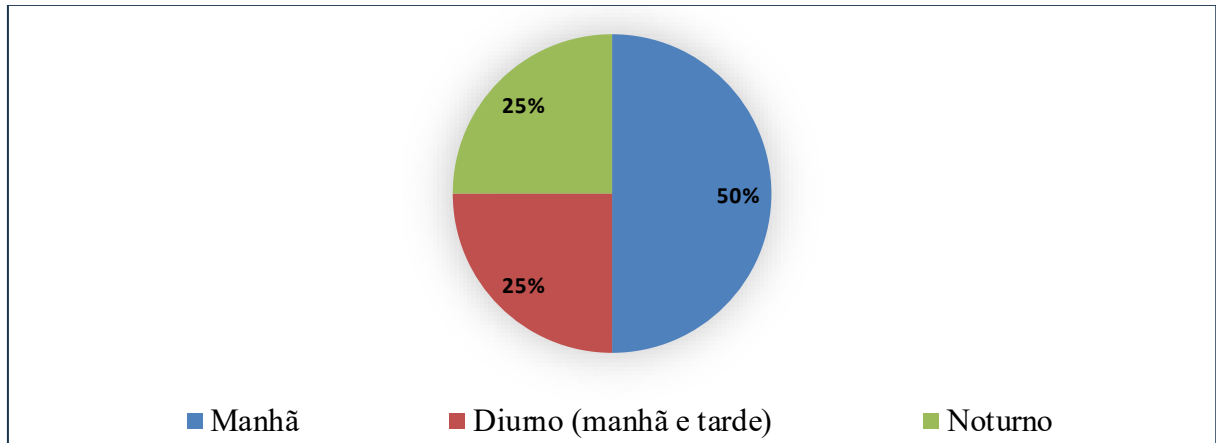


Fonte: Elaborado pela autora.

² Durante a pandemia da COVID-19, foi criada uma unidade específica na instituição para o atendimento dos pacientes com esta patologia, devido ao elevado número de casos, a qual foi desativada após a redução destes índices.

De acordo com o turno de trabalho, a metade das profissionais exercem suas atividades no período da manhã, enquanto as outras atuam no período diurno (manhã e tarde) e no período noturno (Gráfico 11).

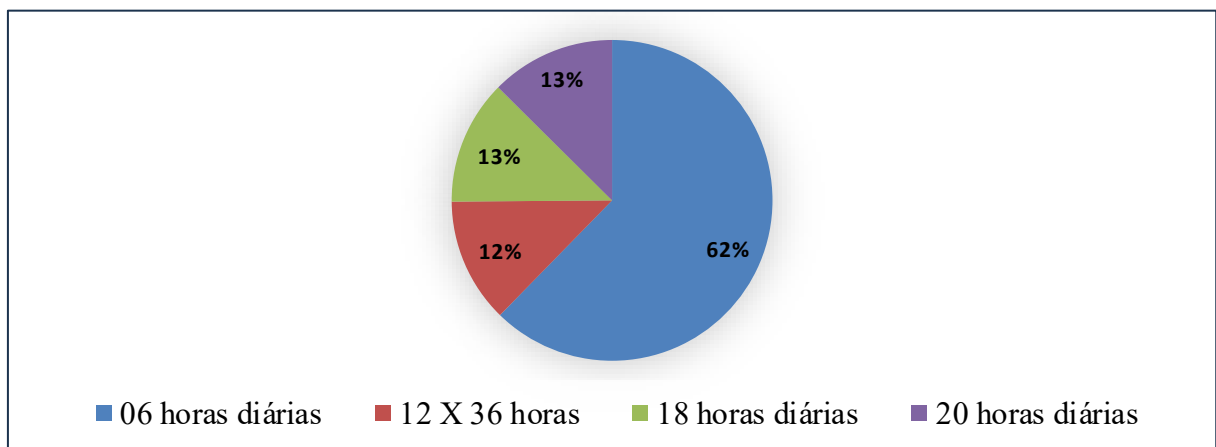
Gráfico 11 - Turno de trabalho



Fonte: Elaborado pela autora.

No que se refere à jornada de trabalho, a maioria das profissionais trabalham 06 horas diárias; enquanto uma faz a escala de 12X36 horas (trabalha por 12 horas e folga 36 horas); outra trabalha 18 horas diárias e a última realiza 20 horas diárias, já que estas últimas têm um segundo vínculo empregatício em outro hospital e associam sua escala de 12x36 horas no período noturno no hospital focalizado nesta pesquisa com a escala diária em outra instituição. Estas informações estão representadas no Gráfico 12.

Gráfico 12 - Jornada de trabalho



Fonte: Elaborado pela autora.

Das profissionais que participaram da pesquisa, 75% têm vínculo empregatício com o hospital pesquisado e 25% são funcionárias de uma instituição terceirizada que presta serviços, a qual teve o seu contrato encerrado no período em que a pesquisa estava sendo realizada.

5.2 O contato da profissional com a morte

Estas profissionais de enfermagem atuantes na UTI adulto realizam atribuições diversas voltadas para o cuidado ao paciente crítico e, dentre as atividades mais citadas por elas, estão o preparo, administração e manutenção de medicações, cuidados de higiene, realização de curativos e assistência direta ao paciente grave/crítico. Outras práticas como lidar com o processo da morte e auxiliar em paradas estão entre as menos citadas, dado esse que chama a atenção por serem tarefas realizadas com certa frequência no setor, devido à gravidade e instabilidade dos pacientes assistidos, principalmente em razão de todas as entrevistadas afirmarem que já tiveram que lidar com a morte de algum paciente e 62,5% destas relataram que isto ocorre com uma frequência alta ou até mesmo diária.

Esse tópico pode ser observado em uma passagem citada por Valentina quando compartilha uma experiência com a morte de uma paciente adolescente:

“... Esse processo dela... a gente acompanhou todinho... o sofrimento da família, o sofrimento da mãe, a tristeza... e aquele confronto ali pra mim foi bem triste.... depois disso eu passei a tentar bloquear um pouco ... essa forma de a gente sofrer junto, porque como é um setor que morrem (pacientes)... tem uma taxa de mortalidade um pouco mais alta que o lugar onde eu trabalhava antes, eu percebi que, de repente, ia mexer muito comigo, eu ia sofrer muito durante esse tempo que eu trabalho lá...”

Este fato vem de encontro a afirmação de Vicensi (2016), quando aponta que, por mais preparados e experientes que as profissionais de saúde sejam em lidar frequentemente com situações que envolvam a morte dos pacientes, elas não são capazes de familiarizar-se com esse processo.

Uma questão a se pensar é que um dos motivos pelos quais a maioria das profissionais não mencionaram o cuidado com o paciente em processo de morte pode estar relacionado ao fato de que seu foco esteja nos procedimentos relacionados a restaurar à saúde e não naqueles relacionados à morte.

É importante ressaltar aqui que lidar com a morte não aparece na descrição das tarefas do seu cargo, o que mostra que a fala inicial destas trabalhadoras é baseada nas atividades prescritas para a função que realizam, enquanto o trabalho que desenvolvem abrange muito

mais. Como mostra Dejours (2012), que esclarece que existe uma diferença entre o trabalho prescrito, que são as tarefas especificadas pela coordenação e que devem ser desenvolvidas, e o trabalho real, que se refere às atividades verdadeiramente realizadas pelos trabalhadores, que incluem reajustes nas orientações recebidas para que o trabalho seja bem realizado, o desempenho de deveres não mencionados, o lidar contínuo com imprevistos e situações novas, como ocorre com estas profissionais.

Em outro momento, quando questionadas sobre aspectos marcantes em sua rotina de trabalho, as profissionais citaram diversos elementos, como a história de vida de determinados pacientes; a superação de outros que foram admitidos em estado grave e se recuperaram; além de circunstâncias em que criaram vínculos com os pacientes. Também mencionaram como relevantes neste quesito, situações referentes à morte de determinados pacientes, como é relatado por algumas destas trabalhadoras:

“... Alguns pontos que realmente vão ficar marcados para sempre... quando chega um cliente que tem uma demanda de patologia, um risco de morte muito grande ... e que a gente vê ... todo o empenho de toda a equipe... para tentar salvar uma vida e apesar de tanto esforço, a gente não consegue... acaba que sendo ... meio que inútil.” (Lilica)

“... O mais difícil é lidar com o paciente ... que está acordado, e que está com algum tipo de doença que faça ele sofrer e que ele me conte sobre a vida dele, a história dele... e às vezes é um paciente que tem uma doença que eu sei que ele vai falecer... e a gente acaba apegando mesmo assim...” (Rosa)

“... São dois extremos... o retorno do (paciente) que sobreviveu e estava muito grave (para agradecer à equipe) e, às vezes, algumas mortes também... não todas... Não que eu não fique sentida com algumas, mas tem algumas que marcam mais...” (Vilma)

As narrativas dessas profissionais confirmam os achados de Silveira *et al.* (2016), quando afirmam ser inevitável que os enfermeiros, durante o exercício de sua profissão, se envolvam emocionalmente, experimentem sentimentos de frustração, angústia, insegurança e impotência relacionados à morte, porém também sintam conforto e satisfação ao realizarem seu trabalho. Nesse sentido, Dejours (2012) acrescenta que o prazer e o sofrimento estão relacionados ao trabalho e que é impossível separá-los, sendo ambos vivenciados simultaneamente pelos trabalhadores durante o exercício de sua atividade laboral.

Em concordância com esse tema, Rosembarque e Silva, (2017) esclarecem que quando o paciente cuidado inicia o processo de morrer, provoca nos profissionais de enfermagem uma produção de significados, como um tipo de resposta, motivada pelo evento, representada por sentimentos e emoções que evidenciam as potencialidades e fragilidades humanas no cuidado prestado.

5.3 A vivência do luto pelas profissionais

Durante a realização de suas tarefas, as trabalhadoras da enfermagem da UTI são confrontadas com situações que podem lhes despertar sentimentos negativos, como o cuidado prestado aos pacientes em processo de morte e o sofrimento de seus entes queridos. Diante disso, Vicensi (2016) alega que a possibilidade real do fim e a presença da morte são sensações e vislumbres que não afetam somente o paciente e seus familiares, mas influenciam toda a equipe envolvida na sua assistência, sendo profundas e diversas as suas dúvidas, inseguranças, medos e emoções.

Nesse sentido, ao serem questionadas a respeito de quando a morte de um paciente é vivida com mais intensidade ou sofrimento, as respostas mais encontradas foram referentes à morte de pacientes jovens, quando vítimas de acidente, em protocolos de morte encefálica (ME) e também quando há o envolvimento e criação de vínculos com o paciente. Elas vêm com menos sofrimento a morte do paciente idoso que está sofrendo e de pacientes com doença terminal, conforme os seguintes relatos:

“... Quando a pessoa é mais jovem acho que eu acabo sofrendo mais ... principalmente algo que foi muito trágico... E aí nessa hora eu sofro mais do que quando é um óbito que já... está vindo aos poucos ou um paciente mais idoso, que já está... sofrendo, que já fizeram de tudo. Lógico que a gente não quer que o paciente venha a óbito, mas a gente também sabe que o prognóstico é ruim ..., mas aí acho que eu sofro menos...eu vejo como se fosse um descanso para o paciente ...” (Valentina)

“... Quando abre protocolo de morte encefálica, eu acho muito sofrido ... você vê muitos familiares lá sofrendo... e as vezes é jovem... porque você sabe ... que é pra doar órgãos, e não é... um idoso, que já estava na hora ...” (Vilma)

“... Tem colega de serviço que chora quando o paciente morre... tem colega que não fica na assistência de paciente que está abrindo protocolo de ME... porque sente mal, não consegue... não dá conta...” (Marisa)

“... Pessoas muito jovens e aqueles pacientes aos quais a gente não consegue ... ter um vínculo só profissional... e criou vínculo com o paciente, essas situações mexem comigo ... Mas eu acho que idosos... no processo de sofrimento ali na UTI, a gente sente que às vezes ... está prolongando o sofrimento dele, e o óbito é inevitável ... a gente sente mais acalentado... percebe que encerrou o sofrimento dele ...” (Marcio)

Em concordância com esses achados, Barbosa e Massaroni (2016) ressaltam que a morte do jovem é menos aceita do que a de um idoso por ser considerada antinatural, pois a morte precoce é contrária à ordem cronológica consentida pela sociedade, que considera natural nascer, crescer, amadurecer e somente depois morrer.

Silva *et al.* (2016) acrescentam que o termo “obstinação terapêutica” é utilizado quando são realizados procedimentos de certa forma exagerados que não proporcionarão benefícios ao

paciente, podendo lhe causar sofrimento, devido ao hábito de se priorizar a vida nestes ambientes.

Os mesmos autores afirmam que aceitar a morte como alívio ou solução para a dor diante de processos de sofrimento em que o paciente se encontra é uma maneira utilizada por estas trabalhadoras para se protegerem da dor causada pela perda e da impotência diante da morte.

Enquanto isso, elas estão em contato frequente com estas circunstâncias na sua rotina e, no entanto, devido ao ritmo acelerado do setor em que atuam, não têm o tempo necessário para assimilar as emoções que lhe são provocadas durante o cuidado ao paciente em processo de morte ou mesmo perceber seus próprios sentimentos depois que ela ocorre, pois a assistência ao paciente precisa continuar.

O processo do luto é definido como um grupo de respostas desencadeadas por uma perda, que precisam de tempo para que sejam vivenciadas (Kovács, 2013). Entretanto, as profissionais de saúde experimentam lutos frequentes durante o seu exercício laboral, principalmente quando morrem aqueles pacientes com os quais desenvolveram uma relação mais próxima, sendo importante que estas perdas sejam percebidas e desenvolvidas (Kovács, 2010), porém nem sempre isso é possível.

Esta situação fica clara quando a totalidade das participantes desta pesquisa afirma que não existe espaço para a elaboração do luto decorrente da morte dos pacientes, por parte das profissionais e da equipe durante sua jornada de trabalho, como foi descrito nas entrevistas:

“... O quadro de funcionários às vezes, é reduzido ... então ... quando você vê, você não tem tempo nem de passar o processo de sofrimento nem de luto, quando você vê já passou. ...foi tudo muito rápido, foi tudo muito acelerado ...” (Gustavo)

“... É uma coisa tão natural, é tão mecânico, é tão rápido e ... você sofre uma pressão porque foi a óbito ... já querem que você prepare ... o corpo, já desça, já arrume, já chame o pessoal da limpeza e você já organiza e pronto. Está todo mundo pronto, firme e forte para esperar o próximo paciente e isso tem que ser uma coisa muito rápida ... porque é questão de, no máximo uma hora já está chegando outro paciente ... E você percebe... que uma ou outra pessoa, às vezes fica triste ... mas como tem que ser tudo muito rápido, acho que nem dá muito pra gente sofrer todos esses processos ... Acho que a gente vê o sofrimento depois, na hora que termina tudo ...” (Valentina)

“...Eu acho que tudo acontece muito rápido, e o processo entre a saída do paciente seja por óbito ou por alta, e a admissão de um novo paciente é muito rápida, então a gente acaba não tendo muito tempo para elaboração desse luto...” (Marcio)

“... Não, eu acredito que ... nós não estamos preparados para lidar com isso ainda ... a gente tem numa UTI nove leitos e, às vezes, um paciente foi a óbito, só que os outros oito ainda estão vivos E a gente tem a nossa vida normal, ali ...” (Silva)

Nesse aspecto, Rosembarque e Silva (2017) afirmam que o processo de morrer, a morte e o pós-morte são processos diferentes dos que estas profissionais lidam durante a assistência aos pacientes, sendo que o cuidado permanece mesmo na preparação do corpo morto e o paciente se mantém como o centro das ações de cuidar.

Ainda sob essa perspectiva, Barreto, Berenchtein Netto e Pereira (2011), apresentam a expressão cultura tecnológica da morte, para se referir à forma como esta é vivenciada nos hospitais, onde ocorrem ações para rapidamente tirar o corpo do paciente do local e do campo de visão das pessoas, sendo este aceleradamente preparado pelas profissionais, fazendo com que os sinais da morte sejam disfarçados. Os mesmos autores acrescentam que, na sociedade atual, a morte é tratada de forma rápida, limpa, distante, sem sentimentos e sem luto, controlada no tempo e espaço, desconsiderando todos os seus rituais e promovendo um certo desinteresse em relação à morte e aos mortos, o que causa malefícios aos sujeitos em contato com estas situações.

Nota-se na fala de uma das entrevistadas, além da necessidade de continuar a assistência, seja ao paciente já falecido ou aos outros, também a tentativa de proporcionar apoio aos familiares enlutados, mesmo que não esteja preparada para isso e que também se encontre em sofrimento:

“... Às vezes nem o profissional está bem para lidar com aquilo ali, mas tem que ser forte... Na verdade, o profissional não fica de luto ... porque não dá tempo ... porque a gente fica tão focado no paciente e tipo assim, eu me preocupo muito com o familiar sabe ... eu fico assim ... querendo poder ajudar mesmo ... de alguma forma. Às vezes a pessoa quer conversar, dependendo do caso, se eu estou bem, eu até converso ...”
(Vilma)

De acordo com Vicensi (2016), é necessário recuperar a natureza humana na relação entre o paciente, seus familiares e os profissionais que lhes prestam cuidados. Assim, apesar de serem capacitados para atuar baseados na ciência e técnica, estes não conseguem ignorar ou esconder suas próprias emoções.

Barreto, Berenchtein Netto e Pereira (2011) alegam que considerar a morte como algo natural e necessário é um ponto de vista racionalizado, pois não podemos considerá-la natural quando não conseguimos representar nossa própria morte. E acrescentam que as normas e práticas que a acompanham servem para afastá-la dos indivíduos, justamente por não ser aceitável.

Para Silva, Pereira e Medeiros (2022), durante o luto, mesmo que a dor seja considerada justificada para todos os envolvidos, emoções negativas relacionadas à perda de outras pessoas e à própria finitude são percebidas, causando uma dor patológica e suas complicações, que

incluem quadros depressivos e maior possibilidade de consumo de substâncias psicoativas, o que atinge as profissionais de enfermagem. Portanto, o luto destas também deve ser visto com cuidado e necessita de atendimento adequado para que possam preservar sua saúde. Assim, veremos posteriormente como a instituição pesquisada atua em relação a este aspecto.

5.4 A morte e o luto e suas repercussões sobre a vida pessoal e/ou profissional das trabalhadoras de enfermagem

O fim da vida é real, e o processo da morte, principalmente quando é causado por acidentes, doenças ou qualquer circunstância que provoque dor e sofrimento físico, requer que todos os envolvidos tenham consciência e sabedoria para enfrentá-lo (Vicensi, 2016). Esta afirmativa desperta curiosidade em relação às profissionais de enfermagem e ao fato destas frequentemente prestarem assistência a pacientes que estão passando por estes processos. Será possível que esta certa “familiaridade com a morte” produza alguma repercussão em si mesmas?

Das participantes desta pesquisa, 62 % consideram que o contato com o processo da morte dos pacientes repercute de alguma forma na sua vida pessoal e profissional, como podemos observar nestes relatos:

“... Com certeza, repercute muito na minha vida porque mesmo você sendo ... profissional, diante desse processo de morte de um paciente, é muito difícil ... você tem que se manter firme, porque você não pode deixar aquilo ali te abater de forma que atrapalhe você prosseguir profissionalmente, entendeu? Abalar, abala. Interferir, interfere. Com certeza, a gente fica mal naquele momento, tenta até dar aquele apoio, aquele suporte emocional, e ao mesmo tempo, você tem que deixar aquilo de lado e vamos seguir em frente para cuidar de você, para continuar no outro dia ...” (Lilica)

“... Sim ... a gente sai chateada do trabalho... se sente frustrado ... eu acho que a morte é uma das coisas mais difíceis porque não tem como resolver, parece que chegou num ponto final. Então eu acho que... além do cansaço físico ... tem o cansaço mental e emocional. No começo eu saía muito cansada, desgastada. Nunca estava querendo sair, me divertir. Ultimamente eu tenho melhorado isso, eu tenho tentado fazer outras atividades, me envolver com outras coisas e esquecer um pouco o trabalho ...” (Valentina)

“... Eu acho que ao passar dos tempos, isso repercute sim, tanto na vida pessoal quanto na vida profissional. Afeta, eu acho, o nosso modo de pensar, o nosso modo de viver, de agir ...” (Rosa)

Em um estudo dirigido por Lopes *et al.* (2020), foi observado que o sentimento negativo de tristeza prevalece diante do cuidado a pacientes sem possibilidade terapêutica e que dentro das UTIs é comum que esta emoção, quando associada a outras circunstâncias desgastantes, levem a profissional ao adoecimento, sendo a depressão um dos eventos mais presentes. Para

Rosembarque e Silva (2017), nestas circunstâncias, a profissional reage encarando a morte do paciente com sentimentos de impotência, angústia, sofrimento, medo e fracasso, que podem interferir no cuidado prestado.

Entretanto, Silva *et al.* (2016) afirmam que estas situações podem colocar as profissionais diante da incômoda percepção da própria finitude, já que não existe vida sem morte e esta faz parte do cotidiano destas trabalhadoras. Esta afirmativa consolida a declaração de Marisa, quando alega que utiliza destas experiências como exemplos para tentar mudar a própria vida:

“... A morte de certos pacientes pode ser um exemplo... para eu fazer algumas correções na minha vida mesmo. Me entristece, mas ao mesmo tempo faz com que eu mude as minhas condutas ...” (Marisa)

Outra profissional tem um ponto de vista positivo em relação ao contato com situações difíceis no exercício laboral e acredita que ele lhe permitiu ser mais empática com as pessoas com as quais convive:

“... Eu acho que a maioria das pessoas que escolhe fazer enfermagem já tem uma empatia, eu acho que inerente nelas. ... eu acabei trazendo essa empatia aqui para fora também ... Porque ... a gente tem os nossos conhecidos ... e às vezes a pessoa está passando pelo mesmo processo que, por exemplo, um paciente do hospital está passando também, então você começa a lidar melhor, você começa a entender melhor o sofrimento da pessoa. Porque eu acho que essa empatia, esse cuidado não se resume só à área hospitalar, se resume aqui fora também ...” (Silva)

Enquanto isso, aproximadamente 38 % das profissionais têm uma visão diferente, acreditando que o fato de lidarem frequentemente com a morte não traz repercussões em suas vidas, sendo necessário manter um equilíbrio para atuar nesta área:

“... A gente tem que ser bastante profissional ... então tem coisas que a gente tem que trazer pra vida da gente de forma assim ... saber separar ... eu tento não misturar as duas coisas ... e não deixar afetar porque quando você leva pra sua vida pessoal isso não te faz bem ... Não é fácil, é uma coisa que você constrói ao longo do tempo... mas é um processo doloroso ...” (Gustavo)

“... Não. Eu consigo sair do meu local de trabalho com a sensação de dever cumprido ... eu tenho muito comigo, a convicção que foi feito tudo que estava ao nosso alcance ... tudo que poderia ser feito, pela equipe ... a gente fez ... então isso me acalenta um pouco e me dá a sensação de ... mais tranquilidade em lidar com o óbito ...” (Márcio)

“... Não ... acho que é muito coisa de momento também, eu procuro não absorver .na hora a gente sente, a gente acha ruim ... mas assim ... passou, passou. Eu procuro não absorver ... não envolver demais ... porque se a gente for absorver já era ... não fica ... Não sobrevive ...” (Vilma)

Percebe-se que as opiniões das profissionais a este respeito são divergentes, porém nota-se presente a preocupação em realizar uma assistência de qualidade ao paciente. Nesse sentido, Silva *et al.* (2016) afirmam que morrer amparado por alguém faz parte da dignidade humana e que o paciente é dignificado quando é cuidado por profissionais que reconhecem sua dor e sofrimento. Acrescentam ainda que é fácil perceber que a morte causa impactos na vida das pessoas e que a diferença está na constatação de como cada uma a enxerga, compreende e se relaciona com ela.

5.5 Mudanças na visão das profissionais de enfermagem em relação à morte dos pacientes em decorrência do tempo de profissão

O tempo de atuação na enfermagem das participantes desta pesquisa varia entre 14 e 32 anos, com uma média de 20 anos na área. Em sua totalidade, as entrevistadas informaram que sua forma de lidar com a morte dos pacientes modificou-se ao longo do tempo de profissão, sendo que as palavras ou expressões mais utilizadas por elas para descreverem essas sensações no início da carreira variaram entre medo, tristeza, sofrimento, banalização e agir de forma automática. Enquanto na atualidade, dentre os sentimentos citados estão: sentimento de conforto pelo cuidado prestado, visão da morte com naturalidade e tentativas de evitar o sofrimento, conforme observamos em algumas passagens destes relatos:

“... No começo eu tinha muito medo ... eu não conseguia entrar dentro do quarto ... Depois, uma postura de banalização ... porque ... morria muita gente quase todo dia ... Hoje eu começo a ver como um processo natural ...” (Marisa)

“... Acho que a gente vai ficando forte, mais forte com cada vivência, com cada perda ... você vai se moldando com cada situação dessa que você vai vivenciando a cada dia, a cada semana, a cada ano ... Quando eu comecei, eu sofria mais, entendeu? Eu ia pra casa mal, eu dirigia mal, eu ia pra rua... assim, abatida mesmo ... Aí, hoje, eu consigo já ir com o sentimento de ... tristeza sim, mas conforto ao mesmo tempo, porque assim, eu pude contribuir ... pelo menos para ... um pouco mais de qualidade de vida para aquela pessoa. Pra mim, isso me conforta ...” (Lilica)

“Eu não carrego esse sofrimento comigo ... Eu não quero ficar sofrendo porque o paciente foi a óbito... e antes eu sofria, eu desistia de fazer as coisas, ficava muito triste, pensava muito no paciente, na família. Pensava e se ... a gente se vê né ... poderia ser comigo, com a minha família e tal. E hoje eu penso nisso também, mas eu tenho tentado bloquear um pouco esse tipo de pensamento ...” (Valentina)

“... Com o passar dos anos eu acho que eu fiquei mais forte ... como pessoa ... como profissional, como mulher mesmo sabe ... a gente vai ficando mais resistente, não que a gente não sinta, mas a gente vai ficando ... mais resiliente nas questões da vida mesmo... particular e profissional ... e aprendi assim a filtrar mais sabe ... talvez os sofrimentos ...” (Vilma)

Durante a entrevista com essa última participante, a mesma relata um fato interessante ao compartilhar que a filha de 19 anos comentou recentemente que a viu chorar apenas uma vez e acredita que isso se deva ao fato de a mãe ser uma profissional de saúde e encarar a morte de um jeito diferente. A filha teria lhe dito “*sei que você sente, mas não é igual a quem não está lá*”.

Esses relatos estão de acordo com o estudo de Barbosa e Massaroni (2016), onde observaram que quanto maior o tempo de atuação profissional, maior o distanciamento mantido em relação ao paciente em processo de morrer, como uma forma de proteção do sofrimento vivenciado pela morte.

Em contrapartida, 37,5% das trabalhadoras entrevistadas na presente pesquisa alegaram que se tornaram mais sensíveis à morte dos pacientes com o tempo e que, atualmente essa situação lhes provoca um sofrimento maior, como é apontado a seguir:

“... Eu pensava menos na morte do paciente no início da minha profissão. Hoje, como tem mais tempo, ao invés de ser o contrário, hoje parece que eu sofro mais. Hoje parece que me atinge mais. Não sei se é porque já tem muito tempo que eu estou na profissão ou se a gente muda a forma de pensar, porque eu era muito jovem ...” (Rosa)

“... Às vezes ..., no início da carreira você faz uma coisa meio mecânica, aquela coisa meio automática, só que com o tempo você vai amadurecendo ... desenvolvendo o seu pessoal, o seu profissional ... e você vai vendo que ... não somos máquinas... temos sentimentos... de uma forma ou outra aquilo sempre vai ... afetar de alguma maneira ... Mas com o passar do tempo eu fui me tornando uma pessoa mais sentimental ...” (Gustavo)

Nesse sentido, Vicenzi (2016) esclarece que o excessivo tecnicismo aprendido durante a sua formação e as condutas vivenciadas no trabalho por profissionais com mais tempo de atuação, confrontam o que cada uma delas traz no seu interior, fazendo com que muitas mostrem-se despreparadas para lidar com ocorrências envolvendo a morte.

Fica claro que a maneira com que estas trabalhadoras lidam com a morte dos pacientes se transformou ao longo do tempo, mas os sentimentos e a visão destas também variou entre elas, mostrando que não há uma fórmula para confrontar essa situação frequente em sua rotina de trabalho, mas que cada profissional cria um modo de enfrentar estas circunstâncias, a partir de suas experiências, maturidade pessoal e profissional.

5.6 Mudanças na visão das profissionais de enfermagem em relação à morte dos pacientes em decorrência da pandemia da COVID-19

O contato com a morte é uma realidade presente para as profissionais da enfermagem

que atuam em uma UTI, devido ao estado crítico dos pacientes assistidos, sendo que a frequência da ocorrência desse contato pode mudar de acordo com o perfil dos pacientes atendidos por essas profissionais. No caso da UTI estudada, os pacientes são separados por especialidade em 04 unidades: Cirúrgica, Neurológica, Geral e Coronariana, como já abordado, sendo que a periodicidade dos casos de óbito varia entre elas.

Durante a pandemia da COVID-19, iniciada nos primeiros meses de 2020, esse convívio foi intensificado por causa do alto índice de mortalidade da doença e, na visão de aproximadamente 87% das participantes desta pesquisa, provocou mudanças na forma de experienciarem a morte dos pacientes e a vivência do luto a ela associada.

Em relação às mudanças percebidas pelas profissionais, foram citadas com maior regularidade sentimentos vistos de forma negativa, como a tristeza e o sofrimento, seguidos pela vulnerabilidade das profissionais, que ficaram mais sensibilizadas e fragilizadas nesse período, bem como pela frustração em relação à atuação profissional, como observamos nos relatos a seguir:

“... Na grande maioria dos pacientes com COVID que vieram a óbito, eu senti uma tristeza enorme ...foi muito mais sofrido e, eu fico ... até hoje pensando em algumas histórias que eu vivi, eu ainda me lembro. Então por mais que você tenha uma certa maturidade, que você crie maneiras de bloquear ... o luto é muito difícil, ele ainda segue com a gente. Os profissionais de enfermagem, quer queiram ou não, eles sofrem muito com o luto ...” (Valentina)

“... Com a pandemia nós ficamos fracos, frágeis ... essa é a palavra certa ... Tudo que poderia ser feito pelos profissionais ... foi feito, e às vezes não conseguia resgatar aquele paciente... Com a pandemia eu acho que aumentou o sofrimento em relação à morte, pelo menos pra mim ... naquele momento, naquela época, e agora a gente vai resgatando aos poucos a energia ... a força vai voltando...” (Vilma)

“... A pandemia foi a pior fase ... da minha vida na enfermagem. Eu nem lembrava mais o que era chorar por causa de um paciente ... porque na época da pandemia ... eu tive dias lá que morreram três de uma vez, numa UTI de nove pacientes ... Então foi assim ... uma coisa que eu nunca tinha vivido ... e eu cheguei a chorar mesmo ... foi uma época que nós nos sentimos ... fora do controle ... Então eu acho que acabou trazendo ... uma pouco de frustração em relação à eficácia ... da área da saúde...” (Silva)

Além das dificuldades enfrentadas, foi mencionada a percepção que as profissionais tiveram sobre a importância da presença da família para se despedir dos pacientes em processo de morte:

“... Eu acho que ficaram mais ... sensibilizados com a questão, em relação à morte. Porque, tanto pela família ... não poder estar ali e viver o luto, quanto pelo próprio profissional também ... de estar vivendo aquele tipo de situação ... ali na UTI ...” (Rosa)

“... Essa questão da pandemia mexeu muito com essa estrutura ... que eu achava que tinha. Porque a gente acaba se colocando ... no lugar da pessoa, e um caso específico mexeu muito porque eu estava ali, vendo um pai se despedindo do filho, da esposa, passando conta de banco ... e depois ele virar pra gente e pedir para ... cuidar dele, pra não deixar ele morrer, mexeu muito comigo ...” (Marcio)

Porém também foram referidos elementos considerados positivos, como a gratidão à vida:

“... Hoje eu vivo a vida com o sentimento único de agradecer o hoje, sabe? Porque foram... tantos mortos, foram tantas coisas, que hoje o suspiro que eu dou, eu agradeço a Deus. Eu mudei a minha forma de ver a vida. Hoje eu sou mais grata a Deus ...” (Lilica)

Em contrapartida aos relatos anteriores, uma das participantes chama a atenção em um trecho de sua fala por expor que algumas profissionais se tornaram insensíveis à morte nesse período, devido ao grande número de pacientes que passaram por esse processo, o que pode ser percebido como uma tentativa de se protegerem do sofrimento a que estavam expostas:

“... De tanto vivenciar esse processo de pandemia, tantos óbitos ... acaba que ... eu não digo que anestesiou, mas parece que a gente ficou insensível à morte, entendeu? Insensível naquele momento ali ... era tanta ... tanta luta ... para tentar salvar um e, às vezes, evoluindo três ... quatro no dia ... aí acaba que, se você fosse sofrer por todo mundo que estava morrendo, você não conseguia nem entrar ali ... naquela instituição ... você percebe que algumas pessoas se tornaram mais insensíveis ...” (Lilica)

Em relação ao que foi exposto pelas profissionais, Silva, Pereira e Medeiros (2022) alertam para o fato de que a enfermagem vivenciou várias inseguranças em sua rotina durante a pandemia devido às mortes que presenciava diariamente, levando a dificuldades em lidar com o luto, sendo necessário nesse contexto um cuidado em relação à dor da perda para reduzir os sentimentos negativos gerados nestas profissionais.

Esse cuidado direcionado a estas trabalhadoras deve ser realizado por parte das instituições, que deve promover medidas voltadas para o bem estar geral de seus funcionários no ambiente de trabalho. Discutiremos na sequência como isto ocorre na instituição pesquisada.

Percebe-se ainda, na narrativa das entrevistadas, que além do aumento do sofrimento devido à morte dos pacientes durante a pandemia, foi mencionada a sensação de frustração, o que segundo Paula *et al.* (2020), mostra que as instituições também precisam se atentar para as carências profissionais nesse sentido, que podem ser associadas às suas vivências durante a pandemia ou inclusive causadas pela ausência de aprofundamento dos temas relacionados à morte e ao morrer em sua formação, como será apontado posteriormente.

5.7 Estratégias para melhorar o processo de lidar com a morte e o luto no contexto da UTI

O fato de lidarem com pacientes em processo de morte com certa frequência em sua rotina levou estas profissionais a criarem algumas estratégias de enfrentamento, como uma forma de defesa para realizarem suas funções com qualidade e tentarem se proteger do possível sofrimento. Entre as estratégias mais utilizadas foram citadas o distanciamento do paciente e seus familiares, a busca pela fé/ religião, tentarem estar bem consigo mesmas, esforçarem-se para não pensar nos pacientes fora da instituição e apoiarem-se nas colegas. Sob essa perspectiva, os relatos a seguir chamam a atenção:

“... Acaba assim ... você não querendo envolvere além de você ter que ter um suporte para você oferecer para as pessoas ... para sua equipe e ao mesmo tempo você tem ... que tentar se blindar, de uma forma ou de outra para você não se abater Eu costumo me apegar às orações, às preces, apegar à fé ... para poder conseguir suportar e vivenciar esse processo ...” (Lilica)

“... A gente sempre acaba que ... se apoia nos colegas de trabalho também ... tem pessoas que tem uma paz, uma espiritualidade muito grande que isso também ajuda ... Às vezes você conversa ... já passa um pouco ... isso consegue tranquilizar, confortar ...” (Gustavo)

“... Eu me envolvo bem menos e, eu tento sair dali e não comentar a respeito do meu trabalho ... eu tento esquecer aquele dia que passou para estar pronta para o próximo dia, porque a gente não tem muito tempo entre um óbito e outro ... de você se reerguer ... acho que tenho me envolvido menos com o paciente para evitar esse sofrimento ...” (Valentina)

“... Eu fui criando uma certa ... resistência ou ficando duro, mas você cria um mecanismo de defesa porque a gente lida muito próximo com isso, e se a gente deixar se influenciar por esse sentimento, a gente tem ... pode ter um dano ... Eu tento me envolver o mínimo possível com a história do paciente ...” (Márcio)

Conforme exposto durante as entrevistas, Rosemarque e Silva (2017) afirmam que diante dos processos que envolvem a morte, os membros da equipe de enfermagem que atuam em ambientes de alta complexidade procuram apoio nos companheiros mais experientes e também em suas convicções religiosas.

Em concordância, Barbosa e Massaroni (2016) acrescentam que os profissionais de saúde elaboram formas de enfrentamento para conviver com esses eventos em sua rotina, utilizando-se da espiritualidade, banalização e distanciamento em relação ao paciente, como é abordado nestas narrativas das participantes desta pesquisa:

“... Quando o médico tem que dar a notícia para o familiar ... sobre o óbito do ente querido que estava hospitalizado, eu procuro nem ficar perto, que até hoje eu não acostumei com esse ... com esse fato, com essa realidade...” (Silva)

“... Não fico ali, sentindo aquela dor do familiar, vivenciando ali. Mas é difícil, às vezes a gente dá uma chorada, dependendo do caso ... tem jeito não ... e depende muito de como está o emocional da gente no dia também ... porque você sabe ... às vezes você está bem, às vezes você não está ... e quando você vê, já está envolvida. Então eu procuro dar uma fugida mesmo ... afastar ...” (Vilma)

Fica claro na fala da maioria das entrevistadas, a tentativa de evitar o envolvimento com os pacientes e familiares, para se preservarem. Entretanto, Lopes *et al.* (2020) esclarecem que não é possível se distanciar completamente e não se envolver emocionalmente com o paciente, apesar de haver um esforço nesse sentido.

Para Vicensi (2016), o primeiro passo para ajudar estas profissionais a lidarem com os pacientes em processo de morte e com os próprios sentimentos despertados nestas situações é entender que elas são seres humanos, envoltas num complexo de emoções e responsabilidades.

Assim, para que estas trabalhadoras possam desempenhar suas funções com qualidade e evitar danos pessoais como o adoecimento devido ao desgaste emocional provocado pelo trabalho, devem receber apoio adequado.

Segundo Barbosa e Massaroni (2016), as instituições de saúde são negligentes em relação ao apoio psicológico que deveriam oferecer aos seus profissionais, prejudicando a sua saúde mental, o cuidado ao paciente e o funcionamento do setor. Esta afirmativa endossa os achados desta pesquisa neste quesito, pois quando questionadas a respeito da existência de um espaço de acolhimento, compreensão ou um cuidado por parte da instituição para as profissionais de enfermagem nesse aspecto, 75% das participantes declararam a ausência deste, como percebemos em algumas narrativas:

“... Não existe e eu acho que seria de extrema importância, para toda a equipe. Não só da equipe de enfermagem, mas para todo o pessoal, porque acaba que afeta todo mundo... Alguns de uma forma menor, outros de uma forma maior, mas não tem nenhum tipo de acolhimento ...” (Rosa)

“... A instituição não está preocupada com o profissional que está cuidando ... quer o serviço ... eu não sei se tem algum setor ... que preocupa com o profissional que está ali lidando com o paciente, que perdeu o paciente ... Mas nós tivemos em época de pandemia ... uma psicóloga que ia lá ... e fazia atendimento. Foi bem bacana, ajudou muito... Ai depois não foi mais ... mas a gente não tem acolhimento nenhum ...” (Vilma)

Algumas profissionais chamam a atenção para a existência deste cuidado e apoio somente para a família dos pacientes, enquanto elas próprias precisam encontrar formas de superar suas dificuldades sozinhas:

“... Tem só o apoio para a família... que a instituição oferece ... um apoio com a psicóloga, assistente social. Mas o suporte para a enfermagem, não. Cada um tem que superar seus medos, suas frustrações, suas inseguranças sozinho ... Então assim ... morreu acabou, essa é a imagem que eu tenho do hospital ...” (Marisa)

“... E não é só um problema deste hospital. Infelizmente as instituições de saúde hoje têm um acolhimento para a família, mas para o profissional a gente não tem nenhum programa voltado para questão do luto ... cada profissional acaba estabelecendo um mecanismo de defesa para poder lidar com essa situação ...” (Marcio)

Percebemos nas falas das entrevistadas uma queixa referente à ausência de suporte institucional e por parte da equipe de psicologia da instituição. Conforme relatam Barros, Pereira e Barros (2017), é comum que as psicólogas que atuam no contexto hospitalar acreditem que sua função seja relacionada apenas ao cuidado do paciente e seus familiares, raras vezes se atentando para a necessidade de promover uma escuta junto aos membros da equipe.

Nessa perspectiva, Vieira e Waischunng (2018) esclarecem, através de uma pesquisa realizada a respeito da atuação do psicólogo hospitalar em UTI, que o objeto de interesse da Psicologia Hospitalar não deveria se resumir ao paciente, mas abranger também os familiares, cuidadores e os profissionais de saúde, sendo que esses últimos precisam de ajuda para manter um relacionamento saudável com o paciente em fim de vida e seus familiares, impedindo que os sentimentos destes influenciem negativamente em sua saúde emocional.

Nota-se, a partir disso, uma demanda de mudança na visão dos psicólogos hospitalares e da gestão institucional, para que promovam ações voltadas também para o bem estar dos profissionais nesse aspecto. Nesse sentido Lopes *et al.* (2020) acrescentam que o fato das instituições priorizarem as práticas curativas e não capacitarem a profissional para a morte, acaba deixando-as expostas a formas de enfrentamento insatisfatórias frente a esta situação.

É importante perceber os fatores que podem interferir na relação das profissionais da saúde com o processo da morte para criar reflexões a esse respeito, facilitando essa convivência. Para que isto ocorra, é importante para a equipe entender a morte como parte do ciclo vital; melhorar o seu conhecimento a respeito desse tema e evitar superestimar os cuidados técnicos em oposição aos aspectos psicológicos, sociais e emocionais (Barbosa; Massaroni, 2016).

Entretanto, estas medidas são bastante complexas para que estas trabalhadoras as realizem por conta própria e sem algum tipo de apoio. Por isso estas iniciativas deveriam ser colocadas em prática pelas instituições, para garantir a saúde das equipes que atuam em setores que lhes deixam frente à situações capazes de lhes causar danos psicológicos ou emocionais devido ao contato frequente com o sofrimento e a morte dos pacientes, como ocorre na UTI.

Uma questão a ser observada sob esse ponto de vista é que, embora houvesse interesse em pensar ações em vários níveis referentes a melhorias possíveis em relação ao contato com a

morte e elaboração do luto por estas trabalhadoras, durante as entrevistas suas respostas apontaram para a questão institucional, o que mostra que elas têm consciência de que estes aspectos não dizem respeito apenas a dificuldades pessoais.

Outro fato importante a ser analisado é que, além de não receberem este suporte institucional, as profissionais também relatam esta carência em sua formação, que não as prepara para enfrentar uma realidade em que precisam lidar com a morte dos pacientes em sua rotina, como exposto abaixo:

“... Eu vejo que é de extrema importância pra gente tentar trabalhar isso, eu vejo que nossas faculdades pecam um pouco ... em trabalhar o emocional dos profissionais ... Muitas vezes tem pessoas ... da equipe totalmente descompensadas p e l o fato do paciente evoluir para um desfecho desfavorável. Então essa questão ... tem que ser trabalhada ...” (Lilica)

“... Eu era muito nova quando eu comecei a trabalhar, e eu acho que ... quando a gente está ... estudando, a gente fala muito sobre o processo da morte, mas ... é só vivendo mesmo. Eu lembro de ter estudado, mas ... você não sai preparado para lidar com a morte e eu nem sei se existe como melhorar isso, do aluno sair mais bem preparado. E eu sofri muito no começo ...” (Valentina)

Essa necessidade é confirmada por Rosembarque e Silva (2017), quando apontam que, apesar da morte fazer parte da rotina das profissionais de enfermagem que atuam em setores de média e alta complexidade, percebe-se uma deficiência referente a este tema em sua formação, seja em nível técnico ou superior, pois o ensino é voltado para a manutenção da vida.

Em concordância, Silveira *et al.* (2016) acrescentam que o modelo biomédico utilizado pode influenciar na maneira como as trabalhadoras da saúde lidam com os sentimentos despertados pela morte dos pacientes, pois recebem uma formação direcionada para a cura. Esse problema é reafirmado por Paula *et al.* (2020), ao mostrarem que a dificuldade enfrentada pela enfermagem ao lidar com o processo da morte é gerada pelo déficit destes estudos nos cursos de formação e na manutenção de padrões de cuidados orientados para o molde biomédico e tecnicista, levando as profissionais ao sofrimento quando se deparam com a morte em sua prática laboral.

Lopes *et al.* (2020) complementam que, quando este tema é abordado nas instituições de ensino, isto ocorre de maneira rápida e sem aprofundamento, sendo o foco da educação direcionado para a doença, deixando as profissionais despreparadas para a realidade que enfrentam no ambiente hospitalar.

Como solução para essas dificuldades encontradas no ambiente educacional e profissional, Vicensi (2016) salienta a importância de discutir a respeito do processo de morrer

e sobre a morte durante a formação das trabalhadoras da área da saúde, para que estas possam percebê-los como eventos naturais que estão inclusos na vida. Lopes *et al.* (2020) discorrem sobre a necessidade de se discutir à respeito desse tema na formação das profissionais, além de implantar ações por parte das instituições de saúde que tenham como objetivo melhorar o cuidado ao paciente em fim de vida e auxiliar a equipe a compreender e enfrentar este processo com menos dificuldades, o que pode ser facilitado através de medidas de educação permanente e capacitação.

Nesse sentido, durante as entrevistas foi proposto pelas participantes as seguintes medidas que podem ser desenvolvidas pela instituição em que atuam, para melhorar sua convivência com o processo da morte dos pacientes e o luto decorrente: a implantação do acompanhamento psicológico às profissionais; promover oficinas, capacitações e palestras sobre o tema; criar momentos de descontração para a equipe fora do setor, com brincadeiras e jogos; garantir o dimensionamento adequado da equipe para que as profissionais possam participar desses momentos sem deixar o paciente desassistido.

Diante do exposto através das entrevistas e dos achados na literatura, percebe-se a necessidade das profissionais de enfermagem também receberem um cuidado humanizado³ relacionado ao processo da morte e à vivência do luto. Para isso, é necessário que ocorra uma mudança por parte das instituições de ensino e de saúde, abordando estes assuntos de forma mais aprofundada tanto na formação quanto no cotidiano laboral, para permitir que os estudantes e profissionais se tornem mais preparados e recebam apoio adequado para realizarem suas funções de forma saudável e com qualidade.

³ Esse termo é usado com frequência nos contextos hospitalares, mas direcionado apenas para os pacientes e seus familiares.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, foi possível perceber que o fato destas profissionais lidarem com certa frequência com a morte dos pacientes provoca-lhes emoções diversas, que nem sempre elas têm oportunidade de perceber devido ao ritmo acelerado do setor em que atuam, que a maioria delas considera que esse contato repercute de alguma forma na sua vida pessoal e profissional, sendo que entre os sentimentos mais citados neste aspecto estão a frustração e a tristeza. Além disso, foi observado que não existe espaço institucional para a elaboração do luto decorrente da morte dos pacientes, por parte das profissionais, em sua jornada de trabalho, o que pode deixá-las expostas a danos psicológicos e emocionais.

Como uma forma de se protegerem, elas utilizam de estratégias de enfrentamento para lidarem com estas situações e, entre as mais utilizadas estão as tentativas de manter o distanciamento do paciente e seus familiares; a busca pela fé/ religião; o esforço para ficarem bem consigo mesmas; não pensarem nos pacientes fora da instituição e a procura por apoio nas colegas de trabalho.

Todas as profissionais entrevistadas informaram que sua forma de lidar com a morte dos pacientes modificou-se ao longo do tempo de profissão, sendo que atualmente a maioria sente algum tipo de conforto com o cuidado prestado ao paciente, enxerga a morte como algo natural e tenta evitar o sofrimento causado por este contato. Entretanto, algumas trabalhadoras alegaram que se tornaram mais sensíveis à morte dos pacientes com o tempo e que, hoje em dia, essa situação lhes provoca um sofrimento maior.

O convívio das profissionais de enfermagem com a morte dos pacientes foi ampliado durante a pandemia da COVID-19 e, para a maior parte das participantes desta pesquisa, isso provocou mudanças na forma de experienciarem a morte dos pacientes e a vivência do luto a ela associada, sendo que houve o aumento do sofrimento e da sensação de frustração, além de perceberem-se mais sensibilizadas e fragilizadas nesse período. Foi também percebido por elas a importância da presença da família para se despedir dos pacientes em processo de morte, já que isso não era possível devido ao risco de contaminação. Outra alteração notada foi que algumas profissionais se tornaram insensíveis à morte nesta época, o que pode ser entendido como uma tentativa de se protegerem do sofrimento a que estavam expostas. Como um elemento considerado positivo diante das dificuldades enfrentadas, foi citado o surgimento do sentimento de gratidão à vida por parte de algumas profissionais.

Em relação ao aspecto institucional, foi percebido a ausência de um suporte psicológico e emocional direcionado à estas trabalhadoras, o que poderia auxiliá-las a lidarem com as

complexidades diante do contato frequente com a morte dos pacientes. Esta questão está intimamente relacionada ao fato de as instituições hospitalares manterem suas prioridades voltadas para a cura e manutenção da vida.

Outra problemática observada foi a carência na formação destas profissionais, causada pelo fato de as instituições de ensino também direcionarem seu foco somente para as práticas curativas, não preparando as futuras profissionais para enfrentarem uma realidade em que precisem lidar com a morte dos pacientes.

Para que estas questões sejam resolvidas, faz-se necessário uma mudança por parte das instituições de ensino, que devem incluir estes temas relacionados ao processo da morte e a vivência do luto pelos profissionais em seus programas; e também pelas instituições de saúde, promovendo capacitações e ações de educação permanente voltadas para estes conteúdos, proporcionando um maior preparo e amparo para estas trabalhadoras e diminuindo assim as possibilidades de sofrimento e danos causados pelo contato com a morte dos pacientes.

Esta pesquisa teve como limitação o fato de ser realizada na UTI de apenas um hospital e com uma amostra de 08 profissionais de enfermagem, pois entende-se que um maior número de hospitais e de profissionais participantes permitiria ampliar os dados encontrados para análise. Espera-se que este estudo incentive outras investigações nesta área, com o objetivo de promover a saúde e o bem estar destas trabalhadoras em seu ambiente de trabalho.

Pretende-se oferecer uma devolutiva para a instituição pesquisada, em relação a aspectos de cuidados que poderiam ser oferecidos às profissionais de enfermagem da UTI Adulto, no sentido de promover um espaço para melhor elaboração do luto e de suas vivências no contexto de trabalho e disponibilizar uma mini cartilha construída como produto técnico desta pesquisa, contendo os tópicos principais encontrados no estudo, para incentivar as chefias a pensarem nas sugestões apresentadas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, I. R.; VELOSO, T. M. C.; PINHEIRO, A. K. B.; XIMENES, L. B. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. **Acta Paulistana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 131-7, 2006. DOI 10.1590/S0103-21002006000200002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 out. 2020.
- ALVIM, C. C. E.; SOUZA, M. M. T.; GAMA, L. N.; PASSOS, J. P. Relação entre processo de trabalho e adoecimento mental da equipe de enfermagem. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, Vassouras, v. 7, n. 1, p. 12-16, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/rfeu/article/view/918>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Tradução: Priscila Vianna de Siqueira. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1977.
- ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Tradução: Luiza Ribeiro. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2014.
- BARBOSA, A. M. G. C.; MASSARONI, L. Convivendo com a morte e o morrer. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 457-463, fev. 2016. DOI 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201611. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10977/12315>. Acesso em: 16 fev. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARRETO, M.; BERENCHTEIN NETTO, N.; PEREIRA L. B. **Do assédio moral a morte de si**: significados sociais do suicídio no trabalho. 1. ed. São Paulo: Editora Matsunaga, 2011.
- BARROS, C. C. S.; ROCHA, E. L.; SILVA, A. F.; RODRIGUES, P. M. S.; SOARES, J. O.; SILVA, A. V.; LIMA, V. L. A. Enfrentamento da enfermagem diante do processo de morte e morrer: revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 27, p. 1-7, 2019. DOI <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.408>. Disponível em <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/408>. Acesso em: 18 nov. 2020.
- BARROS, C. R.; PEREIRA, M. de S.; BARROS, V. A. de. Intervenção psicossociológica no campo do trabalho: pesquisar e intervir. In: VIERA-SILVA, M.; DALLA VECCHIA, M.; PAIVA, F. S.; CARDOSO, L. F. V.; MAZINI, J. C.; MACHADO, M. M. **Democracia, política e psicologia social**: rupturas e consolidações. Florianópolis: ABRAPSO, 2017. p. 139-154. (Coleção Encontros em Psicologia Social, v. 2).
- BORGES, M. S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 324-331, 2012. DOI 10.1590/S0034-71672012000200019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672012000200019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 nov 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decree/d7602.htm. Acesso em: 2 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus Brasil**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 7 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em 03 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 2 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde do trabalhador**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família, 5).

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006. DOI 10.1590/S1413-294X2006000200010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2006000200010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. [Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos]. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. [Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ...]. Brasília, DF: CNS, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

COSTA, D.; LACAZ, F. A. de C.; JACKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013. DOI 10.1590/S0303-76572013000100003. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbso/a/8j9nbYrQgSd7kjKs4tBqJMk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 jan. 2022

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. Traduzido por G. A. R. Mello Neto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-371, jul./set. 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000300002>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pe/a/ZCgmnvttLdFqdzFb3tdZ3zt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2023

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. da C. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciencia e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005. DOI 10.1590/S1413-81232005000400007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Sx46hbnFVtzBJgXygs5FjJg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 mar. 2022.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 31-43, 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100007> Disponível em <https://www.scielo.br/j/pe/a/ZCgmnvttLdFqdzFb3tdZ3zt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2023.

ENGELS, F. O papel do trabalho na transformação do macaco em homem. **Revista Trabalho Necessário**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 1-19, 2006. DOI <https://doi.org/10.22409/tn.4i4.p4603>. Disponível em: <https://www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-colecoes/marx-e-engels/sobre-o-papel-do-trabalho-na-transformacao-do.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2022.

FERNANDES, G. T.; ALVES, L. N.; CUNHA, L. S.; MONTEIRO, M. C.; BATISTA, R. S. Tecnologia de ponta em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e sua influência na humanização do cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro: [s. n.], 2010. p. 1-16. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-936140>. Acesso em: 25 out. 2020.

GOMEZ, C. M. Introdução. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Comp.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 23-34.

HEMEROTECA SINDICAL BRASILEIRA. **Para saber das coisas**. Falando da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e das doenças relacionadas ao trabalho. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2005. Cartilha e guia de fontes para radialistas.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010. DOI <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20104420429>. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf. Acesso em: 1 jun. 2021.

KOVÁCS, M. J.; VAICIUNAS, N.; ESSLINGER, I.; SOUZA, T. M. Cuidando do Cuidador em UTIs Pediátrica e Neonatal. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 24-30, 2008.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-498679>. Acesso em: 25 out. 2020.

LACAZ, F. A. C.; GOULART, P. M.; SOUZA, E. A. de, TRAPÉ, C. A. ; MOITA, D.; MOTA-SOUSA, G.; RIBEIRO, B. C. O campo Saúde do Trabalhador nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4843-4852, 2020. DOI 10.1590/1413-812320202512.21292020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/K53bBt9rL5jfQbHcrWSdWMQ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 28 dez. 2021.

LACAZ, F. A. C.; TRAPÉ, A.; SOARES, C. B.; SANTOS, A. P. L. dos. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 75-87, jan./mar. 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sspcm6FMMXWRV6K6g9HkSjn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. Trad. E. D. Nunes. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

LEÃO, L. H. da C.; VASCONCELLOS, L. C. F. de. Nas trilhas das cadeias produtivas: reflexões sobre uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 107-121, 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/HPDxLQ4pFPz4p7DXc8BNkYq/abstract/?lang=pt>. Acesso em 28 dez. 2021.

LIMA, A. B. S.; OLIVEIRA, L. P.; SÁ, K. V. C. S.; SILVA, E. L.; CALDAS, A. J. M.; ROLIM, I. L. T. P. Sentimentos e percepções da enfermagem frente ao processo de morte e morrer: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa em Saúde**, [São Luís], v. 17, n. 2, p. 116-121, 2016. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6093>. Acesso em: 20 out. 2020.

LOPES, M. F. G. L.; MELO, Y. S. T.; SANTOS, M. W. C. L.; OLIVEIRA, D. A. L.; MACIEL, A. M. S. B. Vivências de enfermeiros no cuidado às pessoas em processo de finitude. **Revista Ciência Plural**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 82-100, 2020. DOI <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n2ID18828>. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18828>. Acesso em: 20 out. 2020.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VZp6G9RZWNnhN3gYfKbMjvd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 dez. 2021.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed.

São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Histórico da pandemia de COVID-19**. [S. l.]: OMS/OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 7 mar. 2022.

PAULA, G. S.; GOMES, A. M. T.; FRANÇA, L. C. M.; ANTON NETO, F. R. A.; BARBOSA, D. J. A enfermagem frente ao processo de morte e morrer: uma reflexão em tempos de Coronavírus. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 10, n. esp., e20104018, 2020. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1104066/13-a-enfermagem-frente-ao-processo-de-morte-e-morrer-uma-refle_eaHsaZB.pdf. Acesso em: 6 mar. 2022.

PEREIRA, M. Trabalho, vida e adoecimento: as múltiplas faces da violência contra trabalhadores. *In*: FERNANDES, C. A. **A violência na contemporaneidade: do simbólico ao letal**. São Paulo: Intermeios, 2017. p. 85-111.

RAFAGNIN, M. S. S.; RAFAGNIN, T. R. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: uma reflexão sobre a gestão da saúde e doença da classe que vive do trabalho. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 57, p. 88-102, jul./dez. 2020. DOI <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.15069>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/15069>. Acesso em: 29 dez. 2021.

ROSEMBARQUE, J. O. C.; SILVA, P. S. da. Morte: reflexões para o cuidado de enfermagem no espaço hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, p. 3662-3671, set. 2017. Suplemento 10. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320002508_MORTE_REFLEXOES_PARA_O_CUIDADO_DE_ENFERMAGEM_NO_ESPACO_HOSPITALAR. DOI 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201720. Acesso em: 25 fev. 2022.

SANTOS, J. L. dos; CORRAL-MULATO, S.; BUENO, S. M. V. Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 3, p. 199-203, 2014. DOI 10.25110/arqsaude.v18i3.2014.5196. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317258102_MORTE_E_LUTO_A_IMPORTANCIA_DA_EDUCACAO_PARA_O_PROFISSIONAL_DE_SAUDE. Acesso em: 10 nov. 2020.

SILVA, C. R. L. da; ABRÃO, F. M. da S.; OLIVEIRA, R. C. De; LOURO, T. Q.; MOURA, L. da F.; SILVA, R. C. L. da. Representações sociais de enfermeiros sobre o processo de morte e morrer em UTI. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 474-481, jul./set. 2016. DOI <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i3.32345>. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/32345>. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v15i3.32345. Acesso em: 25 fev. 2022.

SILVA, D. F. L. P.; PEREIRA, J. A.; MEDEIROS, G. G. As consequências da pandemia do coronavírus e o luto na enfermagem. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Valparaíso de Goiás, v. 11, n. 1, p. 5-15, jan./mar. 2022. DOI <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n1.p5a15>. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/843>. Acesso em: 5 mar. 2022.

SILVEIRA, N. R.; NASCIMENTO, E. R. P.; ROSA, L. M.; JUNG, W.; MARTINS, S. R.; FONTES, M. S. Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 69, n. 6, p. 1074-1081, 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016->. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vkn9GX7YMBcq7k3RdvwvTxk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

VASCONCELLOS, L. C. F. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 179-198, 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/F9KkXdfgXNdTpmRXGJR4L9s/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

VASCONCELLOS, L. C. F.; AGUIAR, L. Saúde do trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 605-617, abr./jun. 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711320>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LfrcYhb3bt7fHkD6gbzfy9f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

VICENSI, M. do C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241107>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/ydFpPTkNrgW7fY4djHrLXXk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

VIEIRA, A. G.; WAISCHUNNG, C. D. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.132-153, jan./jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100008. Acesso em: 21 maio 2023.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Estado Civil: _____
3. Tem filhos? () Sim. Quantos? _____ () Não
4. Nível de escolaridade: _____
 () nível médio/ técnico – Área: _____
 () superior incompleto () superior completo – Área: _____
 () especialização incompleta () especialização completa – Área: _____
 () mestrado incompleto () mestrado completo – Área: _____
 () doutorado incompleto () doutorado completo – Área: _____
 Outro: _____
5. Função exercida na UTI adulto:
 () auxiliar de enfermagem () técnica de enfermagem () enfermeira
6. Há quanto tempo atua na enfermagem? _____
7. Há quanto tempo atua na UTI adulto? _____
8. Há quanto tempo atua no HC UFU? _____
9. Em qual UTI Adulto você trabalha?
 () UTI Cirúrgica () UTI Neurológica () UTI Geral
 () UTI Coronariana () UTI COVID
10. Qual o seu turno de trabalho?
 () manhã () tarde () noite
11. Qual a sua jornada de trabalho?
 () 06 horas diárias () 12x36 horas () outro
12. Qual o seu vínculo empregatício com o Hospital de Clínicas?
 () UFU () FAEPU () EBSEH
13. Tem outro vínculo empregatício atualmente?
 () Não () Sim. Qual? _____

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

1. Conte-me a respeito do seu trabalho.
 - Quais atividades você realiza?
2. Quais são os aspectos mais marcantes do seu trabalho?
3. Você já teve que lidar com a morte de algum paciente? Com que frequência isso acontece na sua rotina profissional?
4. Como é vivenciado o processo de morte de pacientes dentro da unidade?
5. Quando a morte de um paciente é vivida com sofrimento mais ou menos intenso por você?
6. Quais estratégias você utiliza para lidar com essa situação?
 - O que te ajuda nessa situação?
 - Quais recursos você acredita que lhe são úteis para lidar com estes sentimentos?
 - Quais elementos você considera que dificultam lidar com essa questão?
7. Você considera que esse contato com o processo da morte dos pacientes repercute de alguma forma na sua vida pessoal e/ou profissional? De que forma?
8. Sua forma de lidar com a morte dos pacientes se modificou ao longo do seu tempo de trabalho?
 - O que mudou? Quais fatores contribuíram para isso?
 - Houve mudança na forma como você lidava com essa situação no início de sua carreira profissional e como lida atualmente?
9. Como você descreveria o processo de elaboração do luto decorrente da morte de pacientes, pela equipe?
10. O que você acha que poderia melhorar o processo de elaboração do luto na unidade/setor?
 - Individual
 - Coletivo (equipe)
 - Institucional
11. Você acredita que existe espaço de acolhimento, compreensão e/ou cuidado na instituição para os profissionais da enfermagem neste aspecto?
12. Como você acredita que a instituição pode auxiliar esses profissionais a lidarem com essas questões da melhor forma possível?
 - sugestões concretas
 - exemplos (negativos/positivos)
13. Você gostaria de acrescentar alguma outra informação?

APÊNDICE C - CARTILHA

✓ Sugestões feitas pelas profissionais de enfermagem para melhorar sua convivência com o processo da morte dos pacientes e o luto decorrente:

- ◆ a implantação do acompanhamento psicológico às profissionais;
- ◆ promover oficinas, capacitações e palestras sobre o tema;
- ◆ criar momentos de descontração para a equipe fora do setor, com brincadeiras e jogos;
- ◆ garantir o dimensionamento adequado da equipe para que as profissionais possam participar desses momentos sem deixar o paciente desassistido.

✓ Diante do exposto, percebe-se a necessidade das profissionais de enfermagem também receberem um cuidado humanizado, que proporcione um maior preparo e amparo para estas trabalhadoras, diminuindo assim as possibilidades de sofrimento e danos causados pelo contato com a morte dos pacientes.

REFERÊNCIAS

BARROS, C. C. S.; ROCHA, E. L.; SILVA, A. F.; RODRIGUES, P. M. S.; SOARES, J. O.; SILVA, A. V.; LIMA, V. L. A. Enfrentamento da enfermagem diante do processo de morte e morrer: revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 88, n. 27, p.1-7, 2019. Disponível em <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/408>. Acesso em 18 nov 2020.

FERNANDES, G. T.; ALVES, L. N.; CUNHA, L. S.; MONTEIRO, M. C.; BATISTA, R. S. Tecnologia de ponta em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e sua influência na humanização do cuidado de enfermagem. *s.n.*, p. 1-16, 2010

KOVÁCS, M. J.; VAICIUNAS, N.; ESSLINGER, I.; SOUZA, T. M. Cuidando do Cuidador em UTIs Pediátrica e Neonatal. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 24-30, 2008. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-498679>>. Acesso em: 25 out 2020.

LIMA, A. B. S.; OLIVEIRA, L. P.; SÁ, K. V. C. S.; SILVA, E. L.; CALDAS, A. J. M.; ROLIM, I. L. T. P. Sentimentos e percepções da enfermagem frente ao processo de morte e morrer: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa em Saúde*, v. 17, n. 2, p. 116- 21, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.eletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6093>>. Acesso em: 20 out 2020.

BARROS, C. R. PEREIRA, M. DE S. E BARROS, V. A. De *Intervenção psicossociológica no campo do trabalho: pesquisar e intervir*. In: VIERA-SILVA, M.; DALLA VECCHIA, M.; PAIVA, F. S.; CARDOZO, L. F. V.; MAZZINI, J. C.; MACHADO, M. M. *Democracia, política e psicologia social: rupturas e consolidações*. p.139-154. Florianópolis: ABRAPSO, 2017. *Coleção Encontros em Psicologia Social* (vol. 2).



O PROCESSO DA MORTE E A VIVÊNCIA DO LUTO NA UTI ADULTO E SUAS REPERCUSSÕES NAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM



Elaborado por

Junia Eustáquio Marins

Orientadora

Profª. Dra. Maristela de Souza Pereira

✓ A UTI é um setor onde se encontram pacientes graves que necessitam de tecnologia avançada e cuidados especializados durante 24 horas diárias (FERNANDES *et al.* 2010), sendo comum os seus profissionais terem contato com a morte dos pacientes e desenvolverem compreensões diferentes diante desse evento (LIMA *et al.*,2016).

✓ A equipe de enfermagem é a que mais sofre pelo fato de estar em contato direto e contínuo com o sofrimento dos pacientes (KOVACS *et al.*,2008), ficando exposta a condições propícias ao seu adoecimento físico e psicológico (BARROS *et al.* 2019).

✓ Esta pesquisa é voltada para as profissionais de enfermagem por se considerar que estas se relacionem mais diretamente com o paciente durante a assistência prestada e por permanecerem mais tempo em contato direto com ele.

✓ Dentre as oito profissionais da enfermagem entrevistadas, 62,5% eram do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino, reproduzindo a constatação de uma maioria feminina nesta área.

✓ Todas as entrevistadas afirmaram que já tiveram que lidar com a morte de algum paciente e 62,5% destas relataram que isto ocorre com uma frequência alta ou até mesmo diária.

✓ A totalidade das participantes desta pesquisa afirma que não existe espaço para a elaboração do luto decorrente da morte dos pacientes, por parte das profissionais e da equipe durante sua jornada de trabalho, devido ao ritmo acelerado do setor em que atuam.

✓ 62 % consideram que o contato com o processo da morte dos pacientes repercute de alguma forma na sua vida pessoal e profissional.

✓ A média de tempo de atuação na enfermagem das participantes desta pesquisa é de 20 anos na área e todas informaram que sua forma de lidar com a morte dos pacientes modificou-se ao longo do tempo de profissão.

✓ Os sentimento mais percebidos na atualidade são conforto pelo cuidado prestado, visão da morte com naturalidade e tentativas de evitar o sofrimento.

✓ Entretanto, 37,5% das trabalhadoras alegaram que atualmente a morte dos pacientes lhes provoca um sofrimento maior.

✓ Na visão de aproximadamente 87% das entrevistadas, o período da pandemia provocou mudanças na forma de experienciar a morte dos pacientes e a vivência do luto a ela associada.

✓ Os sentimentos mais citados neste aspecto foram a tristeza e o sofrimento, seguidos pela vulnerabilidade das profissionais, a frustração em relação à atuação profissional.

✓ Entre estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas profissionais para evitarem o sofrimento estão: o distanciamento do paciente e seus familiares; a busca pela fé/ religião; tentarem estar bem consigo mesmas; esforçarem-se para não pensar nos pacientes fora da instituição e apoiarem-se nas colegas.

✓ No quadro a seguir, podemos observar resumidamente os problemas observados durante a pesquisa realizada e suas possíveis causas:

Problemas observados	Possíveis causas
75% das participantes declararam a ausência de um suporte psicológico e emocional direcionado à estas trabalhadoras por parte da instituição.	Esta questão está intimamente relacionada ao fato de as instituições hospitalares manterem suas prioridades voltadas para a cura e manutenção da vida.
Queixa referente a existência deste cuidado e apoio somente para a família dos pacientes	É comum que as psicólogas que atuam no contexto hospitalar acreditem que sua função seja relacionada apenas ao cuidado do paciente e seus familiares. (Barros, Pereira e Barros, 2017)
As profissionais relatam uma carência em sua formação, que não as prepara para enfrentar uma realidade em que precisam lidar com a morte dos pacientes em sua rotina	As instituições de ensino também direcionam seu foco somente para as práticas curativas.

Propostas para resolução:

✓ As instituições de saúde, devem promover capacitações e ações de educação permanente voltadas para estes conteúdos;

✓ As instituições de saúde e a equipe de psicologia hospitalar devem se atentar para a necessidade de promover uma escuta junto aos membros da equipe;

✓ As instituições de ensino devem incluir estes temas relacionados ao processo da morte e a vivência do luto pelos profissionais em seus programas.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**O processo da morte e a vivência do luto na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e suas repercussões nas profissões de enfermagem**”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Junia Eustáquio Marins, mestrande, e Dra Maristela de Souza Pereira, docente e orientadora desta pesquisa, ambas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT), do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Nesta pesquisa buscamos compreender como os profissionais de enfermagem vivenciam o luto frente à morte dos pacientes na UTI Adulto do Hospital de Clínicas da UFU e suas repercussões para estes indivíduos. Para isso, serão realizadas entrevistas remotas (online) e semiestruturadas, previamente agendadas com os participantes da pesquisa, acerca de sua vivência como profissional de enfermagem de uma UTI Adulto e com o contato com a morte de alguns pacientes e a possibilidade de vivenciar o luto referente a essas perdas, bem como as repercussões que esse contato provoca em sua vida pessoal e profissional, além das estratégias de enfrentamento utilizadas para a vivência do luto após o óbito do paciente, a nível individual, coletivo e institucional. As informações fornecidas serão gravadas para transcrição, a fim de construir dados para a pesquisa referida, e posteriormente serão apagadas, garantindo a sua privacidade, confidencialidade e anonimato. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Junia Eustáquio Marins anteriormente à realização das entrevistas remotas, permitindo ao participante um tempo para decidir se quer participar desta pesquisa, conforme item IV da Resolução CNS 466/12 ou Cap. III da Resolução 510/2016. Ainda de acordo com a Resolução 510/16, Capítulo VI, Art.28; IV, a pesquisadora manterá os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Em nenhum momento você será identificado (a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar da pesquisa. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Ao participarem desta pesquisa, os indivíduos estarão sujeitos ao risco de desconforto, provocado nos participantes ao falar de aspectos que possam trazer à tona sentimentos ou memórias dolorosas. Como resolução para estas situações, a pesquisadora pretende oferecer aos participantes sua escuta e apoio, e em casos de mobilização emocional intensa e além do esperado durante as entrevistas, será oferecida a possibilidade de encaminhamento para a Clínica de Psicologia da UFU, através da professora Dra. Maristela de Souza Pereira. Como benefícios, essa pesquisa pretende proporcionar aos participantes da pesquisa uma ampliação da sua visão de trabalho, permitindo que os aspectos relacionados ao seu contato com a morte de alguns pacientes e a vivência deste luto, os torne mais sensíveis ao cuidado do paciente. A presente pesquisa também pretende oferecer uma devolutiva para os seus participantes, na tentativa de ajudar estes profissionais no entendimento deste processo e para o setor da UTI Adulto, com o intuito de promover melhorias nesse campo por parte da instituição à qual pertence, a partir dos resultados encontrados e almeja também despertar o interesse institucional em investir mais nessa vertente. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer

momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Junia Eustáquio Marins (34) 98807-3543 ou juniaem@hotmail.com e Maristela de Souza Pereira em maristela.ufu@gmail.com. Você poderá também entrar em contato com o CEP

- Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link:

https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CartilhaDireitoseticos_2020.pdf.

Uberlândia, de de 2022.

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa