

# REFLEXÕES SOBRE MORTE E LUTO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

REFLECTIONS ON DEATH AND GRIEF WITH HEALTH PROFESSIONALS IN THE HOSPITAL CONTEXT: AN EXPERIENCE REPORT  
STIÃO RODRIGUES SALES STATE SCHOOL

Leonardo Soares Trentin<sup>1</sup>

Adaiane Amélia Baccin<sup>2</sup>

Lenise Selbach<sup>3</sup>

Luísa da Rosa Olesiak<sup>4</sup>

Ana Marta Mazurek Reidel<sup>5</sup>

Isadora Dias de Dias<sup>6</sup>

Luize Luz de Carvalho<sup>7</sup>

Yasmin Fontana Garcia Tascheto<sup>8</sup>

Alberto Manuel Quintana<sup>9</sup>

**Resumo:** O presente relato de experiência visa descrever as ações realizadas por um projeto de extensão que teve como intuito a promoção de discussões e reflexões acerca dos processos de morte, morrer e luto para profissionais da saúde e demais colaboradores da área da saúde na região central do Rio Grande do Sul. Para tanto, foram realizados seis encontros - três online e três presenciais - em formato de seminários e rodas de conversa. Cada seminário online detinha sua roda de conversa presencial na qual eram discutidas as temáticas explanadas nos encontros online. Os encontros tiveram como temáticas aspectos gerais acerca da morte e luto, estratégias de cuidado diante

1 Professor Substituto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutorando e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (PPGP/UFSM). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1359338610954933>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0355-5864>. E-mail: [leonardo\\_trentin@outlook.com](mailto:leonardo_trentin@outlook.com).

2 Psicóloga Organizacional do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP/UFSM). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2039162454420677>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5757-7957>. E-mail: [adaiane.baccin@gmail.com](mailto:adaiane.baccin@gmail.com).

3 Psicóloga Clínica. Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP/UFSM). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6929958295993966>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8994-4651>. E-mail: [lenise.selbach.psi@gmail.com](mailto:lenise.selbach.psi@gmail.com).

4 Professora do Curso de Psicologia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Psicóloga Clínica e Hospitalar. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP/UFSM). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1375710646490674>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2635-2675>. E-mail: [luisa.drolesiak@gmail.com](mailto:luisa.drolesiak@gmail.com).

5 Residente em Saúde da Família pelo Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre/RS. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3682316726586407>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9523-2291>. E-mail: [anamartamazurek@gmail.com](mailto:anamartamazurek@gmail.com).

6 Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0833202366723306>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3615-789X>. E-mail: [isadoraddias.ID@gmail.com](mailto:isadoraddias.ID@gmail.com).

7 Residente em Alta Complexidade no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSM) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7817983348744052>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0100-8779>. E-mail: [luizelluz@gmail.com](mailto:luizelluz@gmail.com).

8 Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4130243711827865>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0551-8752>. E-mail: [yasmin.fontana@outlook.com](mailto:yasmin.fontana@outlook.com).

9 Professor Aposentado do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7464902899875284>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7356-6142>. E-mail: [albertom.quintana@gmail.com](mailto:albertom.quintana@gmail.com).

da morte e o luto do profissional de saúde. Acredita-se que a promoção do referido projeto foi um marco fundamental para o hospital, em razão de oferecer um espaço para a discussão de temas sensíveis como a morte e o luto.

**Palavras-chave:** Morte. Luto. Pessoal de Saúde. Hospital.

**Abstract:** This experience report aims to describe the actions carried out by an extension project that aimed to promote discussions and reflections on the processes of death, dying, and grief for health professionals and other health care workers in the central region of Rio Grande do Sul. To this end, six meetings were held - three online and three in person - in the form of seminars and discussion groups. Each online seminar had its own in-person discussion group in which the topics explained in the online meetings were discussed. The meetings' themes were general aspects of death and grief, care strategies in the face of death, and the grief of health professionals. It is believed that the promotion of this project was a fundamental milestone for the hospital, because it offered a space for the discussion of sensitive topics such as death and grief.

**Keywords:** Death. Grief. Health Personnel. Hospital.

## Introdução

No ambiente hospitalar, os profissionais de saúde estão expostos cotidianamente a inúmeros desafios - doenças, medos, conflitos, disputas de poder, ansiedade e estresse - o que pode suscitar angústia e sofrimento para esses trabalhadores (Martins; Robazzi; Bobroff, 2010). Além disso, ao estarem em contato com a realidade da doença e suas consequências, esses profissionais vivenciam conflitos relacionados com a impotência diante da finitude da vida, ou seja, dos processos de morte e morrer (Campos, 2011). Para Kovács (2010), trabalhar como cuidador na área da saúde é ter no cotidiano a dor e a morte. Conforme a autora, a morte coloca o ser humano diante de seus limites mais extremos - razão, consciência, capacidade de apreensão, percepção e perspectiva de vida. Baseado nisso, as adversidades desse ofício e da convivência diária com pacientes, familiares e outros profissionais de saúde contribuem para emergir situações de estresse, o que pode fomentar sentimento de impotência, frustração e revolta. Além do mais, o modo como os profissionais compreendem a morte e o morrer influencia nos tratamentos e cuidados que serão estabelecidos para o paciente e, por conseguinte, na percepção do mesmo e de seus familiares em relação à doença e ao tratamento (Santos; Aoki; Oliveira-Cardoso, 2013).

Salienta-se que do mesmo modo que se produziu um controle social da saúde e da doença através dos avanços científicos e tecnológicos, acarretou-se também um afastamento da morte das consciências individuais (Menezes, 2004). O distanciamento da morte do campo social, desencadeou um temor à finitude, bem como o afastamento dos rituais coletivos de despedida e de elaboração do luto. Sendo assim, a morte tornou-se sinônimo de uma falha e de uma ameaça para a sociedade, tendo que ser prevenida e evitada (Silva; Pereira; Mussi, 2015).

Desse modo, a partir do desenvolvimento de recursos destinados à manutenção e prolongamento da vida, a medicina produziu um novo modo de morrer no hospital, cuja característica é ser medicamentado, monitorado, controlado, silencioso e escondido (Menezes, 2004). Como consequência, quando ocorre a morte do paciente ou sua doença é incurável, o trabalho realizado pelo profissional de saúde torna-se sem sentido, o que acarreta sentimento de impotência diante da morte. Assim, a morte e o morrer não são vivenciados pelos profissionais de saúde como um fenômeno natural, mas sim como um fracasso que é velado e silenciado (Santos; Aoki; Oliveira-Cardoso, 2013).

No âmbito dessa questão, na revisão sistemática realizada por Baccin, Trentin e Quintana (2023), foi constatado que a maioria dos artigos encontrados e incluídos no estudo salientam a importância da educação para os processos de morte e morrer na formação acadêmica, como também a qualificação continuada dos profissionais de saúde. Nesse sentido, fica evidente, por meio dos estudos científicos, a necessidade da educação acerca dos processos de morte e morrer durante a formação, assim como treinamentos e qualificações em serviço no decorrer da atuação profissional.

Assim sendo, torna-se imprescindível fomentar reflexões e discussões sobre os processos de morte, morrer e luto no contexto hospitalar. Para tanto, concebeu-se um Projeto de Extensão intitulado “Morte e Luto: reflexões e discussões com profissionais de saúde do hospital”, que teve o intuito de aproximar os conhecimentos produzidos pela universidade com a prática cotidiana dos profissionais de saúde que trabalham no ambiente hospitalar. O projeto também visou sustentar a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, bem como a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, ao proporcionar espaços de troca entre a academia e a prática profissional.

À vista disso, o presente relato de experiência visa descrever as ações realizadas por um projeto de extensão que teve como intuito a promoção de discussões e reflexões acerca dos processos de morte, morrer e luto para profissionais de saúde e demais colaboradores que atuam na área da saúde da região central do Rio Grande do Sul.

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo relativo ao Projeto de Extensão intitulado “Morte e Luto: reflexões e discussões com profissionais de saúde do hospital”. O projeto foi desenvolvido pelo Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde (NEIS) em parceria com a Unidade de Desenvolvimento de Pessoal do Hospital Universitário de Santa Maria (UDP/HUSM). Nessa perspectiva, em colaboração com a UDP/HUSM - responsável pelas ações de desenvolvimento de pessoal inclusive no que envolve a política de Educação Permanente em Saúde - os membros do NEIS se propuseram a promover discussões e reflexões acerca dos processos de morte, morrer e luto para profissionais de saúde e demais colaboradores que atuam na área da saúde da região central do Rio Grande do Sul.

O projeto propôs realizar seis encontros no período de abril a julho de 2023, sendo três deles realizados de forma *online* com a apresentação de conteúdo teórico em formato de seminário e três encontros presenciais em formato de roda de conversa para explanação de dúvidas e compartilhamento de vivências relacionados aos temas propostos nos seminários teóricos anteriores. O primeiro seminário *online* e sua respectiva roda de conversa tiveram como tema central os aspectos gerais acerca da morte e luto. O segundo par de encontros tiveram como assunto as estratégias de cuidado diante dos processos de morte e morrer no hospital. E os últimos dois encontros trataram do luto do profissional de saúde. O conteúdo *online* foi disponibilizado ao vivo em formato de *live* pelo Microsoft TEAMS e a gravação ficou disponível aos participantes. Já os encontros presenciais foram realizados conforme os protocolos sanitários vigentes no período, em sala reservada em um hospital de ensino da região.

Foram realizadas divulgações das atividades através de e-mail às instituições de saúde, sites institucionais da UFSM e do HUSM, em grupos de whatsapp em que participam considerável número de colaboradores do hospital e página do NEIS no Instagram. Em cada encontro, tanto presencial quanto *online*, os participantes receberam os certificados vinculados à avaliação de aprendizagem, isto é, foram certificados os participantes que obtiveram 75% de acertos na avaliação de aprendizagem. A referida ava-

liação foi composta por questões objetivas referentes ao tema desenvolvido no encontro e que deveria ser preenchida por meio de um *link* ou QR code que foi disponibilizado ao término do encontro.

## Resultados e Discussão

Os encontros foram organizados de maneira que houvesse dois mediadores sendo um pós-graduando e um acadêmico. No total foram 80 participantes, sendo que a maioria participou dos encontros *online*. A seguir, serão explanadas cada uma das ações desenvolvidas pelo projeto, bem como as reflexões produzidas pelos palestrantes a partir das observações e experiências de cada encontro.

### Aspectos gerais sobre a morte e o luto

Com o intento de fornecer uma introdução e um embasamento para as discussões e reflexões sobre a temática do projeto, o primeiro seminário *online* teve o objetivo de discorrer sobre os aspectos gerais que envolvem a morte e o luto. Com essa finalidade, tanto aspectos históricos quanto contemporâneos em relação a esses processos foram apresentados, bem como sua presença dentro do ambiente hospitalar e suas repercussões na assistência promovida pelos profissionais de saúde.

Conforme Ariès (2017), na Idade Média, compreendia-se a morte como uma “morte domada”, em virtude de que as cerimônias e os rituais que envolviam o falecimento de uma pessoa tinham caráter público e familiar, ou seja, encontravam-se parentes, amigos, vizinhos e até mesmo crianças participando desse momento. Além disso, os próprios cemitérios ou as fossas comuns eram intraurbanos – em especial, nas igrejas – o que fomentava uma coexistência dos vivos com os mortos, assim como tornava a morte uma temática coletiva e cotidiana, sendo aceita como ordem natural.

No entanto, com o fim da Idade Média e início da Idade Moderna algumas mudanças sutis desencadearam mudanças nas atitudes da sociedade diante da morte. Como exemplo, a concepção de um Juízo Final, isto é, o julgamento e a separação de cada indivíduo entre justos e malditos, ocasionou um processo de morte e morrer individualizado permeado por sentimento de culpa e de medo da punição, mesmo que ocorresse com a presença de outras pessoas no leito de morte (Ariès, 2017). Além disso, com o fim da Idade Média, emerge uma inquietude político-sanitária à medida que se desenvolveu o tecido urbano, o que suscitou um medo das cidades e de seus elementos, como também um afastamento dos cemitérios para a periferias das cidades, o que tornou a morte menos cotidiana e mais temerosa (Foucault, 2022).

Deve ser salientado ainda que, de acordo com Foucault (2022), a instituição hospitalar, enquanto instrumento terapêutico de cura e intervenção sobre a doença e o doente, nasce no Ocidente somente no final do século XVIII, a partir da disciplinarização do espaço e da transformação do saber e das práticas médicas nesse período. Ao se aproximar do modelo epistemológico das Ciências da Natureza, a medicina reorganizou os elementos constituintes da patologia e instaurou um discurso científico, pautado em uma racionalidade anatomo-clínica, sobre os processos de saúde e doença dos indivíduos (Foucault, 2022; Menezes, 2011).

Como implicação das referentes mudanças sociais e históricas, a finitude da vida começou a ser acobertada a partir de conluios de silêncio, não somente da pessoa em fim de vida, mas de toda a esfera social, o que constituiu uma “morte interdita”. Por conseguinte, tornou-se inconveniente morrer em casa, sendo esse processo deslocado para a instituição hospitalar, na qual não há mais uma cerimônia ritualística, mas sim um fenômeno técnico (Ariès, 2017). A exígua construção de sentidos e valores coletivos desencadeiam um vazio, que não consegue ser preenchido por procedimentos técnicos nem mesmo pelos avanços recentes da medicina e da biotecnologia (Le Breton, 2016).

Na primeira roda de conversa, os participantes compartilharam percepções sobre como o tema da morte e do luto aparecem na graduação e na vivência profissional, concordando que são questões pouco

abordadas e, muitas vezes, evitadas. Conforme Nasser *et al.* (2018), a ausência de uma formação profissional que aborde questões relativas aos processos de morte e morrer - e não somente curativos - assim como a falta de uma rede de apoio institucional como possibilidade de espaço de escuta destes profissionais agravam ainda mais seu trabalho, isto é, a assistência ao paciente.

Deve ser reiterado que a medicina, ao definir a saúde somente como a ausência de uma doença, instaurou novos estilos de praticar ciências e novas atitudes diante dos processos de fim de vida, no qual a morte tornou-se uma inimiga a ser vencido. A partir dessa guerra imaginária, o paciente em fim de vida se torna um símbolo de um fracasso, em razão de demarcar os limites do saber e das práticas dos profissionais de saúde, o que pode acarretar vivências emocionais ligadas à frustração narcísica – impotência, culpa, angústia, ansiedade e medo (Santos; Aoki; Oliveira-Cardoso, 2013).

Outra questão também levantada pelos participantes foi acerca de suas vivências durante o período da pandemia de COVID-19, apontando que a morte se tornou algo tangível e que poderia, inclusive, atingir a própria equipe. Foram debatidas angústias decorrentes das incertezas frente à situação nova e desafiante durante o surgimento e o ápice da pandemia. Os profissionais relacionaram a ausência de um saber estabelecido e dominado pelo profissional durante a pandemia com situações na qual este se depara com a morte e com o luto, saindo de uma posição de saber.

Para Werneck e Carvalho (2020), como tratava-se de um vírus que ainda não havia sido registrado em seres humanos, a ausência de conhecimentos científicos e tecnológicos, no início da pandemia, sobre o coronavírus fomentou questionamentos sobre quais seriam as medidas adequadas a serem adotadas diante da sua alta velocidade de propagação e mortalidade, principalmente de populações mais vulneráveis. Diante dessa conjuntura, o encontro com o imprevisível provocou, abruptamente, uma desordem subjetiva, que remeteu os profissionais de saúde à experiência de desamparo e impotência diante da progressão exponencial da pandemia (Santos; Almendra; Ribeiro, 2020).

Houve o debate com o grupo sobre o posicionamento do profissional e como isso é influenciado por como este compreende e se afeta pela morte e pelo luto. Foi abordado que a forma como o profissional se sensibiliza é refletido na abordagem com o paciente, de modo que a experiência do paciente e de seus familiares também são influenciados por este olhar. Ressaltou-se que a maneira como a equipe proporciona os cuidados no fim de vida reverbera nas experiências futuras dos familiares com a morte, seja de forma positiva ou negativa. Ao encontro disso, Santos, Aoki e Oliveira-Cardoso (2013) acentuam que a maneira como os profissionais de saúde concebem a morte e a assistência no processo de fim de vida influencia na instituição de tratamentos e cuidados, o que, por conseguinte, acarreta reflexos na maneira como o paciente e seus familiares percebem a doença e o tratamento, como também na aceitação ou não das situações adversas que estão enfrentando.

Surgiram também questões relativas ao paradoxo da implicação ética do paciente estar informado para tomar decisões e sua autonomia em escolher quais informações deseja receber. Tais aspectos ressaltam a importância da comunicação e da integração entre diferentes saberes dos serviços de saúde. Segundo Vidal *et al.* (2022), o diálogo e a escuta entre os personagens envolvidos no processo do morrer são centrais, em virtude de que, fundamentado em um conjunto de informações, profissionais de saúde, pacientes e familiares se engajam em um processo deliberativo, com a finalidade de suscitar um consenso sobre o melhor caminho a seguir, tendo em vista as possibilidades técnicas e as preferências dos pacientes.

## **Estratégias de cuidado diante dos processos de morte e morrer no hospital**

Após os encontros iniciais para aproximação com a temática, o seminário *online* e a roda de conversa seguintes foram direcionados para refletir sobre as estratégias de cuidado diante dos processos de morte e morrer no hospital. O encontro *online* teve por objetivo trazer compreensões conceituais e teó-

ricas a respeito do impacto do adoecimento para os pacientes, as diferentes dinâmicas familiares e suas possíveis modificações diante de um membro adoecido, bem como a explanação sobre a experiência de luto antecipatório. Além disso, as discussões estenderam-se para a importância dos cuidados paliativos e da comunicação no cuidado.

O adoecimento e a perspectiva da morte podem ser vivenciados como um período de crise capaz de provocar inúmeras mudanças para pacientes e suas famílias (Doka, 2014; Espíndola *et al.*, 2018). No entanto, a compreensão de que a doença ocorre em meio a um contexto, assim como que os pacientes e seus familiares trazem consigo marcas de uma história possibilita o resgate de sua subjetividade, a qual tende a ser diluída pelas regras e normas institucionais do ambiente hospitalar (Doka, 2016). Sobre isso, no momento da roda de conversa, os participantes verbalizaram sobre ações que resgatam o contato do paciente com o cotidiano extra-hospitalar, como o uso de músicas e construção de prontuários afetivos, em que são registradas características e preferências do paciente para além de sua condição clínica.

Para Franco (2021), a prática no atendimento a diferentes tipos de luto envolve tanto conhecimento sobre aquela experiência quanto sensibilidade para contextualizá-la. Neste sentido, apresentar informações sobre a experiência de luto antecipatório é fundamental para quem atua em ambiente hospitalar. A expressão “luto antecipatório” foi citada pela primeira vez por Lindemann (1944) quando ao estudar sobre as reações frente à morte real foram encontradas reações de luto em pacientes que não haviam vivenciado a perda por morte, mas estavam vivenciando a ameaça da perda, especialmente em familiares de pessoas convocadas pelas forças armadas.

Atualmente, compreende-se que frente ao diagnóstico de uma doença grave, inicia-se um processo de transições emocionais e cognitivas em resposta às transformações significativas ocorridas com o adoecimento e vivenciadas tanto por pacientes quanto familiares e, muitas vezes, pelas equipes de saúde (Franco, 2021). Assim, existem perdas simbólicas e concretas a serem elaboradas e frequentemente, os papéis familiares precisam ser reorganizados. Neste sentido, as equipes de saúde têm como função não apenas o tratamento da doença, mas oferecer suporte que possibilite minimizar o sofrimento físico, psicossocial e espiritual (Espíndola *et al.*, 2018).

A Associação Internacional de Cuidados Paliativos desenvolveu uma definição consensual de cuidados paliativos como uma série de ações que promovem cuidado holístico ativo de indivíduos de todas as idades com sofrimento relacionado à saúde, e especialmente daqueles perto do fim da vida, que tenham sua qualidade de vida e as funções diárias afetadas negativamente, incluindo ainda a atenção ao estresse do cuidador (Radbruch *et al.*, 2020). Dessa forma, reitera-se a necessidade de intervenções planejadas que respeitem a dignidade humana. Para tanto, é necessário o estabelecimento de uma comunicação honesta, aberta e mútua (Doka, 2014; Espíndola *et al.*, 2018).

Diante deste contexto, as equipes de saúde precisam desenvolver habilidades comunicacionais a fim de conduzir reuniões familiares e gerenciar situações de sofrimento e estresse elevado. O acesso às informações adequadas e cuidadosas podem propiciar a pacientes e cuidadores um maior senso de controle, bem como possibilitar o planejamento de cuidados efetivos e tomadas de decisões. Por outro lado, quando há falhas de comunicação, o plano de cuidados pode ser percebido como insuficiente, além de prejudicar a relação profissional-paciente contribuindo para a intensificação de conflitos. Todavia, uma barreira frequentemente encontrada diz respeito a falta de treinamento dos profissionais para comunicação de notícias difíceis, o excesso de trabalho, como também a crença de que as informações podem prejudicar o estado emocional dos pacientes (Glajchen *et al.*, 2022).

Na roda de conversa, foi possibilitado que os participantes contassem sobre suas experiências diante do cuidado de pacientes em final de vida. Nessa perspectiva, a morte de um paciente com o qual os profissionais têm vínculo estabelecido é colocada como algo que gera angústias e medos. Percebe-se nesse processo, a presença de uma ambivalência, visto que a comunicação possibilita conhecer o paciente e compreender suas preferências - o que pode ajudar nos manejos de fim de vida - mas também desperta temor, em razão de que impacta o profissional de saúde que sofre com a perda. Surgem nas falas algumas alternativas voltadas para pensar o autocuidado e o cuidado aos colegas. No entanto, discutiu-se o quanto

o sofrimento do profissional tende a não ser reconhecido dentro dos ambientes de saúde

## Luto do profissional de saúde

O último seminário teórico abordou temáticas referentes ao luto dos profissionais de saúde, suas especificidades e recursos para sua elaboração. Cabe destacar que os profissionais de saúde enfrentam cotidianamente situações de limite entre a vida e morte o que os coloca diante de um processo de luto. Contudo, abordá-lo se torna um desafio significativo no contexto de saúde, devido a barreiras culturais, institucionais e pessoais. Na obra “Luto por perdas não legitimadas na atualidade”, Casellatto (2020) expõe o fenômeno do luto não reconhecido diante da invalidação do pesar, cuja experiência de perda não pode ser admitida abertamente, nem expressa ou suportada socialmente. Com isso, apresenta-se a censura do luto, isto é, a não legitimação de determinados vínculos, comportamentos ou sentimentos, que refletem as normas sociais (Kauffman, 2002). Assim, o não franqueamento do luto pode se iniciar com o enlutado, que se censura consciente ou inconscientemente devido ao seu contexto (Casellatto, 2015).

Dentro disso, a cultura social e institucional, muitas vezes, não reconhece o luto na área da saúde, na esperança de que os profissionais permaneçam imunes ao pesar e prossigam sua produtividade, o que acarreta a inexistência de espaços para a vulnerabilidade e expressões do sofrimento. Além disso, tal conjuntura pode desencorajar a expressão das emoções e da fragilidade, o que torna mais difícil para os profissionais de saúde falarem abertamente sobre o luto (Wallace et al., 2020). Nos silêncios e barreiras que limitam a expressividade do luto, a angústia e o pesar permanecem presentes nos processos de elaboração, repercutindo no comportamento e na saúde do enlutado. Nessa perspectiva, a exposição contínua à morte e ao sofrimento do paciente e da sua família, pode resultar na sobrecarga psíquica (Granek et al., 2020).

Enfrentar o fim de vida de um paciente é uma experiência dolorosa que leva os indivíduos a desenvolverem estratégias para superar as dificuldades relacionadas ao luto. Como mecanismo de proteção ao pesar, alguns profissionais de saúde podem recorrer à despersonalização e ao distanciamento emocional para lidar com o luto. Embora essas estratégias possam proporcionar alívio temporário, elas podem causar um sentimento de desconexão e alienação, tanto em relação aos pacientes quanto a si mesmos (Jones et al., 2018).

Tendo em vista os objetivos do projeto, que foi desenvolvido especialmente para os profissionais que trabalham no hospital, o tema do último encontro presencial era tido pelos promotores do evento como o principal para o público ao qual se direcionava. No entanto, nessa roda de conversa não tivemos participantes, fato que inicialmente nos frustrou pelas expectativas e desejo de presencialmente expandir diálogos, fornecer apoio e orientações aos profissionais de saúde. Posteriormente, o grupo organizador do projeto de extensão refletiu sobre a referida situação no intento de ampliar as discussões a respeito dos motivos da ausência dos profissionais de saúde.

Compreendemos que abordar o tema da morte é um assunto tabu para muitas culturas, e tem como consequência o desconforto em refletir sobre a mesma, o que cria barreiras e faz com que as pessoas evitem discutir aspectos emocionais ou psicológicos do trabalho, como o luto, por exemplo. De acordo com Kovács (2010), o tema da morte é importante justamente por tocar em nossos limites mais extremos e também em nossa maior possibilidade de abertura. Nesse sentido, a morte coloca limites à nossa razão, consciência e capacidade de apreensão e percepção.

Outro aspecto que pode ter influenciado na não participação dos profissionais de saúde, é a evitação dos mesmos em demonstrar vulnerabilidade e admitir seu sofrimento emocional, por receio de serem vistos como frágeis ou por ter dificuldades com certas situações do trabalho. Assim, preferem manter o foco nas tarefas e cuidados essenciais aos pacientes e evitam pensar em seus próprios sentimentos. Também precisamos considerar as dificuldades dos profissionais em participarem dos encontros de capacitação, em virtude da falta de tempo ocasionada pelas grandes demandas e jornadas de trabalho dentro

do ambiente hospitalar. Os profissionais de saúde, muitas vezes, não conseguem participar das atividades que não estejam diretamente relacionadas ao tratamento curativo de pacientes ou demais tarefas urgentes cotidianas, visto o quadro reduzido de pessoal em suas equipes.

Por fim, cabe destacar que, diante das dificuldades mencionadas, foi imprescindível a gravação e a disponibilização dos encontros *on-line* para serem acessados pelos profissionais de saúde em um momento mais apropriado para os mesmos. Dessa maneira, visou-se superar barreiras e garantir a oportunidade desses profissionais de refletirem e processarem suas experiências emocionais relacionadas aos processos de morte e morrer dos pacientes e o processo de luto desencadeado.

## Considerações finais

Ao apreciar artigos científicos provindos de pesquisas na área da saúde, encontramos nas sugestões o investimento e necessidade de valorização e capacitação, em especial sobre educação para a morte, tema tão relevante e pouco explorado nas instituições em geral. À vista disso, a promoção do referido projeto foi um marco fundamental para o hospital, em razão de oferecer um espaço para a discussão de temas sensíveis como a morte e o luto.

Ressalta-se ainda, a importância dos assuntos tratados, da comunicação eficaz, da empatia e do autocuidado entre os profissionais de saúde que, frequentemente, vivenciam situações de fim de vida de pacientes. Cabe salientar ainda que o desenvolvimento deste projeto contribuiu com a aplicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que estabelece a necessidade de ações de treinamento, desenvolvimento e educação para os profissionais de saúde em atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) de forma periódica.

No decorrer do projeto de extensão, foi possível o estabelecimento de uma maior aproximação entre a Universidade e os colaboradores do hospital, que constantemente contribuem na realização de pesquisas científicas. Considera-se também a relevância da aquisição do conhecimento por parte de colaboradores que atuam na área da saúde e a importância da atualização e aprimoramento teórico constante, além do impacto positivo na formação dos graduandos e pós-graduandos que desenvolveram o projeto.

Quanto às limitações, destaca-se a dificuldade dos profissionais em conseguirem ter disponibilidade de tempo para a participação, principalmente nos encontros presenciais, devido ao quadro reduzido e à grande demanda de trabalho na assistência em suas unidades de trabalho. Nesse sentido, entende-se a necessidade de ofertar a mesma atividade em três turnos diferentes, ampliando a possibilidade de adesão.

Também foi possível identificar por meio de pesquisas realizadas por integrante do grupo de pesquisa NEIS, após a ocorrência do projeto, que muitos profissionais não ficaram sabendo das ações do projeto, por isso não participaram, o que demonstra a necessidade da realização de eventos futuros, além de ofertar o projeto em outros horários, bem como em salas de treinamentos junto às unidades fechadas – como nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Compreendemos que as lives e rodas de conversa sobre morte e luto se revelaram como estratégias eficazes para promover a reflexão e o apoio emocional. Quanto às perspectivas futuras, recomenda-se a replicação desse projeto em formato de novas edições no mesmo hospital e em outras instituições hospitalares.

## Referências

ARIÈS, P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.

BACCIN, A. A; TRENTIN, L. S; QUINTANA, A. M. Atitudes de enfermeiros frente à morte de pacientes hospitalizados: uma revisão sistemática qualitativa. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, v. 14, n. 41, p. 27-43, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7894090>. Acesso em: 25 jul. 2023.

CAMPOS, E. P. *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

CASELLATO, G. *Luto por perdas não legitimadas na atualidade*. São Paulo: Summus Editorial, 2020.

CASELLATO, G. *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido*. São Paulo: Summus, 2015.

DOKA, K. J. *Counseling individuals with life-threatening illness*. 2 ed. Nova York: Springer Publishing Company, 2014.

ESPÍNDOLA, A. V.; QUINTANA, A. M.; FARIAS, C. P.; MÜNCHEN, M. A. B. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Revista Bioética*, v. 26, n. 3, p. 371–377, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263256>. Acesso em: 28 nov. 2024.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 13 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2022.

FRANCO, M. H. P. *O luto no século XXI: uma compreensão abrangente do fenômeno*. São Paulo: Summus, 2021.

GLAJCHEN, M.; GOEHRING, A.; JOHNS, H.; PORTENOY, R. K. Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers. *Current Treatment Options in Oncology*, v. 23, n. 5, p. 658–667, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00957-1>. Acesso em: 28 nov. 2024.

GRANEK, L.; NAKASH, O.; SHAPIRA, S.; ARIAD, S.; BEN-DAVID, M. A. Oncologists, oncology nurses and oncology social workers experiences with suicide: impact on patient care. *Journal of Psychosocial Oncology*, v. 38, n. 5, p. 543–556, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1755763>. Acesso em: 28 nov. 2024.

JONES, E.; OKA, M.; CLARK, J.; GARDNER, H.; HUNT, R.; DUTSON, S. Lived experience of young widowed individuals: A qualitative study. *Death studies*, v. 43, n. 3, p. 183–192, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1445137>. Acesso em: 28 nov. 2024.

KAUFFMAN, J. The psychology of disenfranchised grief: liberation, shame, and self-disenfranchisement. In: DOKA, K. J (org). *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice*. Illinois: Research Press, 2002. p. 61-79.

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

LE BRETON, D. *Antropologia do Corpo*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

LINDEMANN, E. Symptomatology and Management of Acute Grief. *The American Journal of Psychiatry*, v. 101, n. 2, p. 141–148, 1944. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>. Acesso em: 28 nov. 2024.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400036>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MENEZES, R. A. Entre normas e práticas: os processos de tomada de decisão no processo saúde/doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1429-1449, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312011000400014>. Acesso em 06 out. 2023.

NASSER, S. N.; MENDES, G. C.; BRESSAN, K. L.; IVATIUK, A. L.; RODRIGUES, K. O impacto da morte em profissionais da saúde em contexto hospitalar. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, v. 9, n. 2, p. 58-66, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v9n2-6>. Acesso em: 06 out. 2023.

RADBRUCH L. et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*, v. 60, n. 4, p. 754–64, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>. Acesso em: 28 nov. 2024

SANTOS, M. A.; AOKI, F. C. O. S.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2625-2634, set. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900017>. Acesso em: 11 jan. 2023.

SANTOS, T. C.; ALMENDRA, F. S.; RIBEIRO, M. I. Help line: relato de experiência sobre um dispositivo de acolhimento aos profissionais de saúde durante a pandemia covid-19. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, v. 15, n. 30, p. 26-40, maio/out. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio1177318>. Acesso em: 06 out. 2023.

SILVA, R. S.; PEREIRA, A.; MUSSI, F. C. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 1, p. 40-46, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>. Acesso em: 10 jan. 2023.

VIDAL, E. I. O. et al. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 9, e00130022, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT130022>. Acesso em: 06 out. 2023

WALLACE, C. L.; WLADKOWSKI, S. P.; GIBSON, A.; WHITE, P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 60, n. 1, e70–e76, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>. Acesso em: 28 nov. 2024.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 5, p. 1-4, maio 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00068820>. Acesso em 06 out. 2023.

Recebido em: 03 de fevereiro de 2025

Aceito em: 06 de abril de 2026