

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA  
PROGRAMA ACADÊMICO EM CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO

**CLAUDINEI DESTRO**

**ESTUDO TEÓRICO-REFLEXIVO EM MERLEAU-PONTY, DEJOURS E  
KIERKEGAARD SOBRE O SOFRIMENTO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS PELO  
ÓBITO DO PACIENTE**

NITERÓI

2022

**CLAUDINEI DESTRO**

**ESTUDO TEÓRICO-REFLEXIVO EM MERLEAU-PONTY, DEJOURS E  
KIERKEGAARD SOBRE O SOFRIMENTO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS PELO  
ÓBITO DO PACIENTE**

Dissertação apresentado ao Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense/UFF como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre. Linha de Pesquisa: o cuidado em seu contexto sócio cultural.

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> ROSE MARY COSTA ROSA ANDRADE SILVA

COORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> ELIANE RAMOS PEREIRA

Niterói

2022

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem  
da Universidade Federal Fluminense

D 477 Destro, Claudinei.

Estudo teórico-reflexivo em Merleau-Ponty, Dejours e Kierkegaard sobre o sofrimento de médicos e enfermeiros pelo óbito do paciente. / Claudinei Destro. – Niterói: [s.n.], 2022.

89 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2022.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Eliane Ramos Pereira.

1. Estresse Ocupacional. 2. Médicos. 3. Enfermeiras e Enfermeiros. 4. Morte. I. Título.

CDD 616.9803

Bibliotecário responsável: Renata Mara de Almeida CRB-7: 6328

**CLAUDINEI DESTRO**

**ESTUDO TEÓRICO-REFLEXIVO EM MERLEAU-PONTY, DEJOURS E  
KIERKEGAARD SOBRE O SOFRIMENTO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS PELO  
ÓBITO DO PACIENTE**

Dissertação apresentado ao Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense/UFF como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre. Linha de Pesquisa: o cuidado em seu contexto sócio cultural.

Data de aprovação: 22 de setembro de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**ROSE MARY COSTA ROSA ANDRADE SILVA – Orientadora**

Universidade Federal fluminense

---

**ESTHER JUSTINO RAMIREZ**

Universidad Nacional de Trujillo

---

**ELIANE RAMOS PEREIRA**

Universidade Federal Fluminense

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha esposa, Cleonilce Rodrigues de Souza Destro, minha grande incentivadora e companheira de minha vida, ao meu filho, Lucas Rodrigues de Souza Destro, pelo exemplo de dedicação, superação e amor a Deus.

Ao meu querido pai, Paulo Destro, pelo apoio incondicional de toda uma vida, exemplo de retidão e de dignidade. À minha querida mãe, Maria José Menossi Destro, tão presente em minha vida, que me educou e deu as bases de minha personalidade.

À minha orientadora professora Dra. Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva, que me acolheu em seus braços acadêmicos como uma querida mãe, defensora, aguerrida, sábia, paciente, o tempo todo com o olhar inspirado por Deus. Obrigado por compartilhar tanto conhecimento e saber dirigir os meus caminhos acadêmicos em meio a tantas turbulências. A luz que brilha em meio à noite escura, a esperança quando as dificuldades aparentam ser intransponíveis. A presença de Deus é visível em sua vida, que ao ser tocada pela Graça Divina, também difunde esta mesma Graça a quem se aproxima.

À minha coorientadora professora Dra. Eliane Ramos Pereira pelas colaborações fundamentais para a elaboração desta dissertação, compartilhando conhecimento de modo gracioso e elegante, tornando compreensível o que estava oculto, conciliando de modo admirável o conhecimento técnico com o religioso.

Agradeço a Deus por guiar o meu caminho e poder muito humildemente aceitar ser um pequeno instrumento para a Sua ação.

## RESUMO

**Introdução:** A proposta deste estudo originou-se na minha vivência enquanto membro de serviço de cuidados paliativos e na observação do sofrimento de médicos e enfermeiros frente ao óbito dos pacientes. **Objetivo geral:** Compreender, a partir de um estudo teórico-reflexivo em Merleau-Ponty, Dejours e Kierkegaard o sofrimento de médicos e enfermeiros perante a morte de seu paciente. **Objetivos específicos.** Refletir a cerca do sofrimento profissional a partir de Christophe Dejours. Desvelar o sofrimento profissional através da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty. Elucidar o sofrimento do profissional da saúde, a partir do pensamento de Soren Kierkegaard. Elaborar um guia de orientações para profissionais da saúde a cerca do sofrimento profissional. **Metodologia:** trata-se de estudo teórico-reflexivo, qualitativo, com interpretação e análise das teorias obtidas através da pesquisa bibliográfica realizada. **Conclusão:** Devido ao contato da equipe de saúde com processo de terminalidade e óbito hospitalar, surgem sentimentos nesta equipe, com possíveis consequências na atividade laboral. Deste modo, é necessário o desenvolvimento de estudos de pesquisas sobre tais sentimentos, suas consequências e modos de enfrentamento.

**Descritores:** Sofrimento profissional; Morte; Médico; Enfermeiro.

## ABSTRACT

**Introduction:** The purpose of this study originated in my experience as a member of the palliative care service and in the observation of the suffering of doctors and nurses when facing the death of patients. **General objective:** To understand, from a theoretical-reflexive study in Merleau-Ponty, Dejours and Kierkegaard, the suffering of doctors and nurses in the face of the death of their patient. **Specific objectives.** Reflecting on professional suffering from Christophe Dejours. Unveiling professional suffering through Maurice Merleau-Ponty's phenomenology. To elucidate the suffering of the health professional, from the thought of Soren Kierkegaard. Develop a guide for health professionals about professional suffering. **Methodology:** this is a theoretical-reflective, qualitative study, with interpretation and analysis of the theories obtained through the bibliographic research carried out. **Conclusion:** Due to the contact of the health team with the process of terminality and hospital death, feelings arise in this team, with possible consequences in the work activity. Thus, it is necessary to develop research studies on such feelings, their consequences and ways of coping.

**Keywords:** Professional suffering; Death; Physician; Nurse.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APPMS	- Agenda de Prioridade de Pesquisa do Ministério da Saúde
CBMERJ	- Corpo de Bombeiro Militar do Estado do Rio de Janeiro
EEAAC	- Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
HCAP	- Hospital Central Aristarcho Pessoa
MS	- Ministério da Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFF	- Universidade Federal Fluminense



## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Base para estratégia de busca.....	20
Tabela 2 – Síntese artigos de sofrimento da enfermagem.....	21
Tabela 3 – Síntese artigos de sofrimento médico.....	24
Figura 1 – Guia de orientações.....	64

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	13
1.1	O INTERESSE PELA TEMÁTICA E VIVÊNCIAS .....	13
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA .....	15
1.3	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA .....	19
1.4	QUESTÕES DA PESQUISA .....	21
1.5	OBJETO DA PESQUISA .....	21
1.6	OBJETIVOS .....	21
1.6.1	Objetivo geral .....	21
1.6.2	Objetivos específicos .....	21
1.7	JUSTIFICATIVA .....	22
1.7.1	Epidemiológica .....	22
1.7.2	Política .....	22
1.7.3	Prioridade de pesquisa .....	23
1.8	RELEVÂNCIA E ESTADO DA ARTE .....	23
1.8.1	Sufrimento da enfermagem devido ao óbito do paciente .....	23
1.8.2	O sofrimento do médico devido ao óbito do paciente .....	27
2	REFERENCIAL TEMÁTICO: CUIDADO PALIATIVO .....	30
2.1	O CUIDADO PALIATIVO .....	30
2.2	A SEDAÇÃO PALIATIVA .....	32
2.3	A EXTUBAÇÃO PALIATIVA .....	33
2.4	O PROCESSO DE MORRER .....	33
2.5	A MORTE .....	34
2.6	O LUTO .....	35
2.7	RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE .....	37
2.8	A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> .....	40

3	METODOLOGIA .....	42
4	REFERENCIAL TEÓRICO DE CHRISTOPHE DEJOURS .....	47
4.1	VIDA E OBRA.....	47
4.2	PENSAMENTO .....	47
5	REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO DA FENOMENOLOGIA DE MAURICE MERLEAU-PONTY.....	48
5.1	VIDA E OBRA.....	48
5.2	PENSAMENTO .....	48
5.3	O MÉTODO FENOMENOLÓGICO .....	50
6	REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO DE KIERKEGAARD .....	50
6.1	VIDA E OBRA.....	50
6.2	PENSAMENTO .....	52
6.2.1	O homem estético .....	53
6.2.2	O homem ético .....	53
6.2.3	O homem religioso .....	54
7	O SOFRIMENTO NA EXISTÊNCIA HUMANA E A FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	55
7.1	O SOFRIMENTO NA EXISTÊNCIA HUMANA.....	55
7.2	A FORMAÇÃO EM SAÚDE E A QUESTÃO DO SOFRIMENTO .....	56
8	REFLEXÕES FILOSÓFICAS SOBRE O SOFRIMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PERANTE A MORTE DE SEU PACIENTE .....	58
8.1	O SOFRIMENTO PROFISSIONAL ATRAVÉS DA FENOMENOLOGIA DE MERLEAU-PONTY.....	58
8.2	O SOFRIMENTO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS A PARTIR DO PENSAMENTO DE CHRISTOPHE DEJOURS .....	60
8.3	O SOFRIMENTO PROFISSIONAL DA SAÚDE A PARTIR DO PENSAMENTO DE SOREN KIERKEGAARD .....	64
9	O CAMPO DA SAÚDE E A QUESTÃO DO SOFRIMENTO PROFISSIONAL.....	66
10	GUIA DE ORIENTAÇÕES .....	69

11	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	74
12	CONCLUSÕES .....	75
	REFERÊNCIAS .....	78

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O INTERESSE PELA TEMÁTICA E VIVÊNCIAS

Durante minha trajetória profissional no Hospital Central Aristarcho Pessoa (HCAP) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) atuei como mastologista, cirurgião oncológico e cirurgião geral, assumindo a chefia. Notei a necessidade de proporcionar melhor cuidado aos pacientes em fase final de vida.

Durante a pós-graduação lato sensu do Curso Superior de Bombeiro Militar pude realizar um estudo para a viabilidade de serviço de cuidados paliativos no HCAP. Houve a aprovação e o serviço foi criado. Tornei-me chefe deste serviço o qual é transdisciplinar. Há atuação de médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e capelão.

Paralelamente tornei-me especialista em cuidados paliativos pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. Isto ampliou minha visão sobre o tema e pude observar mais atentamente o comportamento de vários profissionais frente à dor, ao sofrimento e o sentimento de luto devido ao óbito dos pacientes.

Neste contexto, chamou atenção a atuação de enfermagem e médicos, durante o processo de morte do paciente. Longos períodos de internação hospitalar, com a evolução de doença incurável e terminal, sofrimento físico, psíquico, social e/ou religioso/espiritual fazem parte do processo final que leva ao óbito do paciente. Embora nestas circunstâncias o paciente e demande muitos cuidados para o controle de sintomas ou o alívio do sofrimento, nem sempre isto é visualizado por médicos e enfermeiros (KOVÁCS, 2010).

Assim, notou-se dificuldade para a equipe de médicos e enfermeiros compreender a necessidade de maior demanda de atenção e tempo para o paciente e o familiar em terminalidade, pois o tratamento oferecido não tem por finalidade a cura, mas o controle de situações complexas, para a diminuição do sofrimento. Este cuidado deve ser oferecido não somente para pacientes em terminalidade por patologias oncológicas, mas também por outras patologias, como as neurológicas, renais, hepáticas, pulmonares e cardíacas (DESTRO *et al.*, 2022).

Especialmente complexa é a instalação de sedação paliativa, concomitante com a retirada de tratamentos desnecessários e que podem trazer sofrimento ao paciente, bem como a não transferência deste paciente para uma Unidade de Terapia Intensiva. Este momento gerar estresse e sofrimento para o profissional da saúde cuidador e causar eventual relutância para o início da sedação paliativa. Esta atitude pode agravar o sofrimento do paciente e da família, deve-se ter em mente que a sedação paliativa não diminui o tempo de sobrevivência destes pacientes (MALTONI *et al.*, 2012; BELLER; DRIEL *et al.*, 2015).

Durante as últimas 72h de vida, em pacientes em processo de terminalidade, há o surgimento de alterações clínicas específicas, que devem ser vistas como um todo, e não como um problema específico de determinado órgão ou sistema. Há imobilismo e aumento da dor durante as manipulações, diminuição da função do aparelho digestivo, alterações mentais e comportamentais com alucinações, alterações respiratórias principalmente com o surgimento de ronco e produção de secreção de difícil aspiração. Mesmo com treinamento há dificuldade em se aceitar estes como sinais de morte iminente e a implantação de imediato das condutas adequadas para o controle dos sintomas, de modo a não provocar maior sofrimento com procedimentos diagnósticos ou a continuação de terapias que trazem maior sofrimento ao paciente. Pode haver relutância de se aceitar a proximidade do óbito do paciente (HALES; ZIMMERMANN; RODIN, 2010; WHITE *et al.*, 2018, 2019).

Perante a estas observações, foram realizadas reuniões e treinamentos com a finalidade de prestar ótimo atendimento ao paciente e à família em processo de terminalidade e após o óbito do paciente.

Entretanto há a questão do sofrimento do profissional da saúde cuidador do paciente que morre. Verificou-se a necessidade de melhor compreensão do sofrimento dos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros, no cuidado prestado ao paciente no processo de sofrimento e óbito, as implicações no processo de trabalho e os mecanismos de enfrentamento já presentes. Por fim, sugerir intervenções mais adequadas para o enfrentamento deste sofrimento.

A pesquisa emergiu de minha participação no Núcleo de Pesquisa em Filosofia, Saúde e Educação Humanizada da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF, sob a liderança das professoras Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva e Eliane Ramos Pereira. Houve imersão nos estudos filosóficos, principalmente nos pensamentos de Maurice Merleau-Ponty, Christophe Dejours e Soren Kierkegaard. Como o escopo do núcleo de pesquisa é a

vinculação entre estudos filosóficos, saúde e educação, e a linha de pesquisa é o cuidado no seu contexto sócio cultural, houve pertinência com o estudo proposto, com abordagem teórico-reflexiva, qualitativa, subjetiva e interdisciplinar.

A fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty possibilita a compreensão de como médicos e enfermeiros percebem a morte do paciente, os mecanismos envolvidos e a relação da objetividade e a subjetividade para este fato. Dejours, em sua teoria sobre a psicodinâmica do trabalho, trouxe evidências sobre o sofrimento no processo de trabalho e a busca do equilíbrio mental dos trabalhadores para conviver com tal situação, evitando o adoecimento em muitos casos. Por fim, a visão de equilíbrio espiritual frente aos sofrimentos que Kierkegaard procurou evidenciar pode ser um modo adequado para a sugestão de adequados mecanismos de enfrentamento ao sofrimento.

## 1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA

Há o progressivo envelhecimento da população, com suas consequências principalmente ao concomitante aumento de casos de pacientes com doenças crônicas e degenerativas, no final de vida, espera-se que em sua maioria irão falecer em ambiente hospitalar, com indicação de cuidados paliativos, deve-se também lembrar que a população jovem, pediátrica, inclusive a neonatal também apresentam patologias suscetíveis a receberem cuidados paliativos (CARVALHO *et al.*, 2012, p. 56).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas há progressivo envelhecimento da população, chama à atenção o rápido crescimento do índice de envelhecimento em que se terá progressivamente o aumento da proporção de idosos em relação às crianças, este fenômeno tem uma de suas bases na queda da taxa de mortalidade e de natalidade (IBGE, 2009, 2016, 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (MACIEL, 2012) 50 a 80% dos óbitos por causas naturais são passíveis de receber cuidados paliativos, esta população envolve não apenas os idosos com doenças crônicas e degenerativas, seu principal contingente, é necessário reiterar que a parcela populacional de pediatria, inclusive neonatologia também está aí incluída, estes dados são próximos aos encontrados posteriormente (MURTAGH *et al.*, 2014).

A definição e os princípios de cuidados paliativos foram publicados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) de modo revisto e ampliado, pois acrescenta aos casos de pacientes em fase terminal por neoplasia maligna todas as outras doenças que trazem risco à vida.

Segundo Smith (2012) os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida, do atendimento e controle dos sintomas angustiantes, e pode proporcionar maior conforto no final da vida bem como reduzem os custos. A dor e sintomas angustiantes que levam ao sofrimento devem ser detectados precocemente e tratados, de modo adequado, independentemente da causa e da natureza.

A morte em ambiente hospitalar é mais comum que em domicílios (GOMES; HIGGINSON, 2006b). Muitos em unidades de terapia intensiva, recebendo tratamentos invasivos e que prolongam o processo de morte, e os pacientes podem eventualmente não estar recebendo os cuidados preconizados. Como o processo de morte de um paciente envolve vários aspectos tanto para ele próprio, para a família e para os profissionais que estiveram envolvidos, e não se encerra com o óbito, pois se prolonga no luto tanto da família quanto dos profissionais que estiveram envolvidos neste cuidado.

Deste modo há tendência de aumento do contato dos profissionais de saúde com o óbito, e eventualmente com o luto. Como bem descrito por Parkes (1998) o processo de luto ocorre por qualquer perda significativa. Trata-se de um processo subjetivo e individual e deve ter começo, meio e fim. O luto passa por momentos que podem ser descritos em um primeiro momento de entorpecimento, onde há incredulidade, episódios de aflição e raiva. Um segundo momento de em que há desorganização e desespero. No terceiro momento há a busca e saudade e finalmente o quarto momento de reorganização em que se dá a recuperação.

Entretanto este processo não é linear, mas ocorre oscilação entre momentos de perda e de restauração, como bem salientado por Stroebe (2010), mas que evolui cada vez mais para maior tempo em momento de restauração e recuperação final. Mas a reação ao luto pode ocorrer de modo diverso do esperado, e então há o luto complicado e suas consequências psicopatológicas. Pode-se ter então estabelecido um quadro de psicopatologia relacionada ao trabalho.



Embora a morte seja algo rotineiro na prática diária de muitos profissionais de saúde, Moraes (2018) descreve como notória a dificuldade destes profissionais em se lidar com a morte e relata a necessidade de ser revisto o preparo destes profissionais.

Bohnen (2019) descreve o fenômeno da segunda vítima no caso de óbito de paciente e o sofrimento nos profissionais de saúde em decorrência deste fato, bem como cita a magnitude ampla deste problema e alerta sobre a necessidade de mais estudos relacionados com este tema.

Da mesma forma Cunha (2016) descreve a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a morte, pois os elementos emocionais mais relatados pelos profissionais de saúde quando lidam com pacientes em cuidados paliativos em seu processo de morrer foram a angústia, a dor, o estresse e a solidão.

Na mesma linha Alencar (2017) relata os sentimentos de medo e de insegurança afetam a equipe de saúde, principalmente os com menor graduação ao se lidar com pacientes em fase terminal.

Também é importante relatar que ao se avaliar a percepção do acadêmico de enfermagem a cerca de pacientes em cuidados paliativos, notou-se a dificuldade em se lidar com a morte, bem como a necessidade de se melhor preparar a formação dos futuros profissionais bem como melhor estudar este tema (VIEIRA *et al.*, 2017).

Os aspectos da bioética devem estar presentes e aplicados nos cuidados da enfermagem aos pacientes terminais, como bem relata Andrade (2016). Os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça devem ser de conhecimento destes profissionais, bem como a sua aplicação avaliada.

A aplicação de princípios de conforto pode ser de grande valia a estes pacientes e aos próprios profissionais de enfermagem conforme descreve Ponte (2015).

O processo da morte deve ser bem estudado, e este conhecimento aplicado na prática para que ela seja sem sofrimentos evitáveis e ao lado dos familiares, conforme bem relata Cunha (2016).

Alencar (2017) descreve a necessidade de melhor preparo dos profissionais para o enfrentamento do processo de morte de seus pacientes, bem como a formação de grupos de suporte, entre outras medidas.

A necessidade do preparo corrente destes profissionais quanto ao aspecto de se lidar com pacientes em fase terminal também é relatado por Moraes (2018).

Frequentemente quando há o óbito do paciente em cuidado paliativo, a enfermagem que manteve contato com o paciente e sua família não tem oportunidade de sofrer de modo formal. Os sentimentos que envolvem o luto destes profissionais pode ser uma reação natural e esperada, mas que deve ser compreendido e enfrentado adequadamente (BARBOUR, 2016).

As alterações emocionais que envolvem o eventual luto destes profissionais também podem impactar, mesmo que momentaneamente, a capacidade de prestação de serviços, com alterações psicopatológicas que necessitam de análise (PENA; REMOALDO, 2019).

Os profissionais que sofrem no trabalho podem encontrar mecanismos de enfrentamento deste sofrimento (KOLHS; OLSCHOWSKY; FERRAZ, 2019).

A morte do paciente pode desencadear na equipe de enfermagem sentimentos que podem ser de sofrimento, mas também de satisfação por terem auxiliado o paciente e a família no momento do óbito e no apoio durante a fase inicial do luto da família (DOS-SANTOS *et al.*, 2016).

Este quadro pode ser avaliado sob a ótica da visão de psicopatologia e de psicodinâmica do trabalho de Christophe Dejours (2011).

Deste modo percebe-se a necessidade de ouvir a equipe de saúde a cerca dos eventos emocionais no processo de óbito do paciente. Para a possível compreensão da percepção do fenômeno do morte do paciente aos cuidados da equipe da enfermagem, pode ser utilizada uma abordagem sob a ótica da fenomenologia, segundo Merleau-Ponty:

...a fenomenologia é o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência...é também uma filosofia que repõe as essências na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua facticidade (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 1).

Para a adequada delimitação do objeto de estudo faz-se necessária a descrição mais detalhada da morte no contexto social, do processo de óbito no ambiente hospitalar, do processo de luto que pode envolver esta dinâmica e como este processo de morte pode estar inserido em serviço de cuidado paliativo.

Pois a melhor compreensão dos desafios encontrados pela equipe de saúde no óbito de paciente internado, é essencial notar como a morte é inserida vista na sociedade.

Também é necessário o esclarecimento de como é o processo de morte em seus dias finais, como reconhecer este processo e os desafios encontrados pelos profissionais de enfermagem.

Outro processo que pode ser desencadeado pela morte do paciente é o luto. Este deve ser bem compreendido devido a sua complexidade e presença no ambiente de trabalho hospitalar.

O cuidado paliativo deve também ser compreendido, tanto na sua definição, quanto nos tipos de serviços de cuidados paliativos, ou as possíveis implicações da ausência destes serviços.

### 1.3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A equipe de saúde tem a grande proximidade ao paciente e aos familiares durante o processo de óbito. Este contato pode levar a ligações emocionais e ao desenvolvimento de sentimentos diversos, que podem envolver o sofrimento ou não. Estes sentimentos podem ter consequências geralmente deletérias do ponto de vista psicológico, mas também pode ser uma oportunidade para o desenvolvimento de mecanismos de resiliência e o encontro de satisfação profissional (KOVÁCS, 2010; FARIA; FIGUEREIDO, 2017).

Segundo Maciel (2012) devido às características do trabalho da equipe da saúde nos cuidados do paciente, principalmente no período de terminalidade, ocorre grande proximidade destes profissionais com os pacientes e vivenciamento do processo de sofrimento e emoções relacionadas ao óbito.

A proximidade do profissional da equipe da saúde com o paciente e todo o cuidado a ele prestado, pode trazer como consequência uma ligação empática, certo apego, e isto pode ter como consequência o sentimento de luto (PARKES, 2009, p. 19).

Segundo Parkes (1998) o luto é um processo subjetivo e individual diante de qualquer perda significativa e há fases de entorpecimento, desorganização e desespero, busca e saudade e reorganização.

Quando o luto transcorre de forma normal o enlutado transita entre perda e restauração, segundo o Modelo Dual de Luto e evolui para a resolução do mesmo (STROEBE; SCHUT, 1999).

Ainda de acordo com Stroebe e Schut (1999) o luto pode ter evolução anormal, o luto complicado, nas formas de crônico, inibido ou adiado em que não há a resolução satisfatória deste. Há fatores predisponentes para o luto complicado, dentre eles o luto não reconhecido dos profissionais da saúde.

#### O luto do profissional pode ser fonte de sofrimento invisível e

...não deixa entrever nenhuma doença mental caracterizada. Mesmo intenso o sofrimento é razoavelmente bem controlado pelas estratégias defensivas, para impedir que se transforme em patologia. Resta saber se as descompensações são sempre evitáveis ou evitadas (DEJOURS, Christophe, 2015, p. 156).

Durante o trabalho da equipe de saúde, ocorrem situações no relacionamento do profissional com os pacientes que evocam diversos sentimentos, inclusive de sofrimento, principalmente em situações que envolvam o processo de morte e o óbito do paciente. Manejá-lo de modo adequado passa pelo estudo de sua percepção pelo profissional da saúde, suas implicações no processo de trabalho, bem como os seus mecanismos de enfrentamento, sugerir mecanismos para resolução adequada do sofrimento no ambiente de trabalho, (KOVÁCS, 2010; SANTOS *et al.*, 2016; KANG, Lijun *et al.*, 2020; KANG, J. *et al.*, 2021).

A questão dos métodos adequados de enfrentamento ao sofrimento de médicos e enfermeiros devido ao processo de morte e óbito do paciente necessita de melhor compreensão e oferta de intervenções institucionais corretas e abrangentes, que venham a trazer o equilíbrio necessário a estes profissionais, para a adequada realização de sua atividade profissional e manutenção de sua saúde mental (TRANTER; JOSLAND; TURNER, 2016; KHALAF *et al.*, 2018; LINANE *et al.*, 2019; MEDISAUSKAITE; KAMAU, 2019; TRANTER; JOSLAND; TURNER, 2016).

## 1.4 QUESTÕES DA PESQUISA

Qual a compreensão filosófica sobre o sofrimento do profissional da saúde perante a morte do paciente?

As reflexões sobre o pensamento de Maurice Merleau-Ponty, Christophe Dejours e Soren Kierkegaard podem desvelar o sofrimento do profissional da saúde pela morte do paciente?

O entendimento filosófico do sofrimento do profissional da saúde perante a morte do paciente revela mecanismos de enfrentamento?

## 1.5 OBJETO DA PESQUISA

O objeto da pesquisa é o sofrimento do profissional da saúde perante a morte de seu paciente.

## 1.6 OBJETIVOS

### 1.6.1 Objetivo geral

Compreender, a partir de um estudo teórico-reflexivo, o sofrimento do profissional da saúde perante a morte de seu paciente.

### 1.6.2 Objetivos específicos

Refletir a cerca do sofrimento profissional a partir de Dejours.

Desvelar o sofrimento profissional através da fenomenologia de Merleau-Ponty

Elucidar a partir do pensamento de Kierkegaard os aspectos espirituais a cerca do sofrimento profissional da saúde.

Elaborar um guia de orientações para profissionais da saúde a cerca do sofrimento profissional.

## 1.7 JUSTIFICATIVA.

### 1.7.1 Epidemiológica.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2009) ocorre progressivo envelhecimento da população. Chama a atenção o rápido crescimento do índice de envelhecimento em que se terá progressivamente o aumento da proporção de idosos em relação às crianças (IBGE, 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (MACIEL, 2012) 50 a 80% dos óbitos por causas naturais são passíveis de receber cuidados paliativos, esta proporção é maior entre a população idosa, mas deve-se salientar que a população jovem e pediátrica, inclusive neonatal também apresentam patologias com indicação de cuidados paliativos (MACIEL, 2012). Dados próximos aos encontrados por Murtagh (2014).

Grande parte dos pacientes com doença terminal evolui para óbito em ambiente hospitalar (GOMES; HIGGINSON, 2006a; GRUNEIR *et al.*, 2007; GOMES *et al.*, 2013). Embora o desejo de muitos pacientes seja o óbito em domicílio, esta proporcionalidade ainda não está demonstrada (HOARE *et al.*, 2015). Mas adequada abordagem de cuidados de fim de vida pode levar a melhor qualidade de morte, bem como elevar a quantidade de óbitos destes pacientes no domicílio (STARR *et al.*, 2019).

### 1.7.2 Política.

O cuidado paliativo no Brasil teve a sua importância reconhecida quando da publicação da Resolução 41 de 31 de outubro de 2018 do Ministério da Saúde que dispõe

sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b).

### 1.7.3 Prioridade de pesquisa

Ao se analisar os eixos temáticos e as linhas de pesquisa da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), conclui-se que o projeto apresentado tem alinhamento com o Primeiro Eixo Temático: Ambiente, Trabalho e Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a).

Com relação à linha de pesquisa, o projeto apresentado tem alinhamento com as seguintes linhas de pesquisa:

- Avaliação do impacto econômico para o SUS relativo a acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho.
- Análise da ocorrência de suicídio associada a processo, ambiente e relações de trabalho.

## 1.8 RELEVÂNCIA E ESTADO DA ARTE

### 1.8.1 Sofrimento da enfermagem devido ao óbito do paciente.

Na busca da relevância e estado da arte para o sofrimento da enfermagem frente ao óbito do paciente foi realizada uma busca bibliográfica por meio de fontes de busca constituídas pelos recursos eletrônicos nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Health Information from the National Library of Medicine (Medline: Pubmed)*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Literatura (CINAHL)*, *Web of Science*, *Scopus* e na biblioteca eletrônica *Scientific Eletronic Library On-Line (SciELO)*, publicados no período de 2015 a 2020. Os descritores utilizados foram: enfermagem / *nurses, nurse, nursing/ enfermeria*. Luto/ *bereavement, grief, grieves, mourning, mournings / aflicción*, Luto Contido/ *Disenfranchised Grief, hidden grief/ Privación del*

*Duelo*. Pacientes internados/ *inpatients/ pacientes ingresados*. Salienta-se que os descritores supracitados encontram-se nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Foi realizada revisão integrativa com o objetivo de responder à questão de pesquisa: quais as evidências científicas do luto do profissional da equipe de enfermagem frente ao óbito do paciente internado em hospital? Foram incluídos na revisão artigos nacionais e internacionais, com resumos e textos completos, nos idiomas português, espanhol e inglês; artigos sobre pacientes adultos de todas as faixas etárias, artigos de adultos. Inicialmente foi realizado um recorte temporal de 05 anos. A busca foi realizada entre os dias 01 a 30 de agosto de 2020.

Para a elaboração da estratégia de busca foi utilizada a combinação dos descritores foi realizada utilizando-se o acrônimo PCC (população, conceito, contexto), como distribuído na tabela 1.

Tabela 1. Base para a elaboração da estratégia de busca.

PCC	PALAVRAS	MESH	ENTRY FORMS	SINONIMOS
POPULAÇÃO	Enfermagem	Nurses	Nurse, Nursing	
CONCEITO	Luto	Bereavement	Grief, Griefs, disenfranchised grief, hidden grief, mourning, mournings	Pesar, consternação. perda Lamentação Enlutamento Luto contido Luto escondido
CONTEXTO	Pacientes internados	Inpatients	Inpatient	

Fonte: o autor.

Foi realizada uma estratégia de busca utilizando os termos Nurses, bereavement e inpatient's, foram localizados 1366 artigos, sendo 149 na Pubmed, 126 na CINHALL, 392 na Scopus, 430 na Web of Science, 249 na Lilacs e 20 na Scielo.

Destes 1366 artigos, 576 artigos eram repetidos, 726 foram excluídos pela leitura do resumo e 56 pela leitura do artigo completo. Restaram oito artigos que foram incluídos nesta revisão



Com relação ao anos de publicação, a maioria foi no ano de 2019, e com relação à origem são da Ásia (Hong Kong), Oceania (Austrália), Oriente Médio ( Jordânia), Europa (Turquia) e América do Sul (Brasil).

Dois estudos são descritivos transversais, sendo três deles quantitativos e cinco deles qualitativos, destes dois são fenomenológicos, como visto na tabela 2.

O estudo de Tranter, Josland e Turner (2016) relatam as reações de luto em situações de homicídio. Dá importância ao apego e enfrentamento religioso ao sofrimento

Santos (2016) procurou encontrar nos participantes do estudo os aspectos referentes ao sofrimento criativo, bem como ao sofrimento patológico, de acordo com a ótica da psicodinâmica do trabalho.

O trabalho de Pehlivan (2020) é qualitativo, ressalta o estresse dos profissionais, e a necessidade de maior treinamento.

Karadag (2019) destacou o comportamento de desviar da fala sobre a possível morte próxima dos pacientes. Ainda relata sentimentos de muito sofrimento frente ao óbito.

Fonte: o autor.

A morte em setores de emergência com relatado por Giles (2019) tem o componente organizacional que dificulta a resolução de aspectos profissionais e familiares ligados ao luto.

Cheung, Lee e Yip (2017) sugerem que a religião pode atuar como fator positivo no enfrentamento ao sofrimento causado pelo óbito do paciente, diminuindo a depressão que pode decorrer deste fato.

Chama a atenção a detecção de sofrimento profissional pela morte do paciente em enfermeiros de avariados locais e culturas, bem como com vários tipos de estudos Também é possível a verificação da importância do sofrimento e luto destes profissionais. Ressaltada a necessidade de mais estudo e mais treinamento sobre este tema do sofrimento do profissional da enfermagem frente ao óbito do paciente (TRANTER; JOSLAND; TURNER, 2016; KHALAF *et al.*, 2018; KARADAG *et al.*, 2019).

Tabela 2 Síntese dos artigos sobre sofrimento da enfermagem.

Autor	N	Objetivo	Tipo e desenho de estudo	Resultado
Tranter et al	52	Avaliar o óbito em situações de hemodiálise	Estudo descritivo transversal qualitativo.	Importância do apego e do componente religioso
Santos et al	11	Através do pensamento de Dejours pela psicodinâmica do trabalho, avaliar as reações ao óbito	Estudo descritivo transversal qualitativo.	Foram relatados elementos de sofrimento e prazer pelo trabalho realizado, mas com maior necessidade de treinamento.
Pehlivan et al	203	Correlacionar ansiedade e morte do paciente	Estudo descritivo transversal quantitativo.	Foi detectada ansiedade nas situações de óbito. Maior necessidade de treinamento.
Khalaf et al	21	Avaliar os mecanismos de enfrentamento frente ao óbito do paciente.	Estudo descritivo transversal qualitativo fenomenologia Heideggeriana.	Foi relatado o luto, como se fosse da família. Indicada maior necessidade de treinamento.
Karadag et al	189	Determinar as influências culturais frente ao óbito do paciente..	Estudo descritivo transversal quantitativo.	Foi relatado sofrimento independentemente de influências culturais, Há necessidade de mais treinamento.
Giles et al	211	Avaliar as reações ao óbito em emergências.	Estudo descritivo transversal qualitativo.	Embora seja desejado o auxílio, mas a estrutura organizacional não permite.
Cheung et al	850	Avaliar luto e depressão, com possível influência religiosa.	Estudo descritivo transversal quantitativo.	Embora a religião afete positivamente a depressão, ainda não é adequadamente utilizada.
Betrian et al	14	Descrever a influência da religião frente ao sofrimento pela morte do paciente	Estudo descritivo transversal qualitativo fenomenológico.	Foi encontrado sofrimento frente ao óbito, com pouca estratégias de enfrentamento.

Cabe ressaltar que os qualitativos fenomenológicos procuraram observar a percepção dos profissionais, os quais podem relatar as suas opiniões (KHALAF *et al.*, 2018; BETRIANA; KONGSUWAN, 2019) .

A necessidade de maior treinamento foi muito ressaltada pela maioria dos investigadores. (SANTOS *et al.*, 2016; KHALAF *et al.*, 2018; KARADAG *et al.*, 2019; PEHLIVAN *et al.*, 2020).

A religião foi caracterizada como um componente importante no enfrentamento ao sofrimento, embora ainda não tenha sido descrita como sendo utilizada em toda a sua potencialidade (TRANTER; JOSLAND; TURNER, 2016; CHEUNG; LEE; YIP, 2017; KARADAG *et al.*, 2019).

A atividade profissional também foi influenciada, com relatos de sentimentos de desespero durante a atividade profissional em momentos de óbito do paciente (KARADAG *et al.*, 2019).

Outro aspecto a ser destacado é a atitude de não se falar a cerca da morte que se diagnostica como próxima em termos temporais, o profissional procura evitar esta comunicação ao paciente (TRANTER; JOSLAND; TURNER, 2016; KARADAG *et al.*, 2019).

Os trabalhos destacaram a presença de sofrimento e sentimento de lutos frente ao óbito o paciente, em diferentes culturas e países, a proximidade e o apego da enfermagem ao paciente também foi ressaltada e correlacionada com sentimento de luto (DESTRO *et al.*, 2022a).

Ainda é pouco investigada a influência do sofrimento do profissional na sua atividade de trabalho, bem como os mecanismos de enfrentamento a este sofrimento. Também foi muito destacada a necessidade de treinamento do profissional, embora não tenha sido descrito qual seria o tipo de treinamento a ser realizado (DESTRO *et al.*, 2022a).

Assim, estes trabalhos avaliados descreveram a presença do sofrimento do profissional de enfermagem frente ao óbito do paciente, desenvolvimento de luto e poucos mecanismos de enfrentamento adequado. Não houve a descrição de embasamento para o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento, embora tenha sido relatada a importância de maior treinamento para as situações que envolvam a morte do paciente (DESTRO *et al.*, 2022a).

### 1.8.2 O sofrimento do médico devido ao óbito do paciente.

Com o objetivo de avaliar o estado da arte, bem como a relevância do estudo do tema envolvendo o sofrimento do médico em caso de óbito do paciente foi realizada uma busca nas bases de dados *Health Information from the National Library of Medicine (Medline: Pubmed, Scopus, Web of Science, Scientific Eletronic Library On-Line (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Literatura (CINAHL)* Período envolvido foi de 2017 a 2022. Realizou-se a procura entre os meses de maio e agosto de 2022. Os descritores utilizados foram: Médico/Médico/Physicians. Sofrimento Mental/Estrés Psicológico/Stress Psychological. Morte/Muerte/Death.

Foram incluídos os artigos em inglês, espanhol e português, relacionados com tema de pesquisa que é o sofrimento do médico correlacionado com a morte do paciente. Foram excluídos os artigos duplicados, revisões, artigos de opinião e cartas ao editor.

Foram localizados 273 artigos, sendo 48 na Pubmed, 26 na Cinahl, 111 na Scopus, 20 na Web of Science, 14 na Lilacs e 54 na Scielo. Destes foram excluídos 56 por serem repetidos, 164 após leitura do resumo e 46 após a leitura completa. Restaram sete artigos para serem avaliados

A síntese dos artigos está relacionada na tabela sintetizada na tabela 2. Ressalta-se a variedade das metodologias, bem como a ampla distribuição geográfica, com artigos da Europa, Oriente Médio, América do Norte e América do Sul.

Tabela 3 – Síntese dos artigos sobre sofrimento médico

<b>Autor</b>	<b>N</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo e desenho de estudo</b>	<b>Resultado</b>
ffrench-O'Carrol et al	28	Avaliar o óbito de crianças aos cuidados de médico recém formados.	Estudo prospectivo, observacional. Qualitativo e quantitativo.	Presença de sofrimento e relatos de luto. Falta de apoio institucional
Granek et al	177	Verificar o comportamento de médicos oncologistas frente ao óbito dos pacientes	Estudo transversal quantitativo.	Maior grau de sofrimento em profissionais que relacionavam a expressão dos sentimentos como fraqueza profissional.
Laor-Maayany et al	74	Avaliar o sentimento de médicos oncologistas quando ocorre o óbito do paciente	Estudo transversal quantitativo.	Detectado sofrimento profissional em graus variados e a necessidade de intervenção institucional para auxiliar no processo de enfrentamento a este sofrimento
Linane et al	110	Observar o comportamento de médicos recém-formados quando ocorre óbito.	Estudo transversal qualitativo.	Foi detectado sofrimento profissional e necessidade de mais treinamento.
Medisaukait e et al	227	Avaliar o enfrentamento ao sofrimento de médicos pelo óbito de pacientes.	Estudo prospectivo randomizado	Houve diminuição do sofrimento profissional com a intervenção utilizada.
Popa-Velea et al	69	Verificar a eficácia de método Balint para o enfrentamento ao sofrimento de médicos pelo óbito de pacientes	Estudo prospectivo randomizado quantitativo	Houve benefício com o uso do método de enfrentamento.
Tamada et al	9	Avaliar a formação acadêmica de médicos em relação ao óbito de pacientes e como estes enfrentam este sofrimento.	Pesquisa descritiva, transversal, qualitativa	Foram relatados variados métodos de enfrentamento, a maioria na busca de lazer para enfrentar o sofrimento. Relatada necessidade de maior preparo acadêmico..

Fonte: o autor

O estudo de French-O'Carroll et al (2019) avaliou médicos formados há pouco tempo e detectou situações de sofrimento pelo óbito do paciente e pouco amparo

Já Granek et al (2017) avaliou médicos oncologistas após a morte de seus pacientes. Naqueles que mais negaram a expressão de sentimentos, houve detecção de maior grau de sofrimento.

O trabalho de Laor-Maayany et al (2020) e de Linane et al (2019) detectaram sofrimento relacionado ao óbito do paciente e necessidade de maior treinamento para estas situações.

A cerca da utilização de métodos de enfrentamento ao sofrimento do profissional médico pelo óbito do paciente, os trabalhos de Medisauskaite et al (2019), Popa-Velea et al (2019) e Tamada et al (2017) relatam o sofrimento destes profissionais, bem como o benefício potencial do desenvolvimento de métodos de enfrentamento a este sofrimento.

Os artigos científicos descreveram a presença do sofrimento do médico frente ao óbito do paciente, o qual pode ocorrer em vários graus, com também variada consequência na saúde mental destes profissionais (DESTRO *et al.*, 2022b).

Também foi relatada a descrição de necessidade de maior treinamento, tanto durante a formação acadêmica, quanto durante a atuação profissional. Com relação a utilização de métodos de enfrentamento com orientação e condução pela instituição, foram encontrados resultados positivos, com diminuição do sofrimento do profissional (DESTRO *et al.*, 2022b).

Estas duas avaliações da literatura científica a cerca do sofrimento tanto de médicos quanto de enfermagem frente ao óbito dos pacientes tiveram conclusões semelhantes. Estes profissionais podem apresentar grau variado de sofrimento. Este foi descrito em diferentes continentes, culturas e tipos de serviços. Na maior parte dos casos o sofrimento é silencioso, e pode acometer a saúde mental do profissional. Há vários relatos de treinamento insuficiente durante a vida acadêmica com indicativo de maior observação para o preparo destes profissionais para lidar com situações de morte. O apoio institucional para o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento a este sofrimento foi descrito como ausente ou insuficiente, levando os profissionais a desenvolverem mecanismos de enfrentamento tendo por base as suas experiências pessoais, o apoio de familiares ou de colegas de trabalho sem um treinamento específico para tal.

Este conjunto de fatores pode resultar na criação de mecanismos de enfrentamento inadequados ou insuficientes, que pode levar a um quadro de sofrimento patológico. As consequências relatadas variam desde sentimento de tristeza, fracasso, depressão, desespero, até quadros clássicos de Síndrome de Burnout.

Os poucos relatos sobre o apoio institucional para a criação de mecanismos de enfrentamento ao sofrimento demonstram potencial benefício, mas ainda requerem mais estudos a cerca da compreensão de como estes mecanismos de enfrentamento são elaborados pelo indivíduo, o modo como este apoio pode ser oferecido pelas instituições, e como este profissional pode ser abordado, pois em alguns casos nem mesmo o profissional reconhece ou aceita a presença deste sofrimento.

Assim há vários aspectos a serem mais bem compreendidos para o oferecimento de auxílio a médicos e enfermeiros que sofrem no ambiente de trabalho, principalmente em situações que envolvem o sofrimento e a morte dos pacientes. Assim os formuladores dos currículos das universidades poderão ter mais subsídios para a formação mais adequada com relação ao comportamento do futuro profissional frente à morte do paciente. Os gestores das instituições de saúde poderão a compreender a existência deste sofrimento dos profissionais, e oferecer intervenções adequadas de apoio institucional, para que estes profissionais desenvolvam mecanismos adequados de enfrentamento a este sofrimento.

## **2 REFERENCIAL TEMÁTICO: CUIDADO PALIATIVO**

### **2.1 O CUIDADO PALIATIVO**

A Organização Mundial da Saúde aprimorou a definição para cuidado paliativo, evidenciou a preocupação com a qualidade de vida dos pacientes e familiares portadores de doenças ameaçadoras da vida, o sofrimento deve ser tratado, mas também deve ser prevenido, obviamente com todo esforço para o diagnóstico; enfatiza a necessidade tratamento da dor, mas também chama a atenção para outros problemas que podem ser de ordem física, psicossocial ou espiritual (WHO, 2002), estes conceitos foram reiterados posteriormente no Atlas Global de Cuidados Paliativos (CONNOR; SEPULVEDA, 2014).

Os princípios que norteiam o cuidado paliativo são respeitados quando há o alívio dos sintomas angustiantes, principalmente a dor; também se deve compreender que a morte é um processo normal e não deveria ser adiantada ou atrasada; manter o paciente o mais ativo possível; dar apoio à família, inclusive no luto; ter preocupação com a qualidade de vida; incluir o cuidado psicossocial e espiritual; esta abordagem deve ser iniciada no curso inicial da doença (WHO, 2002).

O cuidado paliativo no Brasil teve início no Rio Grande do Sul 1983, o próximo serviço foi da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo de 1986. Em 1988 o INCA IV foi inaugurado, uma sua unidade exclusiva para o cuidado paliativo. No ano 2.000 o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo iniciou o seu serviço, em 2003 foi criada uma enfermaria exclusiva para cuidado paliativo (HERMES; LAMARCA, 2013).

Como o cuidado paliativo traz o cuidado do paciente nos aspectos físico, mental, espiritual e social, há necessidade de equipe multiprofissional, que deve trabalhar de modo integrado. O paciente em estado terminal deve ser cuidado de modo integral (HERMES; LAMARCA, 2013).

O cuidado paliativo envolve o cuidado de pacientes com amplo espectro de patologias, principalmente as crônicas e degenerativas, como as neoplasias malignas, doenças neurológicas, cardiológicas, nefrológicas, pneumológicas, infectocontagiosas e hepáticas. É importante também ressaltar que estas indicações não apresentam restrições de acordo com a faixa etária, pois embora a faixa etária de idosos seja a maioria com indicação de cuidados paliativos, a faixa etária de jovem e de população pediátrica, inclusive neonatal também tem possibilidade de receberem cuidados paliativos (DOYLE, 2009; MACIEL, 2012; CONNOR; SEPULVEDA, 2014; JOHNSTON *et al.*, 2021; DESTRO *et al.*, 2022).

A enfermagem sendo uma ciência e arte de cuidar do paciente, no cuidado paliativo busca a sobrevida com maior qualidade, bem como morte a digna. Mas por falta de preparo para lidar com pacientes que estão em fase terminal, pode haver estresse e afastamento do adequado atendimento na fase final de vida (HERMES; LAMARCA, 2013).

## 2.2 A SEDAÇÃO PALIATIVA

A sedação paliativa é utilizada como o último recurso para aliviar sintomas graves e refratários no final da vida. Tem como objetivo diminuir a carga de sofrimento intolerável para pacientes em terminalidade de modo a preservar a dignidade do paciente, diminuindo também o sofrimento dos profissionais envolvidos no tratamento. Pode ser utilizada tanto em crianças como em adultos com doença avançada e incurável, ou seja, em fase terminal. Os sintomas refratários mais comumente presentes são dor, dispneia, convulsão, *delírium* agitado, hemorragia intensa e sofrimento existencial (CHERNY; RADBRUCH, 2009).

Com relação aos sintomas refratários, ele pode ser assim definido quando não pode ser controlado de maneira adequada sem comprometer de modo muito importante a consciência do paciente. Os sintomas estão presentes após a falha de todos os outros tratamentos disponíveis, invasivos ou não invasivos, ou são associados a efeitos adversos intoleráveis bem como seja improvável que ofereça o alívio adequado dentro de um prazo tolerável. É necessário que haja consenso da equipe, que esta seja capacitada e esteja disponível para avaliações recorrentes, com adequada comunicação para com a família e com o paciente, neste caso, quando isto ainda seja possível (BELLER; VAN DRIEL; *et al.*, 2015).

Com relação à sedação paliativa em casos de sofrimento existencial como sintoma refratário, que causa sofrimento intolerável a paciente em fase terminal deve haver conferências multidisciplinares envolvendo a psiquiatria, capelania, ética, cuidador direto. Deve ser determinada por médico habilitado neste tipo de cuidado, bem como tendo sido tentadas as alternativas de cuidados para a ansiedade e depressão (BELLER; VAN DRIEL; *et al.*, 2015).

Deve-se ter em mente que não se deve utilizar a sedação paliativa quando há sinais de morte próxima, por pedido da família ou por ansiedade da equipe de saúde. Quando bem indicada e conduzida de modo correta, a sedação paliativa não apresenta traz ao paciente diferença de sobrevida quando comparada aos que não receberam tal tratamento, entretanto aqueles que não a receberam tiveram maior grau de sofrimento, sendo este estendido para a família e para equipe de cuidados (CHERNY; RADBRUCH, 2009).



### 2.3 A EXTUBAÇÃO PALIATIVA

A extubação paliativa é a retirada da ventilação mecânica de um paciente diante de um quadro clínico em que a morte seja esperada, após tendo sido constatado que tais medidas invasivas de tratamento tenham se demonstrado incapazes de atingir o objetivo esperado de cuidado ao paciente, com duração ou grau de invasão seja inaceitável para o paciente. Quando houver a definição que a ventilação mecânica invasiva não atingiu os objetivos desejados para alcançar melhora clínica e possibilidade de recuperação de qualidade de vida, prolongando o sofrimento do paciente e da família. Neste caso este procedimento pode ser considerado terapêutico (VON GUNTEN; WEISSMAN, 2003).

Para que seja possível se considerar a extubação paliativa deve ser considerada a vontade prévia do paciente, os valores da família e envolver a equipe multiprofissional. Não se trata de suspensão ou retirada de cuidados, mas mudança de foco do cuidado para o prolongamento do tempo de vida para o alívio do sofrimento (VON GUNTEN; WEISSMAN, 2003).

Para o planejamento da extubação paliativa deve haver reunião com a família nas primeiras quarenta e oito horas da admissão na unidade de terapia intensiva, explicação da condição do paciente, o esclarecimento dos valores do paciente, promover o suporte e manter relação de confiança com esta família (LANKEN *et al.*, 2008; KON *et al.*, 2016).

### 2.4 O PROCESSO DE MORRER

É possível reconhecer os pacientes que estão ou que não estão em fase de morte iminente, isto é, em até 72 horas. Este reconhecimento é fundamental para o início dos cuidados específicos requeridos para a fase final de vida. Entretanto pode haver falhas no reconhecimento desta fase final de vida, indicando maior necessidade de treinamento durante a formação profissional (WHITE *et al.*, 2018).

A fase final da vida de pacientes gravemente enfermos deve ser reconhecida e o profissional de saúde deve agir com compaixão e humanidade para que o paciente possa estar com os seus entes queridos, no local de sua escolha. Os principais sinais e sintomas desta

terminalidade são a anorexia e nenhuma ingestão de líquidos, imobilidade, alteração cognitiva, mioclônus, dor, colapso periférico, falências funcionais, rápido declínio da condição clínica global, decréscimo na diurese, incontinência, aumento da ansiedade e ronco final (WHITE *et al.*, 2019).

## 2.5 A MORTE

Nas sociedades ocidentais, a morte foi inserida na sociedade de diferentes formas, um primeiro momento houve proximidade com este processo, morte domada, e outro momento em que a morte é afastada da sociedade, morte interdita, e um terceiro momento de reumanização da morte (KOVÁCS, 2014).

A morte domada é a morte familiar. Ocorreu por centenas de anos até o recente desenvolvimento tecnológico da saúde (ARIÊS, 2012).

É aguardada no leito. O expirante é organizada, comanda e é conhecedor dos protocolos. Predomina a simplicidade, os ritos embora realizados cerimonialmente, não contam com drama ou emoções em excesso (ARIÊS, 2012).

A morte domada é pública, há livre acesso ao quarto do moribundo, para parentes, amigos e vizinhos, inclusive com a presença das crianças (ARIÊS, 2012).

Por volta do início do século XX surge a atitude moderna diante da morte, para preservar a felicidade há a interdição da morte (ARIÊS, 2012).

Na era moderna trouxe perda da autonomia e da autonomia do processo de morrer. A tecnologia criou um ambiente desumano, os médicos e enfermeiros podem se sentir sobrecarregados por estas inovações tecnológicas e eventualmente realizar procedimentos que nem sempre concordam (KOVÁCS, 2014).

O progresso tecnológico na área da saúde é muito grande, encantando profissionais da saúde, pacientes e familiares. Vislumbra-se a possibilidade de cura em todos os casos, mesmo quando não é possível. Isto pode levar ao prolongamento do processo de morrer e deslocamento do local da morte das casas para os hospitais. A morte interdita é mais bem percebida no ambiente hospitalar (KOVÁCS, 2014).

A impossibilidade da manifestação da dor, a interdição da manifestação pública do sofrer pode agravar o trauma devido à morte do ente querido. O morto perde a sua posição eminente e reconhecida. A morte nos hospitais torna-se desumana, cruel e solitária. Inibe as reações do círculo médico e familiar (ARIÊS, 2012).

A interdição da morte está relacionada com o óbito em ambiente hospitalar, o paciente visto como derrotado pela doença, afastado da família. Uma morte silenciosa, solitária, distante e asséptica. Não há cabe a expressão dos sentimentos ou rituais. Neste ambiente de morte interdita, o silêncio impera. Em quadro de obstinação terapêutica, quando o processo de morrer é prolongado com sofrimento e sem esperança de cura ou de melhora, a atividade profissional torna-se penosa. Há estresse e possível colapso na relação entre paciente, familiares e equipe (KOVÁCS, 2014).

Por volta da metade do século vinte foi iniciado um movimento de reflexão sobre a qualidade do fim de vida, através de programas de cuidados paliativos, em com isto surgiram tentativas para reumanizar a morte. A morte humanizada traz novamente o paciente em posição central, bem como este se apropria de seu processo de morrer. Há respeito pela morte, comportamento humilde e se evita tratá-la de modo banal ou bani-la (KOVÁCS, 2014).

## 2.6 O LUTO

O luto é uma reação à perda, como a de cônjuge, filho, pai, mãe, amigo, emprego, pelo divórcio, mudança de domicílio, migração, perda da saúde, incapacitação, aposentadoria, demissão, perda profissional (PARKES, 1998; ZEITLIN, 2001).

Deve-se destacar que o luto um processo subjetivo e individual, deste modo a maneira como cada indivíduo irá vivenciar este fenômeno será particular e o grau de sofrimento vivenciado também será individual (ZEITLIN, 2001).

Os estudos de Elizabeth Kubler Ross ampliaram a compreensão sobre o processo de morrer, Cicely Saunders estendeu a humanização dos cuidados em fim de vida juntamente com outros pioneiros do movimento hospices (PARKES, 1998).

Segundo o modelo de Kubler Ross a evolução do luto tem seu alicerce em cinco fases: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Deste modo, ocorre o enfrentamento do luto, até a sua resolução, entretanto nem sempre ocorrem estas fases (KÜBLER-ROSS, 1969).

Os principais componentes que envolvem o processo de luto normal são a urgência de olhar para trás, o choro e procurar pelo o que foi perdido. De acordo com outro modelo, no momento da morte ocorre grande estresse, que logo é substituído por um período de entorpecimento que pode levar horas ou dias. Esta primeira fase é seguida por outra em que há grande sentimento de fixação à pessoa perdida e intensa ansiedade. Perda de peso, concentração diminuída, sente-se deprimida e irritada. Na terceira fase há desorganização e desespero. Estes sentimentos gradativamente diminuem, mas com períodos de recrudescimento, que gradativamente se tornam mais espaçados e entra na quarta fase de reorganização (PARKES, 1998).

De acordo com o modelo dual de enfrentamento do luto há oscilação entre momentos de perda e de restauração. Há um processo dinâmico de ida e volta. Momentos de confronto com a sua perda e outros momentos de se evitar as memórias da perda e concentração em outras coisas, novos papéis, reorganização da vida e afastamento do pesar (STROEBE; SCHUT, 1999).

Deve ser notado que de acordo com o modelo dual do luto de perda e restauração, o momento de perda está ligado a um estressor ligado à lembrança da perda, enquanto que o momento de restauração está ligado a um segundo estressor como a finanças. Há oscilação entre dois estressores (STROEBE; SCHUT; BOERNER, 2010).

O modelo dual do luto se refere a estratégias ou estilos de manejo de modo individual. Se o enfrentamento do luto é efetivo, há redução no dano mental e físico (STROEBE; SCHUT, 2010).

A evolução do luto pode ser não resolutive, deste modo haverá o luto complicado, que pode ser inibido, adiado ou crônico (PARKES, 1965). Este comportamento pode ocorrer principalmente nas perdas mais significativas familiares súbitas e violentas e prejudica a função em domínios importantes físicos e psicológicos (MILLER, 2012).

O luto inibido e o adiado estão mais relacionados ao aspecto de restauração, enquanto o luto crônico está mais voltado ao aspecto de perda (STROEBE; SCHUT, 1999).

No luto inibido o indivíduo não demonstra emoção apesar da realidade da morte, aparenta uma reação automática como resultado de bloqueio ativo. O luto adiado apresenta comportamento semelhante ao anterior, mas as emoções surgem geralmente após um gatilho. Durante o luto crônico as emoções normais esperadas permanecem, mas não há diminuição com o passar do tempo (WOOLF; CARTER, 1997).

Deve-se destacar que o luto está relacionado com o desenvolvimento de patologias físicas e mentais. Programas de intervenção devem ser estabelecidos focando os grupos de alto risco como luto complicado ou naqueles casos relacionados com distúrbios de estresse e depressão (STROEBE; SCHUT; STROEBE, 2007).

## 2.7 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE.

Os conceitos de espiritualidade e de religiosidade são importantes para a compreensão da ligação de ambas com a saúde, bem como para a verificação dos contextos históricos a cerca dos movimentos de aproximação e afastamento destas para com a saúde individual e os cuidados oferecidos por serviços de saúde (KOENIG, 2001).

A espiritualidade é a busca pessoal para o próprio existir e agir. Manifesta-se na procura de valores profundos que regem o próprio humano, é um mergulho que se faz em si mesmo. Não implica nenhuma ligação com a religiosidade ou uma realidade superior (HILL *et al.*, 2000; KOENIG, 2009; DIAS *et al.*, 2020).

A religiosidade é um sistema organizado de rituais, dogmas, práticas, crenças e símbolos para facilitar a aproximação do indivíduo com o transcendente, sagrado, espírito ou Deus. É a busca de respostas para o sentido da vida (HILL *et al.*, 2000; KOENIG, 2009; FLORES *et al.*, 2020).

Hill (2000) também chama a atenção que a religiosidade e a espiritualidade são fenômenos inerentemente entrelaçados. O estudo de um destes fenômenos não deve excluir o estudo do outro, pois o estudo de ambos os fenômenos traz a oportunidade de se avaliar as semelhanças e as diferenças entre eles, mesmo porque muitos indivíduos podem integrar ambas as construções sem suas vidas. Também não se deve colocar em oposição o indivíduo e

a instituição ou simplificar demais estes constructos complexos para não confundir sua definição e medição desses conceitos com os seus resultados.

Uma longa tradição histórica conecta os cuidados de saúde e a religião. Os primeiros hospitais da civilização ocidental foram construídos por grupos religiosos no século IV para cuidar daqueles que não podiam pagar por serviços médicos privados. Nos próximos mil anos foram estes grupos religiosos que edificaram os hospitais, forneceram treinamento para os médicos e os licenciaram para a prática da medicina. Do mesmo modo, a profissão da enfermagem também surgiu diretamente das ordens religiosas. Entretanto no final do século XVII a medicina havia se separado quase completamente de seus primórdios religiosos (KOENIG, 2001).

Como descrito por Koenig (2009) no final do século XIX Jean Charcot e Sigmund Freud começaram a associar religião com histeria e neurose. Como consequência houve uma grande separação dos cuidados de saúde com a religião no século seguinte, com publicações neste sentido por três gerações de pesquisadores (FREUD; STRACHEY, 1975; ELLIS, 1988; SCHNER, 1994; JONES, 2007).

Em meados da década de 1880 o neurologista Jean Charcot relata possíveis aspectos neuróticos e histéricos da religião. Freud enfatizou esta eventual associação em uma série de publicações muito difundidas. Estas publicações ocorreram de 1907 até 1939, sendo as obras principais *Atos e Práticas Obsessivas* (1962), *Psicanálise e Religião*, *Futuro de uma Ilusão* (1975) e *Moisés e Monoteísmo* (1939). Estes escritos provocaram uma separação entre religião e saúde mental. Por outro lado as pesquisas que examinam religião, espiritualidade e saúde têm aumentado rapidamente em uma gama de disciplinas que abrange a medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, saúde pública, sociologia, psicologia, religião, espiritualidade, pastoral, capelania, estudos populacionais, economia e direito (KOENIG, 2012).

A religiosidade e a espiritualidade podem afetar a saúde mental, e há muita pesquisa sobre os mecanismos, e estas tem ressaltado a complexidade para se compreender como a fé e as crenças podem se relacionar com a saúde ou a doença. Deve-se estar ciente que esta dimensão da vida é um fator chave na saúde mental. Para os mecanismos de enfrentamento pode influenciar de modo positivo ou negativo, sendo importante a exploração do significado para cada pessoa. Outro fator importante são as intervenções que utilizam o voluntariado, o

perdão e a gratidão que tem demonstrado um resultado positivo (BAETZ; TOEWS, 2009; LUCCHETTI; KOENIG; LUCCHETTI, 2021).

O interesse da religiosidade e a espiritualidade na ciência da psicologia e áreas correlatas cresceram devido aos trabalhos científicos recentes que observaram associações positivas entre religiosidade e a espiritualidade e saúde. A neurociência e a ciência cognitiva também têm buscado explicações fisiológicas para esta relação, e há boas razões para se esperar que esta relação tenha consequências positivas na saúde mental e física. A identificação de mecanismos fisiológicos que intermedeiam esta relação não remove ou explica estes efeitos, mas podem ajudar a esclarecer como estes mecanismos tem um papel de para que a religiosidade e a espiritualidade sejam incorporadas à experiência humana (SEYBOLD, 2007).

O sofrimento causado por doença pode encontrar na vivência da espiritualidade um meio para se ter forças para o enfrentamento deste sofrimento, isto deve ser notado e respeitado pelo profissional da saúde, pois além da compreensão e apoio é um meio de relação direta entre o profissional de saúde e o usuário, dentro da visão da humanidade e integralidade em saúde. Estes profissionais devem estar atentos à possibilidade de convergência entre espiritualidade, saúde e bem-estar (DIAS *et al.*, 2020).

A ausência de religiosidade ou espiritualidade é descrita como fator de risco para sofrimento profissional na área da saúde, principalmente se associado com idade jovem, pouco tempo de atividade profissional, sintomas depressivos maiores e estresse, esgotamento profissional e erro na atuação profissional. Estes sintomas podem se tornar incapacitantes (MANTRI *et al.*, 2021).

Dentre os mecanismos de enfrentamento ao sofrimento, a religiosidade e/ou espiritualidade pode oferecer um senso de coerência e significado para que o indivíduo compreenda o seu papel no universo, identifique um propósito para a sua vida e desenvolva modos de enfrentar o sofrimento. Entretanto pode não haver somente benefícios para a saúde e o bem-estar por haver uma significação do sofrimento proporcionado pela religiosidade e ou espiritualidade, pois pode levar o indivíduo a sofrer muito, mas minimizar os riscos deste sofrimento por ter encontrado um significado para este (GEORGE *et al.*, 2000).

Há muitos pontos onde a religiosidade e/ou espiritualidade pode influenciar a saúde. As formas tangíveis e intangíveis de apoio social oferecida pelos membros de um grupo

religioso ou espiritual. Atividades particulares ou atitudes comportamentais na vida privada como a oração, a meditação, a leitura de literatura sagrada e o acesso a programas destes temas pelo rádio ou televisão. A participação em um grupo religioso ou espiritual, bem como a duração da participação nestes grupos. As experiências religiosas ou espirituais que provocaram mudança na vida do indivíduo. A extensão e o modo como as práticas religiosas são utilizadas para o enfrentamento do sofrimento e para lidar com situações de estresse. A presença de valores espirituais e religiosos, com ênfase na importância relativa destes valores em relação aos outros aspectos da vida e como isto afeta o comportamento individual. A motivação espiritual e/ou religiosa para a regulação dos relacionamentos, principalmente para a reconciliação com possível adequação de relacionamentos interpessoais, com medidas preponderantemente voltadas para o perdão. As experiências pessoais com o sagrado e o divino que tenham reflexo nas emoções e sensações (GEORGE *et al.*, 2000).

O envolvimento espiritual e religioso está associado a benefícios de saúde e resistência ao estresse. Considerando que a espiritualidade e a religiosidade podem aumentar a resistência ou a coerência, então este é um modo para elevar a capacidade do indivíduo de dar sentido à sua experiência, de encontrar significado e, assim, obter maior resistência ao estresse e melhorar a saúde (LAWLER; YOUNGER, 2002; BALBONI *et al.*, 2022).

## 2.8 A SÍNDROME DE *BURNOUT*

A Síndrome de Burnout deriva do inglês *to burn out* e significa queimar-se, consumir-se. Esta nomenclatura foi primariamente utilizada pelo psicanalista Herbert Freudenberg (1974) que notou falta de estímulo emocional e sensação de esgotamento na sua atividade laboral. Este autor também citou fadiga, depressão, irritação e inflexibilidade. A definição final desta síndrome ficou composta pelo tripé exaustão profissional, despersonalização e falta de realização (MASLACH; LEITER, 1999; SILVA, Da C M; LOUREIRO; PERES, 2008; MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2018).

A Organização Mundial de Saúde classifica a Síndrome de Burnout no CID-11 com o código QD85, no CID-10 recebeu a classificação Z73. É conceituada como resultante de estresse crônico no ambiente de trabalho que não foi gerenciado adequadamente. É caracterizado em três dimensões, o sentimento de perda de energia ou exaustão, aumento da



distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo em relação ao trabalho, e eficácia profissional reduzida. Refere-se a fenômeno no contexto ocupacional apenas.

É importante ressaltar que a Síndrome de Burnout desenvolve-se gradualmente, insidioso, de forma lenta e progressiva. Tem consequências muito importantes para o profissional, afeta tanto a vida profissional como a individual. Pode levar a afastamento temporário ou definitivo do trabalho. Salienta-se a necessidade de apoio institucional e a busca de medidas de enfrentamento ao estresse como relaxamento, atividades físicas, musicoterapia, bem-estar para a mente e o corpo (FARIAS *et al.*, 2017).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, 23,1% dos médicos no Brasil tem o diagnóstico de Síndrome de *Burnout* em alto grau, levando-se em consideração todos os estados, em uma grande amostra de 7,7 mil profissionais (MASSUD; BARBOSA, 2007).

Ao se observar a presença de Síndrome de *Burnout* em médicos em nível mundial percebe-se a gravidade do problema, pois está presente em cerca de metade dos profissionais, sendo um terço de modo grave e um décimo de modo já irremediável. A presença de estresse contínuo, o cuidar de pacientes em sofrimento, o óbito, a responsabilidade sobre os atos praticados, pressões por desempenho em relação aos resultados das terapias e aos aspectos financeiros, desvalorização profissional e até mesmo hostilidade podem levar ao desenvolvimento de sofrimento crônico deste profissional, desencadeando a síndrome de *Burnout* (GONZÁLEZ; GONZÁLEZ, 1998; TUCUNDUVA *et al.*, 2006).

Com relação ao sofrimento do profissional médico frente ao óbito do paciente merece especial atenção por ser um aspecto em que tem pouco treinamento durante a formação médica, e se torna importante em situações que envolvem grande sofrimento do paciente, dificuldades pessoais e institucionais para a gestão adequada de pacientes em terminalidade, a dificuldade de apoio em episódios de desenvolvimento de luto, o qual se torna não reconhecido e não aceito tanto pelos profissionais e pelas instituições. Somado a isto está a escassez de estratégias pessoais e institucionais para o enfrentamento adequado deste sofrimento do profissional (DESTRO *et al.*, 2022b).

A enfermagem é uma das profissões mais estressantes devido à complexidade de muitos dos procedimentos necessários, grau de responsabilidade, contato com situações de sofrimento do paciente e óbito, riscos físicos, químicos biológicos e psíquicos que propicia

eventual acidente de trabalho, trabalho por turnos. Estes fatores em conjunto aumentam a ansiedade e a angústia frequentemente levando ao estresse (RISSARDO; GASPARINO, 2013).

A Síndrome de Burnout está presente em uma parte muito significativa de trabalhadores de enfermagem. A maior parte do sexo feminino e adulto jovem, sendo fontes geradoras as relações institucionais, carência de materiais, sobrecarga de trabalho, conflitos com a hierarquia superior, medo de demissão, óbito de pacientes, o contato com o sofrimento e a morte (FARIAS *et al.*, 2017).

A morte do paciente é um fator gerador de estresse para o profissional de enfermagem e pode levar ao sofrimento e sentimento de luto. Devido aos aspectos de cuidado inerentes da profissão de enfermagem, há grande proximidade com o paciente e há eventual ligação com o mesmo e com a família. Assim, todo o processo de sofrimento e o óbito final é muito vivenciado pela equipe de enfermagem, geralmente com isolamento do paciente em ambientes hospitalares, principalmente em unidades de terapia intensiva. Há pouco apoio institucional para se lidar com eventual luto deste profissional, bem como poucos mecanismos de enfrentamento a este sofrimento do profissional. Estas estratégias de enfrentamento existem, mas são pouco difundidas e não sistematizadas (DESTRO *et al.*, 2022a).

Os dilemas éticos vivenciados durante o atendimento ao paciente, principalmente em situações de maior vulnerabilidade do paciente, como em unidade de terapia intensiva devem ser discutidos e levam o profissional a fortalecimento a cerca de seus valores interiores e poderão nortear a conduta diante de situações conflitantes, sendo importante instrumento para diminuição do estresse profissional diante destes conflitos (MEDEIROS *et al.*, 2012).

### **3 METODOLOGIA**

A pesquisa foi realizada com base em uma bibliografia composta por obras de Maurice Merleau-Ponty, Christophe Dejours e Soren Kierkegaard, bem como textos de comentadores e obras gerais considerados importantes para a problematização dos conceitos em estudo neste projeto, que envolvem o sofrimento de médicos e enfermeiros frente ao óbito do paciente e os possíveis mecanismos de enfrentamento a este sofrimento.

Com relação a Merleau-Ponty foi utilizada a obra *Fenomenologia da Percepção* (MERLEAU-PONTY, 2018), bem como obras de seus comentadores para procurar desvelar a percepção e o sofrimento de médicos e enfermeiros devido ao processo de morte e óbito de seu paciente. Nesta obra Merleau-Ponty elucida a relação entre o homem e o mundo, tem a capacidade de devolver ao indivíduo o direito a uma existência genuína ao eliminar a contraposição entre sujeito e objeto. Não há dicotomia entre o mundo e a consciência. Não é possível definir o objeto desligando-o do sujeito para o qual ele é objeto, e também o sujeito é desvelado somente por meio dos objetos aos quais que ele se cativa.

A fenomenologia da percepção que Merleau-Ponty permite ao indivíduo entrar em contato com o mundo e a si próprio, pois é se entregando ao mundo que o indivíduo se realiza, e apropriando-se que o indivíduo captura o mundo. A existência se torna unida ao mundo dos objetos e ao mesmo tempo dá ao indivíduo a posse de seu próprio corpo. Torna evidente que não é possível supor o corpo do indivíduo como um objeto. O corpo é o modo como o indivíduo adquire o mundo, o habita, manifesta a sua existência, não é uma existência externa ao mundo, mas se realiza nele.

Assim é possível ao indivíduo estar no mundo, compreendê-lo, e o possuir. O espaço em que se colocam os objetos não é uma abstração que põe o indivíduo do lado de fora, mas a vivência do espaço é a vivência da posição do indivíduo no mundo, como se estende para o futuro, e é a expressão de toda a vida do indivíduo. O corpo organiza ativamente um campo perceptivo, um substrato para a vida, o local para a sua sincronia com o mundo, um terreno perceptivo onde o indivíduo se mantém ligado, assim não se pode estar fora do mundo. Ainda que o indivíduo não é somente para-si, que a existência do indivíduo é expressa pelo corpo dentro de uma história no tempo e não em um instante, pois o sujeito existe ligado ao um passado, presente e futuro. Assim o indivíduo não é uma consciência impessoal e atemporal.

Nesta obra Merleau-Ponty esclarece que a percepção é a comunicação e a comunhão entre o indivíduo e um objeto, que tem um significado, é familiar para o indivíduo. A sensação é a comunhão do indivíduo com um tecido intencional que é o próprio universo, a natureza fala com o indivíduo e cujo significado desta linguagem é dado pela própria estrutura dos sinais.

Entretanto, este aspecto de familiaridade dos objetos do mundo para o indivíduo, tem ao mesmo tempo algo que lhe escapa, é sempre incompleto e com mistérios, as coisas nunca são

completamente postas, estão abertas. As coisas do mundo ultrapassam o entendimento que o indivíduo tem sobre elas, assim o mundo é incompleto.

O sofrimento percebido por médicos e enfermeiros pode trazer sofrimento a estes profissionais no ambiente de trabalho. O estudo do sofrimento no ambiente de trabalho é muito bem refletido pelos trabalhos de Christophe Dejours.

As obras de Dejours, *Psicopatologia do Trabalho* (DEJOURS, 2008) e *Psicodinâmica do Trabalho* (DEJOURS, 2004) bem como seus comentadores, são a base para a reflexão a cerca do como o sofrimento de médicos e enfermeiros tem sua dinâmica dentro do processo de trabalho, o eventual surgimento de patologias a ela relacionadas e a busca de equilíbrio entre o sofrimento e a manutenção saudável da atividade profissional.

Na *Psicopatologia do Trabalho* Dejours inicia os seus estudos sobre a relação do sofrimento como elemento presente nas relações do trabalho, discorre a evolução temporal deste processo, fala sobre a psicopatologia do desemprego e da modernização capitalista., desvela o sofrimento oculto nos ambientes de trabalho, mas também a capacidade de muitos trabalhadores de suportar tal sofrimento.

No livro *Psicodinâmica do Trabalho* Dejours discorre além do trabalho como fonte de sofrimento, mas também como possibilidade de sofrimento criativo, em que trabalhadores em um exercício de resiliência encontram mecanismos para transformar a atividade laboral em um estruturante psíquico e passar do sofrimento para o prazer e a saúde. Discorre sobre o conflito entre o modelo de organização do trabalho e o funcionamento psíquico do trabalhador, os quais longe de estarem passivos frente às pressões do ambiente de trabalho, podem produzir mecanismos próprios para a proteção de saúde mental. Assim o foco de estudo passou das doenças mentais causadas pelo trabalho, para a relação entre o sofrimento e os mecanismos de defesa para o enfrentamento a este sofrimento. Neste caso foi detectada uma normalidade através de um equilíbrio instável entre o sofrimento e as defesas, mas com um mecanismo ainda enigmático.

Este enigma relatado por Dejours para o enfrentamento ao sofrimento no ambiente de trabalho pode ter em sua base a relação do ser humano com o sofrimento, a angústia e o desespero. O filósofo existencialista Soren Kierkegaard reflete sobre o desespero do homem no seu percurso da vida, e poderia elucidar um modo de vida equilibrado, mesmo na presença da angústia e do sofrimento.

Soren Kierkegaard nas obras *Diário de Um Sedutor* (KIERKEGAARD, 1979, p. 25), *Temor e Tremor* (KIERKEGAARD, 1979, p. 191), *O Matrimônio* (KIERKEGAARD, 1994), *Ou Isso ou Aquilo* (KIERKEGAARD, 1980a) e *Estádios no Caminho da Vida* (KIERKEGAARD, 1980b) e seus comentadores. Discorre sobre a existência humana e seu equilíbrio nos estádios estético, ético e religioso. Pode proporcionar o caminho para a compreensão do sofrimento bem como a busca da vida equilibrada e enfrentamento ao sofrimento. Na visão deste filósofo o indivíduo é formado por várias facetas e para transmitir o seu pensamento a cerca desta complexidade do indivíduo Kierkegaard se utiliza de vários pseudônimos e de personagens, que são explanados nas várias obras acima citadas.

Kierkegaard correlaciona o modo de vida destes personagens com os estádios estético, ético e religioso. Mas é fundamental refletir a cerca destas obras e personagem de um modo global, e compreender que estes estágios não são um a aniquilação do outro, que o homem tem a necessidade do eterno e também tem o desejo. E como elucida Gardiner (2001, p. 58) o homem não exclui a paixão ao atingir o estágio ético ou se torna somente infinito com o salto religioso, continua sendo homem e isso implica uma relação entre estes três estádios.

O estágio estético é apresentado por Kierkegaard na figura do sedutor Johannes na obra *Diário de Um Sedutor* na forma de cartas trocadas com Cornélia. O indivíduo estético valoriza o instante, procura o que sacia a vontade do corpo, tem o foco na paixão imediata e não se preocupa com o futuro, valoriza a espontaneidade e as sensações que dão prazer. Há fuga da responsabilidade. Busca a satisfação dos sentidos. Não há reflexão sobre si, o ambiente e o futuro. Entretanto, a vida baseada somente sobre esta perspectiva logo atinge o tédio e o desespero. Nesta condição de desesperado o indivíduo pode rever o seu comportamento

O estágio ético tem na figura do juiz Wilhelm o modelo de retidão de marido, apresentado por Kierkegaard principalmente na obra *O Matrimônio*, mas também nas obras *Ou Isso Ou Aquilo* e *Estágio no Caminho da vida*. O desespero sentido pelo indivíduo quando tem a sua vida pautada pela vida estética pode levar o indivíduo a uma abordagem ética como possibilidade de vida, dentro de um padrão social e com domínio de si. Assume responsabilidades sobre si mesmo e pelo outro não como um capricho de prazer. Há preocupação relacionada com o amanhã. É dada a devida importância à estabilidade e o controle de sua liberdade, procura obedecer a moral em sua atividade, obedecer ao dever com espírito de seriedade. Compreende a ética como um princípio para a sua vida. Mas há o risco

do fracasso de uma vida em sabor, bem como por não poder atingir a plenitude espiritual. A falta do transcendente e do infinito leva ao desespero.

No estágio religioso que o indivíduo alcança a presença da eternidade, por um salto de fé. A figura bíblica de Abraão é apresentada por Kierkegaard como o modelo do homem religioso na obra *Temor e Tremor*, nesta obra o autor aborda a temática da fé, que seria uma atitude subjetiva, mas como não baseada em uma explicação possível, seria irracional. Há consciência do indivíduo da ausência da força e da racionalidade, neste ponto há um ancoradouro firme chamado fé. Não haveria negação dos estágios estético e ético, mas uma síntese de ambos, do que é exterior e do que é interior, no estágio religioso.

Na obra *Temor e Tremor* Kierkegaard explora o paradoxo da fé através da figura bíblica de Abraão, chamado cavaleiro da fé, que aceita o sacrifício de seu filho único, Isaac, como um ato de obediência a Deus. Este paradoxo da fé sintetizada nesta situação posta representa o máximo de amor e o máximo de temor. Mesmo com toda a ansiedade e sofrimento presente em Abraão, não há a perda de sua fé, pois sabe que todo o sacrifício pedido por Deus não é demasiadamente pesado e apresenta um sentido para ocorrer, mesmo se não explicado pela razão.

Kierkegaard apresenta assim uma trilogia no caminhar da vida, os estágios estético, ético e religioso. Demonstra a complexidade que envolve o existir, sua relação com a angústia, o desespero e o sofrimento. Neste caminho descrito pelo autor há a busca pela felicidade, retidão e paz espiritual em contraposição ao desespero e ao sofrimento. Como um estágio não elimina o outro, eles podem coexistir, de modo equilibrado no mesmo indivíduo, que mesmo não estando livre da angústia e do sofrimento, teria instrumentos para o seu adequado enfrentamento.

Após a reflexão dos textos destes três filósofos será proposto um Guia de Orientações para uma estratégia de enfrentamento ao sofrimento de médicos e enfermeiros pela morte do paciente.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO DE CHRISTOPHE DEJOURS

### 4.1 VIDA E OBRA

Christophe Dejours nasceu em Paris onde vive. Formado em medicina, fez doutorado e especializações em medicina do trabalho, psiquiatria e ergonomia. Foi professor da Faculdade de Medicina de Paris. Suas pesquisas são realizadas nas áreas da psicossomática e psicopatologia do trabalho. Atua no centro Hospitalar de Orsay (DEJOURS, 2018).

Foi diretor científico do Laboratório de Psicologia do Trabalho de Paris, alicerçado em três décadas de pesquisas e trabalho de campo na área das relações entre saúde e trabalho (DEJOURS, 2011).

No final dos anos setenta o grupo de trabalho liderado por Christophe Dejours reunidos na Associação pela Abertura do Campo de Investigação em Psicopatologia, tendo por foco o estudo da restauração da integridade e dignidade do homem no papel de produtos, demonstrou grande originalidade (DEJOURS, 2011).

### 4.2 PENSAMENTO

Inicialmente houve foco no estudo sobre o desgaste mental e a psicopatologia do trabalho. Posteriormente a temática mudou para a pesquisa sobre o conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico, mas de um modo diferente do modelo casualista. Esta mudança teve como consequência o surgimento da Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2011).

A Psicodinâmica do Trabalho postula que os trabalhadores não se mostram passivos frente às obrigações e pressões das organizações, mas se são capazes de se proteger dos possíveis efeitos danosos à saúde mental. Pois, embora houvesse sofrimento nestes sistemas de trabalho, muitas vezes opressores, os trabalhadores constroem sistemas defensivos, principalmente coletivos. Deste modo Dejours percebeu a necessidade modificar o seu objeto de estudo das doenças mentais causadas pelo trabalho para o sofrimento causado pelo trabalho e os sistemas de enfrentamento a este sofrimento. Esta seria então uma nova normalidade,

adquirida por um equilíbrio instável entre sofrimento e defesas, a qual se tornou seu foco de estudo (DEJOURS, 2011).

Deve-se salientar que Dejours e Merleau-Ponty têm como pontos de contato a subjetividade e uma visão integradora do homem, contrários ao dualismo psicofísico (MERLEAU-PONTY, 2018; DEJOURS, 2018).

## **5 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO DA FENOMENOLOGIA DE MAURICE MERLEAU-PONTY**

### **5.1 VIDA E OBRA**

Maurice Merleau-Ponty nasceu em 14 de março de 1908, na cidade de Rochefort, foi escritor e filósofo. Um dos principais expoentes da fenomenologia na França. Faleceu em Paris no dia 14 de maio de 1961. Estudou na École Normale Supérieure em Paris. A graduação em filosofia ocorreu em 1931. Na Universidade de Lyon foi professor de filosofia de 1945 a 1949 quando iniciou a lecionar na Universidade de Sorbonne. O Collège de France lhe concedeu a cátedra (MERLEAU-PONTY, 2018).

### **5.2 PENSAMENTO**

O verdadeiro iniciador da fenomenologia é Edmund Husserl, pois explicita que o sentido do ser e o do fenômeno não podem ser dissociados (DARTIGUES, 1992).

A fenomenologia é o estudo das essências, da essência da percepção, essência da consciência. Repõe as essências na existência. Deve-se compreender o homem e o mundo a partir de sua "facticidade". É uma tentativa de uma descrição direta de nossa experiência tal como ela é, sem deferência à sua origem psicológica ou explicações de causalidade do cientista, do historiador ou do sociólogo (MERLEAU-PONTY, 2018).



Considerado por Paul Ricoeur como o maior fenomenologista da França. Na École Normale Supérieure foi colega de Jean-Paul Sartre, Simone de Beauvoir e Simone Weil. Ao receber a cátedra de filosofia do Collège de France, tornou-se o mais jovem a receber uma cátedra naquela instituição (FUSAR-POLI P *et al.*, 2009).

Sua maior obra é a Fenomenologia da Percepção escrita em 1945. Tem por base o pensamento fenomenológico de Edmund Husserl e as vertentes existenciais de Martin Heidegger e Gabriel Marcel. Explicitou o conceito de corpo-sujeito em contra ponto ao "cogito" cartesiano (FUSAR-POLI P *et al.*, 2009).

Merleau-Ponty foi precursor da concepção do corpo vivido. Os transtornos mentais podem ser concebidos como problemas dos seres no mundo, deste modo a esquizofrenia seria compreendida como um modo de existência sem corpo (FUSAR-POLI P *et al.*, 2009).

Tentou combater os reducionismos biológicos, sociais e psicológicos, pois compreendeu as essências do mundo existencialmente. A consciência, o corpo humano e o mundo como algo perceptível são intrinsecamente interligados (FUSAR-POLI P *et al.*, 2009).

Descreveu que o homem não está preso na sua essência, pois embora possamos ser notados como objetos, também nos conectamos com outros objetos através de nossa consciência. Direcionamo-nos para coisas sem sermos reduzidos a uma coisa, assim somos intencionais (FUSAR-POLI P *et al.*, 2009).

Relatou que o sujeito é seu corpo, seu mundo e sua situação por uma espécie de troca, assim a intersubjetividade é procurar compreender que somos ambos, sujeito e objeto (FUSAR-POLI P *et al.*, 2009).

O dualismo cartesiano mente-corpo foi superado pelo conceito de "subjetividade corporificada", descreve os seres humanos como seres com envolvimento físico com o mundo, não como mentes fora de um corpo nem tão pouco como apenas máquinas complexas, ou seja, são criaturas vivas cuja subjetividade é atualizada pelo envolvimento físico com o mundo (FUSAR-POLI P *et al.*, 2009).

Merleau-Ponty faleceu antes de concluir a obra em que procurava reorientar a filosofia e a ontologia (FUSAR-POLI P *et al.*, 2009).

### 5.3 O MÉTODO FENOMENOLÓGICO

O método fenomenológica é adequado para descrever o significado comum de um conceito ou um fenômeno para vários indivíduos. Há foco na descrição do que há em comum quando vários indivíduos vivenciam um fenômeno. Deste modo, reduzir as vivências individuais com um fenômeno a uma descrição da essência universal (CRESWELL, 2014).

Há a identificação de um fenômeno, como a insônia, a raiva, ou o luto. Coletam-se os dados dos indivíduos que experimentaram o fenômeno, é então desenvolvida uma descrição que contém o que e como eles vivenciaram, ou seja, o âmago da experiência para a totalidade dos indivíduos (CRESWELL, 2014).

A fenomenologia tem base filosófica. Teve o seu início nas ideias descritas pelo matemático Edmund Husserl, as quais foram ampliadas por Heideger, Sartre e Merleau-Ponty. Tem como pressupostos filosóficos o estudo das experiências vividas das pessoas, as quais são conscientes e se detém na descrição dessas experiências, não nas explicações ou análises (CRESWELL, 2014).

Outro ponto importante a ser acentuados é que a fenomenologia procura evitar as pressuposições, ou seja, busca a suspensão ("*epoché*") de todos os juízos sobre o que é real, até que seja encontrado um fundamento mais correto. Bem como se deve ter em mente que para a fenomenologia há a intencionalidade da consciência, que ela está sempre direcionada a um objeto. E ainda que não haja dicotomia sujeito-objeto, ou seja, a realidade de um objeto é percebida apenas dentro do significado da experiência de um indivíduo (CRESWELL, 2014).

## 6 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO DE KIERKEGAARD

### 6.1 VIDA E OBRA

Sore Aabye Kierkegaard nasceu em Copenhague, Dinamarca, em 5 de maio de 1813. Graduou-se em teologia em 1840, e em 1841 recebeu o título de Mestre em Filosofia (DE OLIVEIRA, 2015).

Foi educado em meio muito religioso. Amava demasiado seu pai, Michael Pedersen Kierkegaard, que lhe transmitiu melancolia, severidade, pietismo religioso e senso de culpa. Esta religiosidade tornou-se central em sua vida, juntamente com a melancolia, com muita severidade e censura com relação ao pecado. Considerava-se muito fraco fisicamente, e descrevia a sua inteligência com compensação à fraqueza física (DE OLIVEIRA, 2015).

Houve momentos muito marcantes de sua vida e foram os quais ajudam a compreender a sua obra. Estes momentos a morte de sua mãe, o rompimento do seu noivado com Regine Olsen, o embate com o jornal O Corsário, tendo sido muito ridicularizado por este. Outro embate muito importante ocorreu com o bispo J. P. Mynster. Durante o período de embate contra a Igreja, houve um colapso nervoso, e veio a falecer em 11 de novembro de 1855 (DE OLIVEIRA, 2015).

A obra de Kierkegaard foi dividida por ele mesmo em três grupos: o primeiro, de natureza estética; o segundo grupo é somente formado pelo Pós-Escrito Não-Científico Conclusivo que é o ponto crítico, e o terceiro grupo apresenta sua produção restritamente religiosa (DE OLIVEIRA, 2015).

De outro modo, sua obra foi dividida em cinco grupos:

Os primeiros escritos, 4 obras, (1834-1841): Artigos dos tempos de estudante; A batalha entre os velhos e os novos depósitos de sabão; Dos papéis de alguém que ainda vive; O conceito de Ironia (DE OLIVEIRA, 2015).

As obras pseudonímicas ou estéticas, 9 obras, (1843-1846), onde ele cria não só histórias, mas também os autores dessas histórias e onde ele usa o método da comunicação indireta: A Alternativa; Temor e Tremor; Repetição; É preciso duvidar de tudo; Migalhas filosóficas; O conceito de angústia; Prefácios; Estações na estrada da vida; Pós-Escrito não-científico conclusivo (DE OLIVEIRA, 2015).

As obras veronímicas, 14 obras, (1843-1855), onde ele se apresenta pessoalmente e o seu método é o da comunicação direta: Dezoito discursos edificantes; Três discursos em oportunidades imaginárias; Uma resenha literária de Duas Eras; Discursos edificantes em variados estados de espírito; Obras de amor; Discursos cristãos; O lírio do campo e a ave do céu; Três discursos para a comunhão às sextas-feiras; Um discurso edificante: a pecadora; Dois discursos para comunhão às sextas-feiras; Para auto-exame; Julguem vocês mesmos!; Imutabilidade de Deus: um discurso; O Momento números I-X, Isto precisa ser dito, e que

seja dito, O Juízo de Cristo sobre o cristianismo oficial, Os artigos do Kirkecamp no A Pátria (DE OLIVEIRA, 2015).

As obras heteronímicas do segundo período, 5 obras, (1846-1850): O livro sobre Adler; A crise e uma crise na vida de uma atriz; Dois ensaios ético-religiosos; O desespero humano; Prática do cristianismo (DE OLIVEIRA, 2015).

As obras e fontes autopsicográficas, 11 obras, (1818-1855): Os diários e papéis de Kierkegaard; Cartas e documentos; Artigos em jornais; Os sermões de prova de Kierkegaard; As notas sobre as preleções de Schelling em Berlim; A dialética da comunicação ética e ético-religiosa; Resposta a Theophilus Nicolaus; Ponto de vista explicativo da minha obra como escritor; Sobre minha obra como autor; O indivíduo singular; Neutralidade armada (DE OLIVEIRA, 2015).

## 6.2 PENSAMENTO

A sua biografia fornece um pano de fundo importante para a compreensão de sua relevância filosófica. A existência é seu tema filosófico fundamental e voltada para a concretude da existência humana, suas implicações, limites, possibilidades e problemas (DE OLIVEIRA, 2015).

Teria como tarefa mostrar que percebeu o que significa existir, e procurou por diversas formas comunicar o verdadeiro significado da existência. Preparar o terreno para que o verdadeiro cristianismo pudesse surgir (DE OLIVEIRA, 2015).

O seu método busca como objetivo partir do pensamento para a ação, e isto teria por pressuposto um ato de vontade. Provocar a inquietação do indivíduo, o impelir a agir existencialmente, deixando de ser espectadores de suas vidas, em uma relação pessoal com a verdade, a qual é encontrada na dimensão da existência, e é conquistada por um ato de vontade do eu (DE OLIVEIRA, 2015).

Procura atacar a inautenticidade, mas de modo indireto, inicialmente. A ilusão só poderia ser destruída pelo método indireto, por meio da reflexão, cujo universo é o interior, e assim chegar à verdade existencial. A verdade não pode ser transmitida como uma doutrina,

mas sim uma possibilidade a ser escolhida, provocando uma reflexão sobre a própria existência (DE OLIVEIRA, 2015).

O saber é transmitido pela comunicação direta, mas o despertar da consciência existencial se dá pela comunicação indireta, que é capaz de atingir o âmago da subjetividade, a interioridade (DE OLIVEIRA, 2015).

É nos estádios da existência de Kierkegaard que se percebe o fazer-se humano em busca de si mesmo, procura-se entender o indivíduo através de seus estádios existenciais (DOS SANTOS, 2017a).

Diante de si mesmo e seu Criador há três estádios ou modos de existir: o estético, o ético e o religioso. O homem escolhe como existir, vive seus estádios, que não são como degraus e o indivíduo não nega o retorno a um modo entre os estádios (DOS SANTOS, 2017a).

O homem tem o seu equilíbrio, a sua autenticidade pela síntese de infinito e finito, de temporal e de eterno, de liberdade e de necessidade (DOS SANTOS, 2017a).

### 6.2.1 O homem estético

No livro diário de *Um Sedutor* (1979, p. 25) o autor Kierkegaard nos apresenta Johannes, cuja vida é uma analogia da vida de um esteta. No estádio estético, o esteta rejeita o compromisso, a constância, procura o prazer, não está apegado a ninguém e não faz reflexões sobre si mesmo. Há vida sem responsabilidades, procura o superficial, a beleza corporal, glórias e riquezas. Esquece-se de sua natureza infinita. O prazer é a sua meta diária. Mas sem a transcendência ao infinito, que sustentaria sua existência finita, surge o desespero. Necessita de algo mais isto será possível no estádio ético (DOS SANTOS, 2017a).

### 6.2.2 O homem ético

Na segunda parte do livro *Ou Isso Ou Aquilo* (KIERKEGAARD, 1980a) e em *Estádio no Caminho da Vida* (KIERKEGAARD, 1980b) o autor traz através do personagem Juiz

Wilhelm a figura do indivíduo ético. No estágio ético há a escolha da estabilidade, o domínio de si e da fidelidade a si próprio. Há o domínio de suas vontades, controle de sua liberdade, e escolhe o homem que deseja ser. É uma escolha que dá dignidade ao homem, descobre em si uma riqueza infinita e cria a sua identidade. Não se opõe aos prazeres, mas limita e organiza os desejos. Reflete e se pergunta sobre seus erros, desejos e procura melhor conduzir a sua história fazendo as escolhas corretas, no momento adequado. Procura reconhecer a necessidade do arrependimento e assim poderá fazer o salto para o estágio religioso, pois lhe falta o infinito. Faltando-lhe o eterno, também surge o desespero (DOS SANTOS, 2017a).

### 6.2.3 O homem religioso

Na obra de Kierkegaard de 1843, intitulada *Temor e Tremor* (1979, p. 191), o autor nos introduz o homem religioso. No estágio religioso o homem ultrapassa pela fé o que considera ético para fazer a vontade de Deus. Tem como exemplo Abraão quando aceita o sacrifício de Isaac por vontade de Deus. Assim, por meio da fé, vai-se além da razão. Tem-se a vontade de Deus como superior a vontade humana. Há um salto pela fé. O ético se desespera quando tem consciência de seus limites, mas o homem de fé acredita que para Deus, tudo é possível, mesmo que a condição humana coloque o cristão com o mesmo sentimento de angústia que estava em Abraão quando caminhava para o sacrifício de Isaac, a angústia da incerteza, a fé angustiada é a nossa relação com Deus. Mas com vista ao equilíbrio não se deve negar a estética ou a ética, pois o estágio religioso traz o perigo do desespero do infinito, pois o indivíduo não se esquece da sua condição de existente e na complexa obra que é o homem, as possibilidades do finito se unem com as possibilidades do infinito (DOS SANTOS, 2017a).

Mas deve-se ter em mente que um estágio não elimina o outro, mas o modifica. Não é possível ao homem deixar de ter sentimentos, paixões ou ser somente infinito com o salto religioso. Ao negar uma de suas partes, estética, ética ou religiosa o indivíduo negaria a si mesmo. O homem é um ser complexo e como tal deve viver em oscilação constante nestes estágios (GARDINER, 2001; DOS SANTOS, 2017b).

## **7 O SOFRIMENTO NA EXISTÊNCIA HUMANA E A FORMAÇÃO EM SAÚDE**

### **7.1 O SOFRIMENTO NA EXISTÊNCIA HUMANA**

O sofrimento é um importante constituinte da humanidade, torna a existência humana, é uma marca, bem como o sofrimento faz sofrer (MINKOWSKI, 2000).

O sofrimento é essencial à natureza humana, pois é algo que manifesta a interioridade do homem. É, antes de mais nada, uma condição humana, tensão em meio à existência, uma busca de felicidade por meio do absoluto. (SILVA, 2010).

De modo diferente da dor física, que é um sinal de anormalidade e se busca eliminar a sua causa, não há nada de anormal no sofrimento, ele faz parte da existência humana. Não há antônimo para o sofrimento (MINKOWSKI, 2000).

O sofrimento é real, se dá verdadeiramente na vida, por meio da ação, na relação da própria existência, como condição necessária para esta, e assim perde o seu caráter aterrorizante e ganha um sentido existencial (SILVA, M. S., 2010).

É possível ter uma vida sem estar doente, mas não se pode ter vivido sem sofrer, o homem na sua essência conhecerá o sofrimento, faz parte da sua existência. Não se escapa dele de forma alguma (MINKOWSKI, 2000).

O sofrimento pode ter origem em fatos exteriores, mas por nos causar sofrimento, deixa de ser dos outros. Os interiores também são origem de sofrimento e nós, estamos nele profundamente comprometidos, pois o sofrimento está em nós e assim nos conectamos com nós mesmos e com a nossa existência (MINKOWSKI, 2000).

Não é obviamente um bem o sofrimento, mas também não é um mal em seu sentido estrito, pois é através dele que se tem o problema do sentido da vida, e se impõe em perspectiva sobre o vivido, integram-se ao dinamismo da vida, suas perdas, lutos, angústias, abatimentos e desesperanças (MINKOWSKI, 2000).

A relação do tempo com o sofrimento e sua amenização não é algo matemático. Não se daria nem por esquecimento ou tão pouco retraimento. Seria mais uma integração natural no mundo da vida e sua inserção nela (MINKOWSKI, 2000).

## 7.2 A FORMAÇÃO EM SAÚDE E A QUESTÃO DO SOFRIMENTO

Os cursos de graduação da área da saúde oferecem uma formação tecnicista, biomédica com pouco foco na humanização (SARTORI; BATTISTEL, 2017).

Nota-se pouco preparo do acadêmico da área da saúde para se lidar com os eventos de perda, morte, luto e sofrimento (SARTORI; BATTISTEL, 2017).

Há boa formação destes acadêmicos da área da saúde com relação aos aspectos técnicos, mas desamparo em relação ao modo de como lidar com a terminalidade do paciente. O suporte emocional geralmente é encontrado com os seus familiares, amigos ou profissionais (SARTORI; BATTISTEL, 2017).

Sugere-se a necessidade de uma reflexão a cerca do processo formativo e a introdução de políticas de humanização no cuidado a saúde, com integralidade, de modo interdisciplinar e intersetorial (SARTORI; BATTISTEL, 2017).

Com relação aos graduandos de enfermagem notou-se despreparo ao lidarem com o processo de morte e de morrer, bem como insuficiência curricular (STOCHERO *et al.*, 2016).

Há necessidade de se incluir nos currículos dos cursos de graduação da saúde o estudo adequado sobre temas que lidam com a morte. A abordagem deste tema no processo formativo trará benefícios para a construção do profissional (STOCHERO *et al.*, 2016).

Há carência de informações sobre a morte durante o período de formação da enfermagem. esta dificuldade de se lidar com este tema pode surgir também por parte dos professores o qual pode se sentir inseguro ao tratar do tema da morte, protegendo-se da dor, do sofrimento e reflexão sobre a própria morte, ao não refletir sobre este tema o professor conduz o aluno a procura maior conhecimento relacionado com as técnicas (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

Os sentimentos de impotência e frustração são descritos pelos graduandos em enfermagem ao lidar com a morte, bem como a dificuldade de atuar com os familiares destes pacientes. Esta postura dos graduandos pode ser atribuída formação focada no modelo biomédico e curativo da assistência, com despreparo para lidar com o processo de morte do paciente (GERMANO; MENEGUIN, 2013).



Embora durante na graduação em enfermagem haja espaço para a reflexão a cerca da temática da terminalidade e da morte, talvez não seja suficiente para as demandas do profissional em formação. a educação para a morte deve ser realizada de modo a sensibilizar o aluno a cerca dos sentimentos e levar a reflexão individual e coletiva, a qual não se esgota na sala de aula, mas deve ser apenas um ponto de partida (GERMANO; MENEGUIN, 2013).

Deve haver reflexão a cerca do papel do educador, suas próprias concepções sobre o processo de morrer e a morte como parte da vida (GERMANO; MENEGUIN, 2013).

O tema da terminalidade da vida é abordado nas escolas médicas brasileiras de maneira não contínua, de modo não sistemático, bem como há falta de profissionais capacitados para assumir esta disciplina (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018).

A formação de profissionais da saúde é muito voltada para a tarefa de salvar vidas, no aspecto técnico no manejo de doenças, nota-se a ausência de disciplinas que discorram sobre os aspectos cognitivos e afetivos relacionados com a terminalidade e o óbito (KOVÁCS, 2010).

O cuidado ao cuidador profissional deveria ser discutido durante o período de formação do profissional da saúde e o clima emocional que envolve o cuidado ao paciente. Pois é fundamental cuidar do cuidador (KOVÁCS, 2010).

O modo como o estudante vê a morte poderá ser determinante na mobilização interna de valores, conceitos e preconceitos ligados ao processo de morrer (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018).

Faz-se necessária a inclusão de disciplina voltada para o ensino da terminalidade, voltada não apenas aos aspectos técnicos, mas também aos emocionais (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018).

Os internos que recebem formação teórica e prática em cuidados paliativos são aqueles que têm menor ansiedade em relação à morte e ao morrer, também há melhor habilidade em comunicação, melhora em relação ao medo do desconhecido e ao que virá após a morte (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018).

Ressalta-se que há dificuldade dos internos de medicina em diferenciar a religiosidade da espiritualidade, e houve receio em se lidar com o tema, mas ao receberem o devido treinamento percebe-se mudança de como estes acadêmicos lidam com o assunto e como este

influencia positivamente na sua relação com a morte (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018).

O treinamento teórico, prático e reflexivo sobre a terminalidade e a morte melhora a comunicação com o paciente e a família, bem como traz segurança sobre como agir sobre tais circunstâncias e diminui a ansiedade perante a morte do paciente. Propicia alicerces para conduzir pacientes graves e nos cuidados de fim de vida (MALTA; RODRIGUES; PRIOLLI, 2018).

## **8 REFLEXÕES FILOSÓFICAS SOBRE O SOFRIMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE PERANTE A MORTE DE SEU PACIENTE**

### **8.1 O SOFRIMENTO PROFISSIONAL ATRAVÉS DA FENOMENOLOGIA DE MERLEAU-PONTY.**

É muito comum durante a atividade profissional de médicos e enfermeiros entrar em contato com o processo de morte e o óbito do paciente. Este é um fenômeno e como tal é percebido por aqueles que estão em contato. O indivíduo está preso ao mundo e assim não se destaca dele para passar à consciência do mundo, assim tem consciência deste fenômeno, pois se constrói a percepção pelo percebido e toda a consciência é a consciência de algo (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 29).

Como a fenomenologia de Merleau-Ponty indica, o profissional percebe este fenômeno pelos cinco sentidos, visão, audição, olfato, tato e paladar. Estes cinco sentidos, que fazem parte do corpo são indissociáveis da mente e que os processos sensoriais não são inacessíveis a influências centrais, bem como a apreensão de uma qualidade está ligada a um todo perceptivo (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 33).

Ou seja, não é possível haver a percepção do sofrimento e da morte pelos cinco sentidos e isto não estar ligado à mente. Esta ligação ocorre de modo pré-reflexivo e pode provocar reações corporais ligados ao estresse mesmo antes de uma análise reflexiva do fenômeno, pois é uma formação já ligada a um conjunto e dotada de sentido (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 34).

Deste modo, é o corpo fenomenológico que percebe o sofrimento e a morte do paciente. O corpo senciante que é a consciência dos sentidos. Há a intencionalidade do corpo, o qual sempre sente algo, pois a relação com o mundo está localizada no corpo a qual não pode ser evitada. A fonte de conhecimento é o corpo. O funcionamento normal deve ser interpretado como um processo de integração entre o indivíduo que percebe e o mundo percebido, o que ocorre no mundo exterior não é recopiado, mas constituído (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 34).

Outro ponto importante é o contexto que médicos e enfermeiros entraram em contato com o sofrimento e a morte dos pacientes, pois a ligação do percebido a seu contexto é como que sua viscosidade, o algo percebido está contido em outra coisa, faz parte de um campo (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 37).

Ao ocorrer esta percepção do sofrimento e morte do paciente esta fará parte da consciência do profissional. Haverá consequências que estarão contidas na própria existência do profissional. Para o indivíduo profissional da saúde o paciente está no mundo, a relação de ambos tem uma implicação real, o indivíduo tem posição do seu corpo por aquela do objeto, o seu corpo é movimento em relação ao mundo, o mundo, ponto de apoio de seu corpo, de tal forma que se pode dizer que nesta relação o corpo se retira do mundo objetivo e forma entre indivíduo e objeto em terceiro gênero de ser (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 469).

Deve-se ter em consideração que a relação entre o profissional da saúde e o paciente é a relação entre dois indivíduos, e o olhar de um só transforma o outro em objeto em se retirando para o fundo de sua natureza pensante, olhando o outro de modo inumano e ambos sentem suas ações não retomadas e compreendidas. Mas a objetivação de cada um pelo olhar é sentida e toma lugar de uma comunicação possível. Até mesmo a recusa de uma comunicação é um modo de comunicação. Basta uma palavra, um gesto de impaciência, e o outro já deixa de transcender (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 484).

A importância a cerca das relações entre os indivíduos está colocada de modo muito significativo, e elucida a realidade vivida de cada um como centrada justamente no contato com o outro indivíduo, quando Merleau-Ponty (2018, p. 612) descreve o homem como um laço de relações, e somente as relações contam para o homem.

Esta relação com o outro é uma relação social, não como objeto, mas como campo permanente ou dimensão da existência, está em contato social só pelo fato de existir. Tem-se a

intersubjetividade como uma estrutura da vida intencional. Tornamo-nos visíveis na presença do outro onde a intercorporeidade é a troca primeira. (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 485)

Um ponto importante a cerca da intersubjetividade é o sofrimento provocado pelo luto, que tem a haver com a relação entre os indivíduos, pois é uma vivência experimentada por uma perda significativa, colocam em jogo as características relacionais, o horizonte histórico e o mundo do enlutado. Este luto vivido traz também a lembrança da condição mortal de cada um, sua inevitabilidade e pode revelar conflitos já vividos na história do enlutado (FREITAS, 2013).

Há relação entre profissional da saúde e paciente, o outro. Esta relação traz algum grau de significado na vida do profissional, e como relação com significado, está sujeita ao luto. Os indivíduos são parte um do outro e o sentido existencial de cada um está ligado ao sentido que se tem a alguém e do que se pode se na relação com alguém. Tem-se o luto como uma alteração abrupta na relação com o outro, com a exigência de um novo sentido, um ser-no-mundo novo e nova significação da relação (FREITAS, 2013).

Como cada relação é singular, esta perda de relacionamento pela morte é também uma perda do espaço de expressão de si mesmo, um modo de ser que é específico daquela relação particular e única. Embora a corporeidade esteja desfeita com a morte, o outro se apresenta nas lembranças. Assim a morte do outro é a ruptura de um mundo vivido que não é possível de se rerepresentar, e toca a vida do enlutado de modo único não passível de resolução ou de superação. Há um processo normal de mudança do relacionamento com o outro perdido, uma ressignificação da vida. Pela fenomenologia esta mudança almejada está centrada na relação eu-tu, com a integração deste fato na vida, um mundo novo onde há um novo modo de presença do outro que traz consigo um novo sentido (FREITAS, 2013).

## 8.2 O SOFRIMENTO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS A PARTIR DO PENSAMENTO DE CHRISTOPHE DEJOURS

O sofrimento é inseparável da existência do ser humano (MINKOWSKI, 2000), e de acordo com Dejours (2004, p. 36) é inerente ao trabalho. Este sofrimento no ambiente de trabalho pode ser decorrente persistência do ser humano em procurar sobreviver mesmo em um ambiente hostil. O relacionamento do homem com o trabalho pode ser inferido já através

da etimologia da palavra com algo que embute sofrimento, pois a palavra trabalho deriva de “*tripalium*”, um instrumento de tortura (RODRIGUES; ALVARO; RONDINA, 2006).

Desde o período pré-industrial, agrícola até os dias atuais os sistemas de trabalho passaram por grandes modificações. Com a industrialização, houve êxodo rural e grande concentração das populações em áreas urbanas insalubres e ambientes de trabalho também insalubres. Neste momento a principal batalha era pela sobrevivência (DEJOURS, 2008).

Após a primeira guerra mundial os trabalhadores organizados conseguiram o direito à vida. A luta pela sobrevivência é substituída pela saúde do corpo com medidas protetivas do corpo contra intoxicações, acidentes bem como o acesso aos tratamentos necessários em caso de adoecimento (DEJOURS, 2008).

O desenvolvimento industrial e tecnológico possibilitou a diminuição do sofrimento decorrente de carga física, mas sobre estas novas condições foi possível observar o sofrimento que estava oculto, insuspeito, relacionado com a dimensão mental do trabalhador (DEJOURS, 2008).

A dimensão mental da atividade dos trabalhadores na área da saúde é muito importante, pois neste ambiente eles têm a oportunidade de entrar em contato com os vários aspectos da vida, do processo de morte e da morte de seus pacientes. Ou seja, há contato com o sofrimento do paciente e da família. Quanto maior a proximidade do profissional com o sofrimento do outro, também maior será o seu sofrimento (KOVÁCS, 2010).

Assim, existe um momento na atividade profissional de profissionais da saúde que deve ser visto com muita atenção: os momentos que precedem a morte do paciente. Há sofrimento do profissional, em visualizando esta finitude, costuma visualizar a incapacidade profissional (KOVÁCS, 2010).

Mas em determinados tipos de serviços, como os de cuidados paliativos e de oncologia a morte de pacientes é algo comum, e o sofrimento dos profissionais envolvidos pode se tornar também comum (GRANEK *et al.*, 2017).

A psicodinâmica do trabalho de Christophe Dejours deriva da teoria psicanalítica e estuda as ações psicoféticas causados pela evolução de conflitos inter e intersubjetivos, procura investigar a saúde no trabalho, o sofrimento neste ambiente e as estratégias de

enfrentamento utilizadas pelo trabalhador para manter o equilíbrio mental neste ambiente e até mesmo encontrar prazer na atividade laboral (DEJOURS, 2004, p. 36).

Outro aspecto muito importante que a psicodinâmica do trabalho esclarece é a relação é o que o avanço tecnológico e as novas organizações de trabalho trouxeram para mitigar o sofrimento no ambiente de trabalho. Diferente do que se poderia esperar, não houve o fim do trabalho penoso, as desigualdades e injustiça aumentaram, e mais grave, surgiram formas de sofrimento mais sutis e complexas principalmente do ponto de vista psíquico (DEJOURS, 2004, p. 31).

A psicodinâmica do trabalho descreve o trabalho como muito importante para a construção da identidade, da autoestima, sociabilidade e necessário para a felicidade, mas também é fonte de sofrimento psíquico. Há uma dinâmica psíquica de conflito entre os desejos do trabalhador e os modelos de gestão do trabalho. E quanto a este sofrimento dos trabalhadores, descreve o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento a estas situações, para um equilíbrio mental, mesmo com sofrimento, uma situação enigmática para a psicodinâmica do trabalho (AUGUSTO; FREITAS; MENDES, 2014, p. 36).

Um olhar mais atento para a individualidade e não para a generalidade do trabalho, tem-se a subjetividade, sendo o prazer e o sofrimento constitutivos desta, a qual é influenciada, no contexto do trabalho, nas suas três dimensões, a organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais. Importante ressaltar que o sentido dado ao trabalho realizado é resultante das interações entre a subjetividade do indivíduo e as reais condições encontradas na realidade do trabalho e como resultado desta interação pode vivenciar prazer sem ou com sofrimento. Ao se predominar o sofrimento há a possibilidade de utilização de estratégias de enfrentamento (AUGUSTO; FREITAS; MENDES, 2014, p. 38).

Vale lembrar a cerca da individualidade do sofrimento, que ele não se apresenta de maneira uníssona. Devem ser levados em consideração fatores históricos, laborativos, e àqueles que são favoráveis ou desfavoráveis para a vida do indivíduo. Estes são discriminados entre os que fazem parte da história psíquica do indivíduo, é o sofrimento singular (dimensão diacrônica); o sofrimento que ocorre ao se entrar em contato com o trabalho (dimensão sincrônica); o sofrimento criativo, quando em meio ao sofrimento, o indivíduo consegue elaborar estruturas de enfrentamento com soluções favoráveis para a saúde mental; e o sofrimento patogênico, quando as soluções encontradas para o enfrentamento ao sofrimento são desfavoráveis para a sua saúde mental (DEJOURS, 1996).

Para Dejours (2004, p. 35), se na presença do sofrimento não há uma descompensação psicológico, infere-se que o indivíduo emprega defesas que permitem controlar o sofrimento. Deste modo, pode-se vislumbrar a eventual presença de um equilíbrio. Pois como não é possível a existência humana com ausência de sofrimento e a morte do paciente é fonte inequívoca de sofrimento para quem cuida, pode não ser possível eliminá-lo. Não se vislumbra a eliminação completa deste sofrimento, mas se pode atingir um equilíbrio que torna possível a realização do ato de cuidar de quem morre.

Outro ponto a ser observado são as possíveis origens das vivências de prazer no ambiente de trabalho, que podem surgir da fusão que o trabalho traz para o corpo, psique e as relações individuais. Estas vivências prazerosas podem se manifestar pela gratidão, realização, valorização e liberdade, as quais podem levar a uma estruturação psíquica que possibilite a ressonância entre o subjetivo e a realidade do trabalho (DEJOURS, 2004, p. 35).

Mas o alcance deste equilíbrio em situações de sofrimento laboral deve ser compreendido não de forma enigmática, mas procurar meios para alcançar este equilíbrio íntimo, individual, como fazendo parte de todos os aspectos da vida. Um equilíbrio entre os mecanismos de enfrentamento e o sofrimento. Procurar o equilíbrio de modo individualizado, pois também individual é o sofrimento sentido. De acordo com Dejours (2004) o principal local de sofrimento nos dias de hoje é o trabalho, e para a psicodinâmica do trabalho, neste cenário, os trabalhadores buscam o equilíbrio possível dentro dos critérios normais socialmente aceitos. Assim mesmo em condições de trabalho perturbadoras os trabalhadores podem encontrar mecanismos de manter o equilíbrio mental.

Para Dejours (2004) a normalidade seria o equilíbrio psíquico entre o trabalho patogênico e as defesas psíquicas criadas por estratégias defensivas criadas pelos próprios profissionais, mas esta estratégia seria trespassada pelo sofrimento.

Entretanto, mesmo com todo esforço para se alcançar a normalidade em um ambiente de trabalho com a presença de sofrimento, pode ser muito difícil ou até mesmo impossível de se obtê-la, diante de um meio muito adverso de local de trabalho (RODRIGUES; ALVARO; RONDINA, 2006).

### 8.3 O SOFRIMENTO PROFISSIONAL DA SAÚDE A PARTIR DO PENSAMENTO DE SOREN KIERKEGAARD

Kierkegaard tem na existência humana o seu tema filosófico fundamental, procurou encontrar caminhos para acesso ao íntimo do ser humano, seus problemas e estádios (DE OLIVEIRA, 2015). Como o sofrimento faz parte da existência, para se ter acesso ao sofrimento individual, deve-se ter compreensão da existência, dos processos internos que levam ao sofrimento e encontrar mecanismos para a sua mitigação.

O sofrimento faz parte da interioridade, para o acesso a este âmago da subjetividade Kierkegaard faz uso da comunicação indireta, por meio da reflexão pode-se atingir a verdade existencial (DE OLIVEIRA, 2015). Para se ter acesso ao sofrimento é necessária a reflexão, pois, de outro modo, com a comunicação direta comunica-se o saber.

Deste modo, através da reflexão é possível entrar em contato com o sofrimento, o desespero. Este é presença constante na existência humana e somente a descoberta de sua existência não é o suficiente para a sua mitigação, enfrentamento ou convivência equilibrada.

Não é possível eliminar completamente o sofrimento da existência humana, mas é possível a sua mitigação através de mecanismos de enfrentamento e alcançar um equilíbrio para a convivência com o sofrimento.

Quando Kierkegaard reflete a cerca do desespero, ao sofrimento do ser humano também alude a um possível enfrentamento deste ao se fazer uma análise em conjunto dos estágios da existência. Em cada um dos estádios, estético, ético e religioso há referência ao sofrimento, mas na mudança, salto, do estágio estético para o ético e deste para o religioso há mitigação do desespero do estágio anterior e o estágio religioso não pode prescindir dos outros estágios. Como bem relata Gardiner (2001, p. 51) um estágio não nega o outro, o que ocorre é uma modificação do indivíduo, a qual é justamente motivada pelo desespero, o sofrimento.

Como bem relatado por Dos Santos (2017b, p. 109) Estes estágios podem ser vistos de modo complementar, não estanque, há oscilação entre estes estádios. Em seu conjunto a existência do ser humano não ficará livre do desespero, do sofrimento. Pode haver o enfrentamento adequado e uma convivência equilibrada com o sofrimento, mesmo sem a eliminação deste.



Nos estágios da existência de Kierkegaard há constante busca do equilíbrio, há três estádios ou modos de existir, o estético, o ético e o religioso. Estes não são evolutivos, e é possível o intercâmbio entre estes estádios. Pois nenhum destes estágios deve ser negado e com vista ao equilíbrio o homem não deve negar nenhum destes estágios, pois o equilíbrio está na síntese do infinito e finito, liberdade e necessidade, eterno e temporal. (GARDINER, 2001)

Assim, mesmo diante do sofrimento, o homem em sua existência deve procurar fontes de prazer que lhe traga felicidade, alegria, mesmo que esta seja transitória, como ocorre com o homem esteta de Kierkegaard. Mas por ser transitória esta felicidade estas fontes de prazer não podem ser o único e bastante mecanismo de enfrentamento ao sofrimento. Mesmo no estágio religioso o indivíduo não pode prescindir da sua condição de que existe neste mundo, se sua complexidade, também necessita dos estágios estético e ético (DOS SANTOS, 2017b, p. 110) .

A figura do juiz Wilhelm como indivíduo ético (KIERKEGAARD, 1980a, b) pode ser também uma figura do bom profissional da saúde. Este faz uma reflexão a cerca de sua existência, subjetividade, reflete sobre os seus erros, desejos e procura melhor conduzir a sua existência (DOS SANTOS, 2017b, p. 105).

Como muito bem reflete Gardiner (2001) no estágio ético o indivíduo procura ser bom, em conexão com as leis da ética, segue as regras da sociedade. O profissional da saúde também deveria procurar a retidão da vida profissional como o homem ético de Kierkegaard, com o uso correto das técnicas e de instrumentos de trabalho. No caso de médicos e enfermeiros este aspecto é muito importante em momentos que envolvem o sofrimento e a morte de seus pacientes, pois no caso de questionamentos íntimos a cerca de uso correto da técnica, pode haver conflitos existenciais e o surgimento de culpa.

A certeza do uso de técnicas corretas, bem como o conhecimento da limitação de cada um dos tratamentos utilizados e da possível evolução para a morte de seu paciente. Saber conduzir o paciente e a família no processo que leva a morte, sendo esta como parte integrante da vida e não como uma derrota profissional.

Assim é muito importante o treinamento e a aquisição contínua de conhecimento não apenas para a cura e a continuidade da vida de seu paciente, mas também para reconhecer o momento em que a doença irá evoluir para o óbito do paciente e saber conduzir este e a

família neste percurso de modo a reduzir nestes o sofrimento desnecessário. Mas o que resta a oferecer ao paciente que morre, mesmo com o adequado controle dos sintomas que causariam sofrimento? Ou a seus familiares que se despedem de seu ente querido? O apoio o profissional médico ou enfermeiro frente ao seu paciente que morre? Pode restar nada. E exatamente isto pode ser fonte de angústia, desespero, sofrimento.

Mas perante a morte do paciente Kierkegaard nos apresenta o homem religioso, espiritual. Justamente a religiosidade/espiritualidade e sua capacidade de contato com algo maior, com o infinito pode trazer a saída para o enfrentamento deste momento do qual não se pode fugir. Trata-se do salto pela fé, na confiança que cada um pode alcançar e obter a paz interior. Também é possível estimular a meditação e reflexão por comunicação indireta, localizar os medos e ansiedades de modo a se poder atuar sobre eles. Procurar desenvolver a religiosidade, no momento desejado, para que esta possa servir de apoio ao profissional que sofre.

A compreensão da religiosidade/espiritualidade por médicos e enfermeiros, no contexto dos cuidados de fim de vida também pode ajudar no relacionamento com os pacientes e familiares nesta fase de fim de vida do paciente, bem como auxiliar na diminuição do sofrimento do paciente e nos mecanismos de enfrentamento a este sofrimento por parte dos familiares.

## **9 O CAMPO DA SAÚDE E A QUESTÃO DO SOFRIMENTO PROFISSIONAL**

O contato dos profissionais da saúde com a morte é comum e muitos destes não estão preparados emocionalmente para lidar com este fenômeno, e pode haver o surgimento de distúrbios psicopatológicos e esgotamento profissional (MAGALHÃES; MELO, 2015).

A proximidade com o sofrimento e a finitude do outro pode leva ao contado das próprias emoções, gerando sofrimento, pois pode gerar sentimentos de perda, angústia, medo, estresse e tristeza. Este contato com a morte leva estes profissionais a pensar na própria morte e com os sentimentos a ela relacionados (MAGALHÃES; MELO, 2015).

Cabe ressaltar que estes profissionais tradicionalmente tem a função de curar e vencer a morte, e através de seu trabalho geralmente buscam o lucro e o prazer profissional. Estão

preparados para curar doenças, e não para lidar com sofrimento, perdas e lutos. Mas lidar com a morte e o luto é um sistema delicado e de difícil condução (MAGALHÃES; MELO, 2015).

A exposição que se tem ao se cuidar de alguém que morre, confronta este profissional a suas próprias perdas, medos e lutos. E quando ocorre a morte sem a possibilidade da elaboração do luto, pode haver adoecimento psíquico, notadamente por haver sentimentos de fracasso e de culpa, gerando estresse ocupacional e adquirir comportamentos autodestrutivos (MAGALHÃES; MELO, 2015).

Importante ressaltar que quanto maior a proximidade entre profissionais e pacientes, maior é o sofrimento com a morte, com sentimentos de tristeza, frustração, culpa e impotência (MAGALHÃES; MELO, 2015).

Esta proximidade com a morte pode levar a reações físicas, psíquicas, comportamentais e trazer danos nas esferas familiares, sociais e profissionais, inclusive com abandono da profissão (MAGALHÃES; MELO, 2015).

O uso de mecanismos de enfrentamento, coping, conduzem a menos disfunções comportamentais. É um processo ou interação entre o indivíduo e o ambiente. São formas de lidar, ou estratégias de enfrentamento (MAGALHÃES; MELO, 2015).

A escolha do tipo de enfrentamento é muito privada, muito ligada ao histórico de vida e à personalidade do profissional, tais como a prática de exercícios físicos, o diálogo confiável, vida social, bom humor, religiosidade e espiritualidade, bem como ter a sua disposição técnicas de resolução de problemas, o suporte social e interpretar o estresse como um desafio (MAGALHÃES; MELO, 2015).

Esta capacidade de lidar com o estresse como um desafio está ligada a robustez psicológica, possibilita o crescimento pessoal e profissional, auxilia a seguir a diante e motiva para a realização de atividades complexas (MAGALHÃES; MELO, 2015).

A criação de mecanismos de enfrentamento não é a exposição a um passo a passo, mas a disposição de se compreender a morte, o luto, ou seja, sofrimentos como vivências relacionadas ao existir de cada um. Faz-se necessária uma melhor compreensão da morte e suas implicações, e discussões no âmbito religioso (MAGALHÃES; MELO, 2015).

Estes mecanismos de defesa, estratégias de enfrentamento diante do processo de morte e do sofrimento envolvido, inclusive o luto, pode favorecer a atuação profissional, com melhor qualidade de vida e menor sofrimento do profissional (MAGALHÃES; MELO, 2015).

Os profissionais da saúde lidam, em seu ambiente de trabalho, com a morte e o morrer utilizando os seus instrumentos para lidar com o sofrimento, a dor e perdas (KOVÁCS, 2010).

O modo como estes profissionais manejam as situações de sofrimento e morte depende de sua história pessoal de perdas, lutos; da cultura em que está inserido com suas representações de morte, expressões de dor, do luto, bem como a formação universitária e características do serviço (KOVÁCS, 2010).

Estas situações de sofrimento geram estresse no relacionamento cotidiano com pacientes, familiares e colegas, comumente de difícil resolução e podem levar a sensação de impotência, frustração e revolta, pois no ambiente hospitalar há prioridade de se salvar o paciente a qualquer custo, e assim a morte é percebida pela equipe de saúde como frustração que desmotiva e retira o significado do trabalho (KOVÁCS, 2010).

Outro ponto a ser destacado é que ao não se evitar a morte ou aliviar o sofrimento, o profissional vivencia a própria morte e finitude, tornando estes feridos pela própria atividade profissional (KOVÁCS, 2010).

Também se nota que em internações mais prolongadas pode haver proximidade com os pacientes, e estes podem falar de situações mais íntimas, eventualmente constrangedoras, que podem levar a situações de sofrimento, como é o caso de comunicação de más notícias, como o agravamento da doença ou proximidade da morte. Isto também ocorre na proximidade com os familiares, que nestes casos vivem situações de desespero diante do sofrimento e a evidência da morte como evento não distante (KOVÁCS, 2010).

Ainda com referência ao relacionamento destes profissionais com os pacientes e familiares podem surgir sentimentos ambivalentes em relação à equipe como o agradecimento pelo cuidado e raiva pelo sofrimento consequente aos tratamentos, bem como culpa pelo agravamento da doença (KOVÁCS, 2010).

Estes profissionais podem notar que seus esforços não estão sendo reconhecidos e podem se sentir injustiçados por eventuais expressões de descontentamento pelos pacientes e familiares (KOVÁCS, 2010).

Cabe ressaltar que estas situações de sofrimento profissional, sem a devida elaboração pode levar a sobrecarga afetiva, que pode se manifestar por sintomas físicos, e adoecimento, levando à Síndrome de Burnout. Esta é uma síndrome laboral resultante da tensão emocional crônica (KOVÁCS, 2010).

Eventualmente os profissionais desenvolvem defesas diante do sofrimento, como a despersonalização, distanciamento, diminuição da importância do paciente, negação de sentimentos, postergar ou não tomar decisões e diminuição de suas responsabilidades (KOVÁCS, 2010).

O contato destes profissionais com o sofrimento traz a tona conflitos e o convívio com a dor, perda e morte evidencia para este profissional a sua própria fragilidade e vulnerabilidade (KOVÁCS, 2010).

Chama a atenção o momento em que a morte se aproxima, pois nestes momentos surgem dilemas entre a ortotanásia e a obstinação terapêutica. E após a morte de pacientes, principalmente com os quais se estabeleceu vínculos mais intensos surge o luto do profissional da saúde. A estes profissionais têm se negado o reconhecimento deste luto, tem-se o luto não reconhecido, ou seja, não tem o direito de expressar seu sofrimento e receber o apoio necessário (KOVÁCS, 2010).

Esta repressão dos sentimentos de sofrimento pode levar a esgotamento físico, desconcentração, uso de substâncias químicas, depressão e tentativas de suicídio. Sem contato com suas emoções, sem ter acesso aos recursos criativos, espirituais e sua alma, pode ocorrer o adoecimento. Há relação entre estresse intenso, colapso e luto não reconhecido (KOVÁCS, 2010).

## **10 GUIA DE ORIENTAÇÕES**

Com a finalidade de criação de mecanismos de enfrentamento do sofrimento vivenciado por médicos e enfermeiros perante o processo de morte e óbito do paciente, são elaboradas orientações a partir das reflexões de Christophe Dejours, Merleau-Ponty e Kierkegaard.

Considerando a percepção fenomenológica como descrita por Merleau-Ponty em que médicos e enfermeiros percebem o sofrimento e a morte do paciente, o qual, comumente também leva ao sofrimento por parte destes profissionais. As reflexões de Dejours na psicopatologia e na psicodinâmica do trabalho em que embora haja sofrimento nos ambientes de trabalho, seria possível haver um equilíbrio entre o sofrimento e atuação sadia neste ambiente. E por final, o pensamento de Kierkegaard a cerca do equilíbrio existencial perante o sofrimento, através do desenvolvimento dos três estádios da existência humana, quais sejam, o estético, o ético e o religioso.

Assim, uma reflexão a cerca do desenvolvimento dos três estágios existenciais de Kierkegaard, pode-se propor o três pontos para atuação perante médicos e enfermeiros para o enfrentamento do sofrimento perante o processo de morte e óbito do paciente.

O primeiro ponto a ser considerado é o estímulo a atividades recreativas por parte destes profissionais, tendo em mente o estágio estético de Kierkegaard. O objetivo é o encontro e o desenvolvimento de atividades saudáveis que tragam alegria a estes profissionais, como o desenvolvimento do canto, pintura, atividade física, contato com a natureza. Estas atividades tem o intuito de diminuir o estresse e trazer alegria ao profissional. As instituições também podem participar ativamente neste processo, estimulando café da manhã compartilhado, atividades esportivas, comemorações diversas, reconhecimento público de boas atividades praticadas pelos seus profissionais, bem como estimular a participação comunitária e caridade.

O segundo ponto, considerando o estágio ético de Kierkegaard, é a transmissão de conhecimento técnico a cerca do processo de morte e o óbito do paciente. Assim as condutas a serem tomadas deverão estar baseadas no conhecimento científico atual. Informar de modo adequado quais os cuidados que cada paciente em fim de vida deve receber. Quais os limites dos tratamentos oferecidos. Procurar promover a ortotanásia, evitar a distanásia ou a mistanásia. Procurar transmitir a informação que a morte faz parte do processo natural da vida, mesmo que seja em um momento precoce da vida. Saber reconhecer os sinais clínicos da fase final da vida e o manejo correto. Informar a cerca do luto e sua evolução, o qual pode estar presente tanto em familiares quanto em amigos e nos profissionais envolvidos no cuidado. E quanto a este, saber identificar a sua presença e respeitá-lo, tanto em si mesmo, quanto em outros colegas, recebendo o apoio necessário ou o oferecendo ao colega de trabalho.

O terceiro ponto é o estímulo à religiosidade e à espiritualidade, considerando o estágio religioso de Kierkegaard. Este estágio poderia propiciar o enfrentamento ao sofrimento que não seria alcançado nem pela prática de atividades lúdicas nem pelo conhecimento técnico. Neste ponto estão as técnicas de meditação, relaxamento, a prática de religiosidade, não de modo proselitista. O profissional será estimulado a procurar a sua própria espiritualidade e religiosidade.

Deste modo é proposto o convívio equilibrado com o sofrimento presente nos ambientes de trabalho em momentos de atuação perante o processo de morte e óbito do paciente. Não se trata da tentativa de eliminação do sofrimento, bem como, perante tal situação não há um manual com orientações específicas, pois as condutas a serem tomadas devem variar de acordo com o serviço de saúde oferecido e o perfil dos profissionais.

A figura 1 demonstra a representação esquemática de um guia de orientações para as atividades a serem estimuladas com vistas ao desenvolvimento de mecanismos pessoais de enfrentamento ao sofrimento profissional frente ao óbito do paciente.

Este guia de orientações para o desenvolvimento de mecanismos pessoais para o enfrentamento ao sofrimento do profissional frente ao óbito do paciente reflete os três estádios da existência de Kierkegaard. Estes estádios devem coexistir na vida do indivíduo de modo equilibrado, um não deve anular o outro. Este equilíbrio alcançado na vida do indivíduo poderia ser transposto para a sua vida profissional.

O estágio estético corresponde ao estímulo a práticas de agradáveis para este indivíduo como prática de atividades físicas, contato com a natureza, música, dança, pintura. Estas atividades são descritas como potenciais auxiliares na diminuição do estresse que a atividade laboral pode ocasionar.

O estágio ético corresponde ao treinamento do profissional, neste caso especificamente para as atividades profissionais que envolvem a terminalidade e o óbito. Pois a atuação dentro da melhor técnica e sem dúvidas com relação aos cuidados prestados pode auxiliar na diminuição do sofrimento do profissional

O estágio religioso tem correlação ao estímulo ao desenvolvimento da espiritualidade e/ou religiosidade. Através deste estágio será possível o acesso à individualidade, à subjetividade do profissional, bem como procurar ressignificar o sofrimento percebido e

sentido, de tal modo a dar um adequado sentido ao cuidado realizado mesmo se ao final do cuidado ao paciente ocorra o óbito.

Não há a pretensão de se eliminar o sofrimento de quem cuida, mas de trazer um equilíbrio possível na vida do profissional, de tal modo que seja possível conviver com o sofrimento e manter a saúde mental.

Por se tratar de um estudo teórico-reflexivo a cerca do sofrimento de médicos e enfermeiros perante o sofrimento e a morte do paciente, considerando as reflexões dos filósofos Maurice Merleau-Ponty, Christophe Dejours e Soren Kierkegaard, as possibilidades aventadas de enfrentamento a este sofrimento poderiam ser avaliadas em futuros estudos exploratórios quantitativos e/ou qualitativos. Deste modo, é necessário se observar os limites deste estudo.

Há contribuição no campo da saúde, principalmente para as ciências do cuidado, pois possibilita uma visão global da vida do trabalhador que sofre de modo humanizado e possibilita que seja o ator de seus próprios cuidados, com o auxílio de intervenções institucionais.

Clarifica possibilidades de enfrentamento ao sofrimento de médicos e enfermeiros no ambiente de trabalho tendo por base o pensamento dos referidos filósofos. Foi possível a elaboração de uma linha condutora ligando a percepção do sofrimento do paciente pela ótica de Merleau-Ponty, as implicações deste sofrimento do profissional através dos esclarecimentos da psicodinâmica do trabalho de Dejours e o enfrentamento ao sofrimento do profissional através equilíbrio existencial pelo desenvolvimento dos três estágios existenciais do indivíduo como descrito por Kierkegaard, o estético, o ético e o religioso.



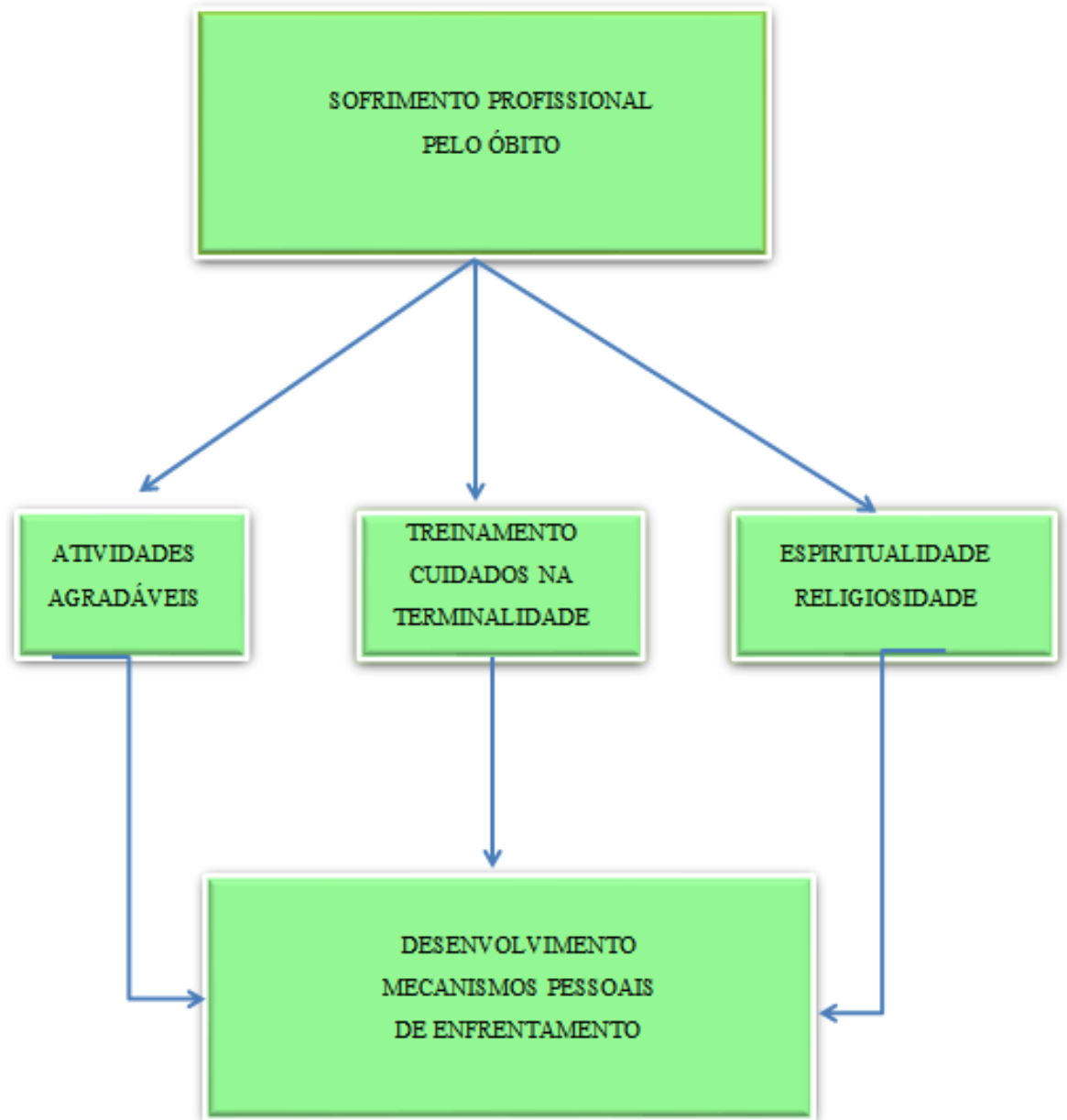


Figura 1. Guia de Orientações.

Fonte: o autor.

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sofrimento de médico e enfermeiros perante o processo de morte e óbito do paciente faz parte de um fenômeno complexo, e para a reflexão a cerca da grande amplitude deste é utilizada a análise em conjunto de três filósofos, quais sejam, Merleau-Ponty, Dejours e Kierkegaard.

A fenomenologia da percepção esclarece como este fenômeno é percebido por estes profissionais, a correlação entre a percepção e a mente, a intencionalidade da percepção do fenômeno pelo corpo. Esta percepção ocorre pelos cinco sentidos e não por vontade da mente do profissional, ao ponto de poder ser negada esta percepção e suas consequências.

Esta percepção do sofrimento do paciente e a morte deste também faz sofrer o profissional cuidador. Este procura conviver com este sofrimento, conforme é bem descrito por Dejours na psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. Neste ponto nota-se a transição entre as ideias de percepção de Merleau-Ponty e as consequências no ambiente de trabalho, com descritas por Dejours. Este bem descreve na psicodinâmica do trabalho que o trabalhador encontra mecanismos de equilíbrio e resiliência perante o sofrimento, muitas vezes oculto, no ambiente de trabalho.

O modo de obtenção do equilíbrio em situações de sofrimento no ambiente de trabalho, e a convivência saudável mesmo na presença do sofrimento não evitável ultrapassa o limite da psicodinâmica do trabalho, bem como não se nota na fenomenologia da percepção. Neste ponto é importante a reflexão sobre o pensamento de Kierkegaard e a possibilidade de equilíbrio existencial perante o sofrimento presente, através do desenvolvimento dos três modos existenciais de, quais sejam, o estético, o ético e o religioso. Os quais não devem ser estanques, incomunicáveis, mas desenvolvidos e existentes de modo equilibrado no mesmo indivíduo.

## 12 CONCLUSÕES

Os profissionais de saúde estão envolvidos no cuidado ao paciente e o faz de modo científico. Mas não só. Também o fazem como arte e para tal é necessário a proximidade com o paciente e seus familiares, como parte integrante do cuidado.

Dentre os vários aspectos do cuidado, o óbito é apresentado como estágio final neste processo. Como na sociedade atual o falecimento ocorre preferencialmente em unidades hospitalares, são os profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos com os aspectos ligados a morte.

No trabalho da equipe de saúde, há a expectativa da melhora ou da cura daquele que é cuidado. Quando o resultado é a morte, este fenômeno pode ser percebido e compreendido de acordo com o ponto de vista de cada indivíduo em relação ao contexto sociocultural que ele se encontra. Também é possível detectar relatos a cerca da eventual interferência deste fenômeno no processo de trabalho, bem como observar o surgimento de relatos de métodos de enfrentamento a este fenômeno.

Deve ser observado que desde a formação de médicos e enfermeiros o principal foco do cuidado ao paciente é a cura do mesmo, a vitória sobre a doença. Há treinamento intensivo sobre como cuidar de cada patologia, trazendo a saúde ao paciente. Esta visão foi ampliada com o desenvolvimento das técnicas científicas, o desenvolvimento tecnológico. Há pouco treinamento de como se lidar com o paciente que morre, mesmo diante de todas as boas práticas do cuidado e tratamento das doenças. Os insucessos terapêuticos, embora possíveis, são pouco aventados nos treinamentos. A falta de um treinamento adequado sobre como lidar com o sofrimento e morte dos pacientes expõe médicos e enfermeiros a possibilidades de enfrentamento ditadas pela experiência pessoal de cada um.

Outro ponto importante é a relação da sociedade atual com a morte, a qual ocorre principalmente dentro dos hospitais, longe do cuidado familiar e frequentemente presenciada por enfermeiros e médicos. Este contato com o paciente que morre em substituição ao cuidado da família pode trazer consequências aos profissionais como o sentimento de luto e todas as suas consequências, principalmente se este luto não for reconhecido pelos próprios profissionais ou se o profissional que sofre devido ao processo de luto profissional tem o seu apoio negado para a devida recuperação.

A cerca da percepção do sofrimento do paciente pelo profissional cuidador, a fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty esclarece que este sofrimento percebido pelo profissional é internalizado na sua individualidade e também provoca sofrimento ao cuidador. As consequências desta percepção podem variar de acordo com o indivíduo, levando a um grau maior ou menor de sofrimento deste.

Este contato de médicos e enfermeiros ao paciente que sofre e morre ocorre no ambiente de trabalho, principalmente hospitalar. A psicopatologia e depois a psicodinâmica do trabalho de Dejours trouxe importantes reflexões a cerca do sofrimento no ambiente de trabalho. Esclarece a cerca da inevitabilidade da existência de sofrimento neste ambiente. Mesmo assim, o adoecimento mental provocado por este sofrimento é evitável, mesmo não sendo possível a eliminação do sofrimento.

Há a possibilidade de convivência com o sofrimento de modo equilibrado, da transformação, ressignificação do sofrimento em uma situação propícia à saúde mental. Esta ressignificação passa por um processo de reflexão do próprio indivíduo e a disponibilidade de mecanismos de enfrentamento ao sofrimento. Esta reflexão interna do indivíduo vai depender de sua história pessoal, experiências prévias com relação ao sofrimento e morte, de sua formação técnica e de nível de conhecimento, comportamento ético, bem como de suas crenças e significados a cerca da morte do ponto de vista religioso e espiritual. Este conjunto de fatores pode determinar uma convivência equilibrada e ao sofrimento criativo.

Por outro lado, a tentativa de convivência equilibrada com o sofrimento no ambiente de trabalho pode ser insuficiente para a manutenção do equilíbrio mental, levando a um quadro de sofrimento patológico, este pode afetar o profissional de modo variado com vários níveis de danos como o surgimento da Síndrome de Burnout e suas consequências.

O enfrentamento adequado ao sofrimento cotidiano no ambiente de trabalho é importante, mais ainda para os trabalhadores que podem lidar frequentemente com situações limites como a morte de pacientes. O auxílio ao desenvolvimento de mecanismos adequados de enfrentamento ao sofrimento pode ser muito útil para a manutenção da saúde mental destes profissionais.

Entretanto como a percepção do sofrimento é individual e o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento também depende da história individual de cada profissional, muito possivelmente o oferecimento de auxílio para o desenvolvimento de mecanismos de

enfrentamento deveria também ser individualizado. Neste ponto, quando Kierkegaard reflete sobre o desespero do homem, sobre o sofrimento, elucida os três estádios da existência humana em que ao fim há a possibilidade de uma vida equilibrada, com o desenvolvimento dos estádios estético, ético e religioso. Mas sem que um estágio não elimine o outro, mas o modifica. O convívio de situações prazerosas, de uma atuação ética e correta, bem como a espiritualidade e/ou religiosidade.

Assim para o desenvolvimento de métodos pessoais de enfrentamento adequado ao sofrimento se deveria levar o indivíduo a reflexão e autoconhecimento. Procurar descobrir as suas possíveis fontes de alegria e amplificá-las. Também seria necessário o treinamento técnico e atuação ética no ambiente de trabalho. O terceiro ponto é o estímulo ao desenvolvimento de espiritualidade e/ou religiosidade para o encontro de significado de suas atuações profissionais, ainda que o resultado final seja o óbito do paciente.

Como resultados esperados pelo desenvolvimento deste trabalho tem-se em primeiro lugar a compreensão da complexidade envolvida no sofrimento do profissional médico e enfermeiro perante o sofrimento e o óbito do paciente. Que a percepção do sofrimento pelo profissional seja compreendida à luz da fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty e suas consequências.

Como resultado deste trabalho se espera que o sofrimento no ambiente de trabalho seja adequadamente refletido através do pensamento da psicodinâmica do trabalho de Christophe Dejours e sobre a possibilidade de enfrentamento e convívio equilibrado com o sofrimento, de modo a preservar a saúde mental.

Outro ponto seria elucidar como o pensamento de Soren Kierkegaard pode colaborar na elaboração de estratégias de enfrentamento ao sofrimento, abarcando todos os estádios da existência humana, o estético, o ético e o religioso.

É importante ressaltar que as conclusões deste trabalho podem vir a ser fonte para elaboração de outros estudos sobre o tema do sofrimento de profissionais, bem como que as sugestões aqui elencadas sejam utilizadas e modo tempestivo para o desenvolvimento de estratégias para o adequado enfrentamento ao sofrimento profissional de médicos e de enfermeiros.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, D. de C. *et al.* Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 4, p. 1015, 31 out. 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5725>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- ANDRADE, C. G. de *et al.* Cuidados paliativos e bioética: estudo com enfermeiros assistenciais Palliative care and bioethics: study with assistance nurses. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 4922, 4 out. 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3622>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- ARIÊS, P. **História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- AUGUSTO, M. M.; FREITAS, L. G.; MENDES, A. M. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 34–55, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1677-11682014000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-11682014000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 26 ago. 2022.
- BAETZ, M.; TOEWS, J. Clinical Implications of Research on Religion, Spirituality, and Mental Health. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 292–301, maio 2009. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370905400503>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- BALBONI, T. A. *et al.* Spirituality in Serious Illness and Health. **JAMA**, [S. l.], v. 328, n. 2, p. 184–197, 12 jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>. Acesso em: 17 ago. 2022.
- BARBOUR, L. Exploring oncology nurses' grief: A self-study. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, v. 3, n. 3, p. 233, 2016. Disponível em: <http://www.apjon.org/text.asp?2016/3/3/233/189817>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- BELLER, E. M.; DRIEL, M. L. van; *et al.* Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd010206.pub2>. Acesso em: 27 jul. 2022.
- BELLER, E. M.; VAN DRIEL, M. L.; *et al.* Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2018, n. 11, 2 jan. 2015. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010206.pub2>. Acesso em: 17 ago. 2022.
- BETRIANA, F.; KONGSUWAN, W. Lived experiences of grief of Muslim nurses caring for patients who died in an intensive care unit: A phenomenological study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 52, p. 9–16, jun. 2019. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339718301204>. Acesso em: 9 set. 2020.

BOHNEN, J. D. *et al.* When Things Go Wrong: The Surgeon as Second Victim. **Annals of Surgery**, v. 269, n. 5, p. 808–809, 2019.

BRÊTAS, J. R. S.; OLIVEIRA, J. R.; YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 477–483, dez. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000400005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400005&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 10 maio 2022.

CARVALHO, R. T. *et al.* **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. São Paulo: ANCP, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

CHERNY, N.; RADBRUCH, L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. **Palliative medicine**, v. 23, p. 581–93, 1 out. 2009.

CHEUNG, T.; LEE, P. H.; YIP, P. S. F. The associations between religion, bereavement and depression among Hong Kong nurses. **BMC Research Notes**, v. 10, n. 1, p. 242, dez. 2017. Disponível em: <http://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-017-2588-7>. Acesso em: 9 set. 2020.

CONNOR, S. R.; SEPULVEDA, M. C. S. **Global atlas of palliative care at the end of life**. London: Worldwide Palliative Care Alliance, 2014. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf). Acesso em: 15 out. 2020.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. trad. Sandra Wallmann Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CUNHA, A. R.; ARAÚJO, S. A. de; PERES, L. de P. Relatos de profissionais enfermeiros sobre os eventos emocionais frequentes que ocorrem em pacientes fora de possibilidade terapêutica. **Nursing, São Paulo**, v. 19, n. 221, p. 1422–1427, out. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-797224>.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** trad. Maria José Almeida. 32. ed. São Paulo: Editora Moraes, 1992.

DE OLIVEIRA, A. L. H. Søren Kierkegaard: por uma filosofia da existência. **Revista Ágora Filosófica**, v. 1, n. 1, p. 169–194, 18 set. 2015. Disponível em: <https://www1.unicap.br/ojs/index.php/agora/article/view/631>. Acesso em: 21 mar. 2022.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. trad. A. I. Paraguay; L. L. Ferreira. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez Oboré, 2008.

DEJOURS, C. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília; Rio de Janeiro: Paralelo 15 Ed. Fiocruz., 2004.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. In: Chanlat, JF. 3. ed. São Paulo: Atlas São Paulo, 1996.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho**. trad. Ana Isabel Paraguay; Lúcia Leal Ferreira. 6. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2018.

DEJOURS, C. : **da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3. ed. Brasília; Rio de Janeiro: Editora Paralelo 15, 2011.

DESTRO, C. *et al.* Evidências científicas do luto do profissional da equipe de enfermagem frente ao óbito do paciente no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 6, p. e30611629126–e30611629126, 28 abr. 2022a. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29126>. Acesso em: 17 ago. 2022.

DESTRO, C. *et al.* O sofrimento do médico frente ao óbito do paciente: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 10, p. e517111033154–e517111033154, 9 ago. 2022b. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33154>. Acesso em: 17 ago. 2022.

DESTRO, C. R. de S. *et al.* O atendimento na insuficiência cardíaca crônica e sua inserção nos cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 7, p. e24411729632–e24411729632, 22 maio 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29632>. Acesso em: 14 jul. 2022.

DIAS, F. A. *et al.* Espiritualidade e saúde: Uma reflexão crítica sobre a vida simbólica. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 5, p. e52953113–e52953113, 28 mar. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3113>. Acesso em: 15 ago. 2022.

DOS-SANTOS, J. L. *et al.* Feelings of nurses faced with death: pleasure and suffering from the perspective of psychodynamics of Dejours. **Invest. educ. enferm**, [S. l.], v. 34, n. 3, p. 511–517, dez. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072016000300511](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072016000300511).

DOS SANTOS, R. G. Reflexão sobre os estádios existenciais em Søren Kierkegaard. **Revista Guairacá de Filosofia**, v. 33, n. 1, 2017a. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/2179-9180.20170007>. Acesso em: 23 maio 2022.

DOS SANTOS, R. G. Reflexão sobre os estádios existenciais em Søren Kierkegaard. **Guairacá - Revista de Filosofia**, v. 33, n. 1, p. 95–116, 2017b. Disponível em: <https://revistas.unicentro.br/index.php/guaiaraca/article/view/5065>. Acesso em: 3 ago. 2022.

DOYLE, D. **Guidelines and Suggestions for those Starting a Hospice/Palliative Care Service 2nd Edition**. 2. ed. Houston: IAHPC Press, 2009. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/getting-started/>. Acesso em: 10 fev. 2020.

ELLIS, A. Is religiosity pathological? **Free inquiry (Buffalo)**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 27–32, 1988.

FARIA, S. de S.; FIGUEREIDO, J. de S. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. **Psicologia Hospitalar**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 44–66, jan. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1677-74092017000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-74092017000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 7 jul. 2022.



- FARIAS, M. K. *et al.* AS CONSEQUÊNCIAS DA SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS**, v. 4, n. 2, p. 259–259, 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4550>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- FFRENCH-O'CARROLL, R. *et al.* Grief reactions and coping strategies of trainee doctors working in paediatric intensive care. **British Journal of Anaesthesia**, [S. l.], v. 123, n. 1, p. 74–80, 2019. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85062329879&doi=10.1016%2fj.bja.2019.01.034&partnerID=40&md5=b1ee2b1fe9642e79948a38ebe3c4a42a>.
- FLORES, I. P. *et al.* A religiosidade e sua influência no processo de cura terapêutico. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 6, seç. Research, Society and Development, p. 59, 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7435464>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- FREITAS, J. L. Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 19, n. 1, p. 97–105, jul. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-68672013000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-68672013000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 26 ago. 2022.
- FREUD, S. Moses and Monotheism. SE, 23. **London: Hogarth**, [S. l.], 1939.
- FREUD, S. Obsessive acts and religions practices. [S. l.], 1962.
- FREUD, S.; STRACHEY, J. **The future of an illusion**. New York: Norton, 1975.
- FREUDENBERGER, H. J. Staff burn-out. **Journal of social issues**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 159–165, 1974.
- FUSAR-POLI P *et al.* Maurice Merleau-Ponty and the “embodied subjectivity” (1908-61). **Medical Anthropology Quarterly**, Malden Massachusetts, v. 23, n. 2, p. 91–93, jun. 2009. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105374691&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 23 set. 2020.
- GARDINER, P. **Kierkegaard**. trad. A. C. Vilela. São Paulo: Edições Loyola, 2001.
- GEORGE, L. K. *et al.* Spirituality and Health: What We Know, What We Need to Know. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 19, n. 1, p. 102–116, mar. 2000. Disponível em: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jscp.2000.19.1.102>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- GERMANO, K. S.; MENEGUIN, S. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 522–528, dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000600003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600003&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 maio 2022.
- GILES, T. M. *et al.* Nurses’ perceptions and experiences of caring for patients who die in the emergency department setting. **International Emergency Nursing**, v. 47, p. 100789, nov. 2019. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755599X19300758>. Acesso em: 9 set. 2020.

GOMES, B. *et al.* Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. **BMC palliative care**, v. 12, p. 7, 15 fev. 2013.

GOMES, B.; HIGGINSON, I. J. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 332, n. 7540, p. 515–521, 4 mar. 2006a.

GOMES, B.; HIGGINSON, I. J. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. **BMJ**, v. 332, n. 7540, p. 515–521, 4 mar. 2006b. Disponível em: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.38740.614954.55>. Acesso em: 17 set. 2020.

GONZÁLEZ, R. de P.; GONZÁLEZ, J. F. S. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. **Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria**, v. 22, n. 9, seç. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, p. 580–584, 1998. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7529011>. Acesso em: 18 ago. 2022.

GRANEK, L. *et al.* Oncologists' negative attitudes towards expressing emotion over patient death and burnout. **Supportive Care in Cancer**, v. 25, n. 5, p. 1607–1614, 2017. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85010800040&doi=10.1007%2fs00520-016-3562-y&partnerID=40&md5=562c33ef8baafdbafcf3a73757f1c070>.

GRUNEIR, A. *et al.* Where people die: a multilevel approach to understanding influences on site of death in America. **Medical care research and review : MCRR**, United States, v. 64, n. 4, p. 351–378, ago. 2007. Disponível em: <https://journals-sagepub-com.ez24.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1177/1077558707301810>. Acesso em: 13 out. 2020.

HALES, S.; ZIMMERMANN, C.; RODIN, G. Review: The quality of dying and death: a systematic review of measures. **Palliative Medicine**, v. 24, n. 2, p. 127–144, mar. 2010. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216309351783>. Acesso em: 9 set. 2020.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577–2588, set. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 23 set. 2020.

HILL, P. C. *et al.* Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, v. 30, n. 1, p. 51–77, 2000. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-5914.00119>. Acesso em: 15 ago. 2022.

HOARE, S. *et al.* Do Patients Want to Die at Home? A Systematic Review of the UK Literature, Focused on Missing Preferences for Place of Death. **PloS one**, v. 10, n. 11, p. e0142723, 2015.

IBGE. Estatísticas do Registro Civil 2015. **Estatísticas do registro Civil**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 60, 2016. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc\\_2015\\_v42.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2015_v42.pdf). Acesso em: 2 set. 2020.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009). Acesso em: 2 set. 2020.

IBGE. **Projeções da população: Brasil e unidades da Federação, revisão 2018**. 2ª edição. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018. v. 40, (Séries Relatórios metodológicos). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101597.pdf>. Acesso em: 2 set. 2020.

JOHNSTON, B. *et al.* COVID-19: nurse-led bereavement support in a large NHS health board. **International journal of palliative nursing**, England, v. 27, n. 1, p. 6–9, 2 fev. 2021.

JONES, H. **Religion: The etiology of mental illness**. [S. l.]: Lulu. com, 2007.

KANG, J. *et al.* Care for critically and terminally ill patients and moral distress of physicians and nurses in tertiary hospitals in South Korea: A qualitative study. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 16, n. 12 December, 2021. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85122016868&doi=10.1371%2Fjournal.pone.0260343&partnerID=40&md5=17d7736458e75f22780ec9bde9cc57dc>.

KANG, L. *et al.* Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. **Brain Behav Immun**, v. 87, p. 11–17, abr. 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>.

KARADAG, E. *et al.* Attitudes of Nurses in Turkey Toward Care of Dying Individual and the Associated Religious and Cultural Factors. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 58, n. 1, p. 303–316, fev. 2019. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-018-0657-4>. Acesso em: 9 set. 2020.

KHALAF, I. A. *et al.* Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death: A Qualitative Approach. **Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association**, [S. l.], United States, v. 36, n. 3, p. 228–240, set. 2018. Disponível em: [https://journals-sagepub-com.ez24.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1177/0898010117720341?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%200pubmed](https://journals-sagepub-com.ez24.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1177/0898010117720341?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed). Acesso em: 20 ago. 2020.

KIERKEGAARD, S. **Diário de um sedutor; Tremor e Temor; O Desespero Humano (Col. Os Pensadores)**. trad. C. Grifo; M. J. Marinho; A. C. Monteiro. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1979.

KIERKEGAARD, S. Either/Or, A Fragment of Life, II. *In*: HONG, H. V.; HONG, E. H. (org.). **The Essential Kierkegaard**: Princeton University Press, 1980a. p. 66–83. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/j.ctt24hpd3.8>. Acesso em: 26 ago. 2022.

KIERKEGAARD, S. **O matrimônio**. Campinas: Editorial Psy II, 1994.

KIERKEGAARD, S. Stages on Life's Way. In: HONG, H. V.; HONG, E. H. (org.). **The Essential Kierkegaard**: Princeton University Press, 1980b. p. 170–186. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/j.ctt24hpd3.17>. Acesso em: 26 ago. 2022.

KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. **ISRN Psychiatry**, v. 2012, p. 1–33, 16 dez. 2012. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/278730/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Medicine: How Are They Related and What Does It Mean? **Mayo Clinic Proceedings**, v. 76, n. 12, p. 1189–1191, dez. 2001. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025619611627936>. Acesso em: 13 ago. 2022.

KOENIG, H. G. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 283–291, maio 2009. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370905400502>. Acesso em: 13 ago. 2022.

KOLHS, M.; OLSCHOWSKY, A.; FERRAZ, L. Suffering and defense in work in a mental health care service. **Rev. bras. enferm**, v. 72, n. 4, p. 903–909, ago. 2019. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000500903](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000500903).

KON, A. A. *et al.* Shared decision-making in intensive care units. Executive summary of the American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society policy statement. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 193, n. 12, p. 1334–1336, 2016.

KOVÁCS. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 420–429, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://www.revistamundodasaude.com.br/assets/artigos/2010/79/420.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2022.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 94–104, abr. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000100011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100011&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 9 set. 2020.

KÜBLER-ROSS, E. **On Death and Dying**. New York: Macmillan, 1969. Disponível em: <http://www.psy.lmu.de/allg2/download/audriemmo/ws1011/kubler-ross.pdf>. Acesso em: 21 set. 2020.

LANKEN, P. N. *et al.* An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 177, n. 8, p. 912–927, 2008.

LAOR-MAAYANY, R. *et al.* Compassion fatigue among oncologists: the role of grief, sense of failure, and exposure to suffering and death. **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 2025–2031, 2020. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85070262186&doi=10.1007%2fs00520-019-05009-3&partnerID=40&md5=bfc6685267f679d2b5fb4511916854fb>.

LAWLER, K. A.; YOUNGER, J. W. Theobiology: An Analysis of Spirituality, Cardiovascular Responses, Stress, Mood, and Physical Health. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 41, n. 4, p. 347–362, 1 dez. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1023/A:1021126510680>. Acesso em: 15 ago. 2022.

LINANE, H. *et al.* Disturbing and distressing: a mixed methods study on the psychological impact of end of life care on junior doctors. **Irish Journal of Medical Science**, [S. l.], v. 188, n. 2, p. 633–639, 2019. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85053073172&doi=10.1007%2fs11845-018-1885-z&partnerID=40&md5=78db2569690fcdacb1c0b8fdaa4da710>.

LUCCHETTI, G.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. **World Journal of Clinical Cases**, [S. l.], v. 9, n. 26, p. 7620–7631, 16 set. 2021. Disponível em: <https://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v9/i26/7620.htm>. Acesso em: 17 ago. 2022.

MACIEL, M. G. S. Organização de Serviços de Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T. (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. São Paulo: ANCP, 2012. p. 94. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

MAGALHÃES, M. V.; MELO, S. C. A. MORTE E LUTO: o sofrimento do profissional da saúde. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 1, n. 1, p. 65–77, 11 abr. 2015. Disponível em: <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MALTA, R.; RODRIGUES, B.; PRIOLLI, D. G. Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acadêmicos sobre Morte e Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 2, p. 34–44, jun. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022018000200034&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000200034&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 20 abr. 2022.

MALTONI, M. *et al.* Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review. **Journal of Clinical Oncology**, v. 30, n. 12, p. 1378–1383, 20 abr. 2012. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2011.37.3795>. Acesso em: 27 jul. 2022.

MANTRI, S. *et al.* Prevalence and Predictors of Moral Injury Symptoms in Health Care Professionals. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 209, n. 3, p. 174–180, mar. 2021. Disponível em: [https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2021/03000/Prevalence\\_and\\_Predictors\\_of\\_Moral\\_Injury\\_Symptoms.6.aspx](https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2021/03000/Prevalence_and_Predictors_of_Moral_Injury_Symptoms.6.aspx). Acesso em: 17 ago. 2022.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste: guia para vencer o estresse na empresa. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste: guia para vencer o estresse na empresa**, 1999. p. 239–239.

MASSUD, M.; BARBOSA, G. A profissão médica e o ser médico. **A saúde dos médicos no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 220p**, 2007.

MEDEIROS, M. B. *et al.* Dilemas éticos em UTI: contribuições da Teoria dos Valores de Max Scheler. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 276–284, abr. 2012. Disponível

em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/VLkGBWgLk8XmskhBzTWQpVQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 ago. 2022.

MEDISAUSKAITE, A.; KAMAU, C. Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. **Psychiatry Research**, v. 274, p. 383–390, 2019. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85062444040&doi=10.1016%2fj.psychres.2019.02.075&partnerID=40&md5=87a406fa5fc09f4f2e746982df941481>.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. trad. Carlos Alberto Ribeiro De Moura. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2018.

MILLER, M. D. Complicated grief in late life. **Dialogues in clinical neuroscience**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 195–202, jun. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS. 2018a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf). Acesso em: 15 set. 2020. (Brasília).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018**. [S. l.]: Imprensa Nacional, 2018b. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrjw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrjw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710).

MINKOWSKI, E. Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto pático da existência). trad. M. V. P. de C. Pacheco. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 156–164, dez. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142000000400156&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142000000400156&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 19 abr. 2022.

MORAIS, E. N. de *et al.* Cuidados paliativos: enfrentamento dos enfermeiros de um hospital privado na cidade do Rio de Janeiro – RJ / Palliative care: coping nurses in a private hospital in the city of Rio de Janeiro - RJ. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 318, 2 abr. 2018. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6000>. Acesso em: 17 set. 2020.

MOREIRA, H. A.; SOUZA, K. N.; YAMAGUCHI, M. U. Síndrome de *Burnout* em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S. l.], v. 43, 12 mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbso/a/HFpJvMNmgCBMz3rDBcJQV9Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 ago. 2022.

MURTAGH, F. E. *et al.* How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. **Palliative Medicine**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 49–58, jan. 2014. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216313489367>. Acesso em: 17 set. 2020.

PARKES, C. M. **Amor e perda. As raízes do luto e suas complicações**. trad. M. H. P. Franco. São Paulo: Summus Editorial, 2009.

- PARKES, C. M. Bereavement and mental illness. **British Journal of Medical Psychology**, London, v. 38, n. 1, p. 13–26, 1 mar. 1965. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1965.tb00957.x>. Acesso em: 22 set. 2020.
- PARKES, C. M. Bereavement in adult life. **BMJ (Clinical research ed.)**, London, v. 316, n. 7134, p. 856–859, 14 mar. 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1112778/>. Acesso em: 8 set. 2020.
- PEHLIVAN, S. *et al.* Relationship Between Death Anxiety of Turkish Nurses and Their Attitudes Toward the Dying Patients. **OMEGA - Journal of Death and Dying**, Detroit, v. 82, n. 1, p. 128–140, nov. 2020. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0030222819895122>. Acesso em: 9 set. 2020.
- PENA, L.; REMOALDO, P. Psicodinâmica do Trabalho: um estudo sobre o prazer e o sofrimento no trabalho docente na Universidade Óscar Ribas. **Saúde Soc**, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 147–159, dez. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902019000400147](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000400147).
- PONTE, K. M. de A.; DA SILVA, L. D. F. Comfort as a result of nursing care: an integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 2603, 1 abr. 2015. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3569>. Acesso em: 17 set. 2020.
- POPA-VELEA, O. *et al.* The impact of Balint work on alexithymia, perceived stress, perceived social support and burnout among physicians working in palliative care: a longitudinal study. **International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 53–63, jan. 2019. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=135040278&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 7 jul. 2022.
- RISSARDO, M. P.; GASPARINO, R. C. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 17, p. 128–132, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ean/a/VBTVWhf4HBVkJG4HnJwKzKq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- RODRIGUES, P. F.; ALVARO, A. L. T.; RONDINA, R. Sofrimento no trabalho na visão de Dejours. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, Garça, v. 4, n. 7, 2006. Disponível em: [http://faef.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/lh21p1ieajxlwck\\_2013-5-10-15-30-2.pdf](http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/lh21p1ieajxlwck_2013-5-10-15-30-2.pdf). Acesso em: 20 maio 2022.
- SANTOS, J. L. dos *et al.* Feelings of nurses faced with death: pleasure and suffering from the perspective of psychodynamics of Dejours. **Investigación y Educación en Enfermería**, Antioquia, v. 34, n. 3, p. 511–517, 15 out. 2016. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/325705>. Acesso em: 10 set. 2020.
- SARTORI, A.; BATTISTEL, A. L. H. T. A abordagem da morte na formação de profissionais e acadêmicos da enfermagem, medicina e terapia ocupacional/Approaching death in the training of nursing, medicine and occupational therapy professionals. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 497–508, 27 set. 2017. Disponível em:

<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1484>. Acesso em: 20 maio 2022.

SCHNER, J. G. *Deadly Doctrine: Health, Illness and Christian God Talk* Wendell W. Watters Buffalo: Prometheus Books, 1992. 192 p. **Studies in Religion/Sciences Religieuses**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 514, 1 dez. 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/000842989402300421>. Acesso em: 17 ago. 2022.

SEYBOLD, K. S. Physiological Mechanisms Involved in Religiosity/Spirituality and Health. **Journal of Behavioral Medicine**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 303–309, ago. 2007. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10865-007-9115-6>. Acesso em: 16 ago. 2022.

SILVA, D. C. M.; LOUREIRO, M. F.; PERES, R. S. Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. **Psicologia Hospitalar**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 39–51, 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1677-74092008000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-74092008000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 17 ago. 2022.

SILVA, M. S. O sofrimento (pathos) em quanto condição para existência: uma. **Cuadernos de filosofía**, [S. l.], n. 55, p. 71–92, 2010. Disponível em: <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CdF/article/view/70>. Acesso em: 1 fev. 2022.

STARR, L. T. *et al.* Associations Among End-of-Life Discussions, Health-Care Utilization, and Costs in Persons With Advanced Cancer: A Systematic Review. **The American journal of hospice & palliative care**, [S. l.], v. 36, n. 10, p. 913–926, out. 2019.

STOCHERO, H. M. *et al.* Sentimentos e dificuldades no enfrentamento do processo de morrer e de morte por graduandos de enfermagem. **Aquichan**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 219–229, 1 jun. 2016. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5622/pdf>. Acesso em: 14 abr. 2022.

STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. **Omega**, [S. l.], United States, v. 61, n. 4, p. 273–289, 2010.

STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. **Death Studies**, London, v. 23, n. 3, p. 197–224, mar. 1999. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/074811899201046>. Acesso em: 9 set. 2020.

STROEBE, M.; SCHUT, H.; BOERNER, K. Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. **Clinical Psychology Review**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 259–268, mar. 2010. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735809001627>. Acesso em: 9 set. 2020.

STROEBE, M.; SCHUT, H.; STROEBE, W. Health outcomes of bereavement. **Lancet (London, England)**, London, v. 370, n. 9603, p. 1960–1973, 8 dez. 2007. Disponível em: <https://pdf.sciencedirectassets.com/271074/1-s2.0-S0140673607X60513/1-s2.0-S0140673607618169/main.pdf>. Acesso em: 21 set. 2020.

TAMADA, J. K. T. *et al.* Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 96, n. 2, p. 81–87, 9 jun. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/121660>. Acesso em: 7 jul. 2022.



TRANter, S.; JOSLAND, E.; TURNER, K. Nurse's bereavement needs and attitudes towards patient death: a qualitative study of nurses in a dialysis unit. **Journal of Renal Care**, England, v. 42, n. 2, p. 101–106, jun. 2016. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/jorc.12147>. Acesso em: 9 set. 2020.

TUCUNDUVA, L. T. C. de M. *et al.* A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S. l.], v. 52, p. 108–112, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ramb/a/TC8D8NrrvvBYW4jMdzNdGqF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2022.

VIEIRA, T. A. *et al.* Cuidado paliativo ao cliente oncológico: percepções do acadêmico de enfermagem Palliative care to cancer client: the nursing student's perception. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 175, 10 jan. 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5329>. Acesso em: 17 set. 2020.

VON GUNTEN, C.; WEISSMAN, D. E. Ventilator Withdrawal Protocol (Part I) #33. **Journal of Palliative Medicine**, [S. l.], v. 6, n. 5, p. 773–774, out. 2003. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/109662103322515293>. Acesso em: 17 ago. 2022.

WHITE, N. *et al.* How do palliative care doctors recognise imminently dying patients? A judgement analysis. **BMJ Open**, [S. l.], v. 8, n. 11, p. e024996, nov. 2018. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-024996>. Acesso em: 9 set. 2020.

WHITE, N. *et al.* The (un)availability of prognostic information in the last days of life: a prospective observational study. **BMJ Open**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e030736, jul. 2019. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2019-030736>. Acesso em: 9 set. 2020.

WHO. Definition of Palliative Care. 2002. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 1 set. 2020. (Geneva).

WOOFF, W. R.; CARTER, Y. H. The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (Part 2). **The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners**, [S. l.], v. 47, n. 421, p. 509–514, ago. 1997. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez24.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00858.x?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 21 set. 2020.

ZEITLIN, S. V. Grief and bereavement. **Primary care**, United States, v. 28, n. 2, p. 415–425, jun. 2001. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez24.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0095454305700312?via%3Dihub>. Acesso em: 21 set. 2020.