



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP

MARIA EDUARDA CHAVES DE MENDONÇA GALVÃO

**VIVÊNCIA(S) DO LUTO NÃO RECONHECIDO PELOS PROFISSIONAIS
PALIATIVISTAS: UM ESTUDO QUALITATIVO EM UM HOSPITAL ESCOLA DE
PERNAMBUCO**

RECIFE

2025

VIVÊNCIA(S) DO LUTO NÃO RECONHECIDO PELOS PROFISSIONAIS PALIATIVISTAS: UM ESTUDO QUALITATIVO EM UM HOSPITAL ESCOLA DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências
para obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos pelo Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira

Mestranda: Maria Eduarda Chaves de Mendonça Galvão

Orientadora: Suzana Lins da Silva

Coorientadores: Cybelle Cavalcanti Accioly

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Linha de pesquisa: Controle dos sintomas, Reabilitação e qualidade de vida e morte
em Cuidados Paliativos

RECIFE

2025

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Elaborada por Camila Florencio CRB-4/2295

G182v Galvão, Maria Eduarda Chaves de Mendonça

Vivência(s) do luto não reconhecido pelos profissionais paliativistas:
um estudo qualitativo em um hospital escola de Pernambuco / Maria
Eduarda Chaves de Mendonça Galvão. -- Recife, 2025.
86 f. : il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos) – Instituto
de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2025.

Orientadora: Suzana Lins da Silva.

Coorientadores: Cybelle Cavalcanti Accioly, Leopoldo Nelson
Fernandes Barbosa.

1. Luto. 2. Profissional de saúde. 3. Saúde mental. 4. Cuidados
paliativos. I. Silva, Suzana Lins da. II. Accioly, Cybelle Cavalcanti. III.
Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes. IV. Título.

CDD 362.175

MARIA EDUARDA CHAVES DE MENDONÇA GALVÃO

**VIVÊNCIA(S) DO LUTO NÃO RECONHECIDO PELOS
PROFISSIONAIS PALIATIVISTAS: UM ESTUDO QUALITATIVO EM
UM HOSPITAL ESCOLA DE PERNAMBUCO**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre
em Cuidados Paliativos do Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-
IMIP

Banca examinadora:

1ºMEMBRO

2ºMEMBRO

Suzana Lins da Silva (Orientadora–IMIP)

RECIFE

2025

DEDICATÓRIA

*Aos meus pacientes, que me
ensinaram a dor e a potência
da despedida*

AGRADECIMENTOS

Talvez eu tivesse duvidado que essa hora chegaria. Se estou agradecendo, é porque realmente agora me encontro na reta final dessa jornada acadêmica. Então é verdade, eu consegui chegar até o fim. Em diversos momentos eu me repeti: você nunca foi de desistir. Você é de ir até o fim. Portanto, aos trancos e barrancos, buscando equilibrar todos os pratos da vida e, principalmente, nesse árduo movimento de unir a vida de pesquisadora com a rotina profissional intensa, é tempo de agradecer.

Agradeço, sempre em primeiro, ao Homem que eu sigo. A partir da minha vivência espiritual, eu digo desde o início que o meu desejo era estudar algo que fizesse sentido e que tocasse à existência de modo sensível. E, com isso, o meu Sonho de “amar até as últimas consequências” também aparece nessa produção acadêmica.

Aos meus pais, Claudia e Lula, minhas âncoras firmes, não consigo conter as lágrimas nos olhos ao falar de vocês. Vocês, que tantas vezes, não sabiam dessa jornada silenciosa, em tantos momentos na frente do computador, lendo e escrevendo. Mas que, em tudo, literalmente tudo, estão do meu lado, me apoiando, acreditando e, sobretudo, sendo a minha segurança afetiva. Se estou aqui hoje, é por conta de vocês.

Aos meus irmãos, Nuka e Lulinha, que eu nutro tanta admiração, cumplicidade e afeto, muito obrigada por estarem sempre por perto, torcendo por minhas conquistas.

Ao meu cunhado e cunhada, Wagner e Raissa, que são um grande presente.

As minhas queridas sobrinhas e meu sobrinho (Teca, Tonton, Serena e João), também é por vocês que eu desejo continuar ajudando tantas pessoas, para que encontrem aqui um mundo melhor.

A minha Jacinha, minha namorada, companheira e amiga, que tantas vezes, acreditou e relembrou o potencial que eu tenho, me ajudando em cada segundo dessa jornada e vibrando com cada passo dado.

Aos meus amigos e amigas, companheiros do caminho, que sempre estiveram junto.

Aos meus orientadores, Suzana, Leopoldo e Cybelle, que também em suas jornadas exaustivas, caminharam junto comigo. Bem como tantos estudantes, residentes e colegas de profissão que me auxiliaram de algum modo durante todo esse processo.

E, por fim, meu agradecimento especial aos diversos pacientes que eu acompanhei em sua passagem nessa existência, com suas dores, sofrimentos, alegrias e biografias. Esse trabalho é fruto do meu contato com vocês e da marca deixada em mim. Obrigada!

“Um dia você vai perder alguém que ama. Vai se perder também. Por inteiro. As ideias em que você acreditava serão derramadas como se sua alma fosse feita de água. E você vai me chamar para secar”

Clarice Freire

RESUMO

Introdução: O luto é um processo universal e singular de elaboração de perdas significativas, que se manifesta de forma emocional, relacional e simbólica. No contexto da saúde, especialmente nos Cuidados Paliativos, os profissionais lidam continuamente com rupturas profundas de vínculo, vivenciando o sofrimento diante da morte dos pacientes. No entanto, essas perdas nem sempre são legitimadas pelo próprio profissional, social ou institucionalmente, caracterizando o que se denomina luto não reconhecido (disenfranchised grief). Trata-se de um sofrimento silenciado, vivido muitas vezes no íntimo dos profissionais, que, apesar da dor, retornam rapidamente às funções assistenciais sem espaço para expressão ou elaboração. A literatura ainda é incipiente sobre esse fenômeno, sobretudo no cenário brasileiro, o que torna urgente a escuta dessas vivências e a construção de estratégias que promovam o cuidado também de quem cuida. **Objetivo:** Analisar a(s) vivência(s) do luto não reconhecido por profissionais de Cuidados Paliativos em um Hospital escola. **Métodos:** O desenho do estudo se deu em duas etapas: 1. Estudo de natureza qualitativa, de cunho descritivo e analítico. 2. Criação de um produto técnico educacional, sendo este um guia de orientações com base no modelo ADDIE, a partir dos resultados do estudo qualitativo. Essa pesquisa foi realizada em uma enfermaria de Cuidados Paliativos de um Hospital escola de Pernambuco. O período do estudo ocorreu entre Fevereiro de 2023 e Maio de 2025. A coleta dos dados foi realizada nos meses de Maio de 2024 à Janeiro de 2025. A amostra, composta por profissionais da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos, foi realizada por conveniência, a partir do contato prévio da pesquisadora com a equipe. Como instrumento de coleta de dados foi aplicado um formulário de pesquisa, composto por um questionário sociodemográfico e um roteiro de entrevista semi-estruturada. Essas entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, realizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin, a partir da análise temática. Posteriormente, foi construído o guia de orientações, tendo sido realizado em cinco etapas a partir do modelo ADDIE, sendo elas: Análise, Design, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do IMIP, sob número 77807224.0.0000.5201 do CAAE, bem como todos os participantes assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). **Resultados:** Foram desenvolvidos três produtos: 1. Produção bibliográfica (artigo científico); 2. Guia de orientações como produto técnico; 3. Artigo do PIBIC fruto dos dados da Dissertação. Durante o estudo foram entrevistados 11 profissionais da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos com a média de idade de 37 anos. Em relação ao gênero, o feminino prevaleceu totalizando 8 participantes. Em relação à caracterização da formação profissional

dos entrevistados, eram 6 técnicas/os de enfermagem, 1 Psicólogo(a); 1 Fisioterapeuta; 1 Médico(a) e 2 Enfermeiras(os). Verificou-se, além disso, que por mais que 8 dos profissionais afirmem trabalhar no contexto paliativo há mais de cinco anos, apenas 3 tinham alguma especialização formal na área. **Discussão:** A análise revelou quatro categorias temáticas: (1) Compreensão dos profissionais acerca do luto e suas facetas - observou-se que os participantes transitaram entre compreensões tradicionais do luto e visões mais ampliadas, que reconhecem o luto como processo subjetivo e singular, presente também em perdas simbólicas e existenciais; (2) Identificação do luto não reconhecido e limitação na percepção da perda - revelou que, mesmo sem familiaridade conceitual com o termo, os profissionais expressaram em suas narrativas experiências típicas do luto não reconhecido. Percebe-se um silenciamento emocional seja pelo próprio indivíduo, pelo contexto social e institucional (3) Impactos emocionais da exposição às perdas diárias e construção de vínculo - emergem sinais de desgaste físico, sofrimento psíquico e sentimentos como tristeza, irritação e exaustão. Tais reações são intensificadas quando há vínculo afetivo com os pacientes, o que torna o luto profissional mais denso e pouco elaborado; (4) Estratégias de enfrentamento no contexto do luto profissional - evidencia que os profissionais utilizam múltiplas formas de coping: espirituais, relacionais, corporais e defensivos. Embora práticas individuais sejam importantes para a sustentação do trabalho, os profissionais também destacam a necessidade de suporte coletivo. **Conclusão:** Este estudo evidencia que o luto vivido por profissionais de Cuidados Paliativos é real, recorrente e, muitas vezes, silenciado. As perdas diárias, o envolvimento afetivo com pacientes e a ausência de reconhecimento institucional produzem um sofrimento que não encontra lugar legítimo de expressão. Os achados reforçam a necessidade urgente de políticas e práticas institucionais que acolham a dor dos profissionais, oferecendo espaços de escuta, cuidado e elaboração. Reconhecer o luto do trabalhador da saúde não é apenas uma questão de bem-estar individual, mas uma condição ética para a sustentação do cuidado integral no contexto dos Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: luto; profissional de saúde; saúde mental; cuidados paliativos

ABSTRACT

Introduction: Grief is a universal and unique process of dealing with significant losses, which manifests itself in emotional, relational and symbolic ways. In the context of health, especially in Palliative Care, professionals continually deal with profound ruptures in bonds, experiencing suffering in the face of the death of patients. However, these losses are not always legitimized by the professional themselves, socially or institutionally, characterizing what is called disenfranchised grief. This is a silenced suffering, often experienced in the hearts of professionals who, despite the pain, quickly return to their care functions without space for expression or elaboration. The literature on this phenomenon is still incipient, especially in the Brazilian scenario, which makes it urgent to listen to these experiences and to develop strategies that promote care for those who also provide care. **Objective:** To analyze the experience(s) of unrecognized grief by Palliative Care professionals in a teaching hospital. **Methods:** The study design was divided into two stages: 1. A qualitative, descriptive and analytical study. 2. Creation of a technical educational product, which is a guide based on the ADDIE model, based on the results of the qualitative study. This research was carried out in a Palliative Care ward of a teaching hospital in Pernambuco. The study period took place between February 2023 and May 2025. Data collection was carried out from May 2024 to January 2025. The sample, composed of professionals from the multidisciplinary Palliative Care team, was carried out by convenience, based on the researcher's prior contact with the team. A research form, consisting of a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview script, was used as a data collection instrument. These interviews were recorded, transcribed and, subsequently, the Content Analysis proposed by Bardin was carried out, based on thematic analysis. Subsequently, the guidance guide was constructed, having been carried out in five stages based on the ADDIE model, namely: Analysis, Design, Development, Implementation and Evaluation. This research was approved by the Ethics Committee of IMIP, under number 77807224.0.0000.5201 of the CAAE, and all participants signed the TCLE (Free and Informed Consent Form). **Results:** Three products were developed: 1. Bibliographic production (scientific article); 2. Guidance guide as a technical product; 3. PIBIC article resulting from the Dissertation data. During the study, 11 professionals from the multidisciplinary Palliative Care team were interviewed with an average age of 37 years. Regarding gender, females prevailed, totaling 8 participants. Regarding the characterization of the professional training of the interviewees, there were 6 nursing technicians, 1 psychologist; 1 physiotherapist; 1 physician and 2 nurses. Furthermore,

it was found that although 8 of the professionals claimed to have worked in the palliative context for more than five years, only 3 had some formal specialization in the area.

Discussion: The analysis revealed four thematic categories: (1) Professionals' understanding of grief and its facets - it was observed that the participants moved between traditional understandings of grief and broader views, which recognize grief as a subjective and singular process, also present in symbolic and existential losses; (2) Identification of unrecognized grief and limitation in the perception of loss - it revealed that, even without conceptual familiarity with the term, the professionals expressed in their narratives experiences typical of unrecognized grief. An emotional silencing is perceived, both by the individual himself or by the social and institutional context (3) Emotional impacts of exposure to daily losses and bond building - signs of physical exhaustion, psychological suffering and feelings such as sadness, irritation and exhaustion emerge. Such reactions are intensified when there is an emotional bond with patients, which makes professional grief more intense and less elaborate; (4) Coping strategies in the context of professional grief - evidence that professionals use multiple forms of coping: spiritual, relational, physical and defensive. Although individual practices are important for sustaining work, professionals also highlight the need for collective support. **Conclusion:** This study shows that the grief experienced by palliative care professionals is real, recurrent and often silenced. Daily losses, emotional involvement with patients and the lack of institutional recognition produce suffering that finds no legitimate place for expression. The findings reinforce the urgent need for institutional policies and practices that accommodate the pain of professionals, offering spaces for listening, care and elaboration. Recognizing the grief of health workers is not only a matter of individual well-being, but an ethical condition for sustaining comprehensive care in the context of palliative care.

Keywords: grief; health professional; mental health; palliative care.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho do estudo.....	5
Figura 2 – Fluxograma de captação dos participantes.....	7
Figura 3 – Modelo Addie (autoral).....	9

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ADDIE	<i>Analysis, Design, Development, Implementation and Evaluation</i>
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFP	Conselho Federal de Psicologia
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	19
2.1. Objetivo geral:	19
2.2. Objetivos específicos:	19
3. MÉTODOS	20
3.1. Desenho do estudo	20
3.2. Local do estudo	20
3.3. Período do estudo	20
3.4. População do estudo	21
3.5. Critérios de Elegibilidade:	21
3.5.1. Critérios de inclusão:	21
3.5.2. Critérios de Exclusão:	21
3.6. Captação dos participantes:	21
3.7. Coleta de dados	22
3.7.1. Instrumento para a coleta de dados	22
3.7.2. Processamento e análise dos dados	22
3.8. Criação de um Guia de orientações com base no modelo ADDIE	23
3.9. Aspectos éticos	26
4. RESULTADOS	27
5. ARTIGO	28
6. PRODUTO TÉCNICO	56
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
8. REFERÊNCIAS	58
9. APÊNDICES	61
9.1. Apêndice A	61
9.2. Apêndice B	62
9.3. Apêndice C	63
9.4. Apêndice D	66
9.5. Apêndice E	67
9.6. Apêndice F	68
10. ANEXOS	69
10.1. Anexo A	69
10.2. Anexo B	73

10.3. Anexo C 86

1. INTRODUÇÃO

O luto é, de modo geral, definido como uma reação emocional à perda significativa, sendo um fenômeno universal que afeta todas as pessoas em algum momento da vida (FRANCO, 2021; MARQUES, 2018). Para além de uma resposta emocional pontual, o luto pode ser compreendido como um processo ativo de construção de significados, especialmente quando envolve o rompimento de vínculos afetivos (FRANCO, 2021). Diante da ausência da pessoa que partiu, o enlutado é desafiado a ressignificar sua relação, elaborando a perda e reconstruindo sua experiência de mundo — o que alguns autores denominam de "vínculos contínuos" (CASELLATO, 2020).

As perdas que geram luto não se restringem à morte de entes queridos. Há também o chamado luto simbólico, relacionado a rupturas que envolvem papéis sociais, projetos de vida ou relações não reconhecidas, como a aposentadoria, perdas no ambiente de trabalho, entre outros (FRANCO, 2020). Nesse contexto, destaca-se o conceito de luto não reconhecido (*disenfranchised grief*), introduzido por Doka (1989), que descreve situações em que a perda vivenciada não é validada social ou institucionalmente, impedindo a expressão pública do sofrimento.

Entre os tipos de luto não reconhecido está o luto profissional, que ocorre quando trabalhadores da saúde sofrem com a perda de pacientes, mas não encontram espaço legítimo para elaborar esse sofrimento (CASELLATO, 2015). Para muitos desses profissionais, especialmente os que atuam em Cuidados Paliativos, as perdas são frequentes, intensas e emocionalmente implicadas, dadas as relações construídas com pacientes e cuidadores ao longo da trajetória de cuidado. No entanto, o luto profissional é frequentemente silenciado — pelas demandas do ambiente hospitalar, pela cultura do distanciamento afetivo e por normas implícitas que inibem a expressão da dor (ARAUJO & ARRAIS, 2025) (CASELLATO, 2020).

A literatura ainda é escassa sobre esse tipo de luto, mas autores como Papadatou (2000) já apontam que os profissionais de saúde oscilam entre dois modos de enfrentamento diante da morte dos pacientes: ora se aproximam emocionalmente da experiência de perda, ora se distanciam dela como forma de autoproteção. Essas reações podem ser influenciadas por estilos de vida individuais, bem como pelo próprio funcionamento no contexto de trabalho (FENG, SHEN & LI, 2024).

Essa ideia dialoga com o Modelo do Processo Dual de Luto proposto por Stroebe e Schut (1999), que compreende o luto como um movimento pendular entre dois pólos: a orientação para a perda, em que o sujeito confronta e vivencia o sofrimento; e a orientação para a restauração, quando busca retomar sua vida, funções e identidade.

O equilíbrio entre esses dois movimentos é essencial para uma elaboração saudável do luto. No entanto, no contexto institucional, os profissionais muitas vezes são forçados a permanecer no pólo da restauração — retornando rapidamente ao trabalho, sem tempo ou espaço para processar a dor (GAMA, 2013). Tal descompasso pode gerar impactos significativos à saúde mental, como desgaste emocional (desesperança, impotência, solidão, raiva) impactos cognitivos (desatenção, entorpecimento, dúvida) e o burnout, estando atrelado à exaustão no trabalho e a dificuldade na própria realização da atividade laboral (FENG, SHEN & LI, 2024) (BARROS, ROCHA & NETO, 2024).

Ao investigar o luto de profissionais paliativistas, é necessário também compreender a complexidade dos Cuidados Paliativos como prática. Segundo a definição da OMS (2018), Cuidados Paliativos constituem uma abordagem que busca promover qualidade de vida a pacientes com doenças ameaçadoras à vida e seus familiares, abordando aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais desde o diagnóstico até o processo de luto da família. No Brasil, apesar dos avanços na difusão desse conceito, ainda é comum sua associação restrita à terminalidade, o que intensifica a carga emocional sobre os profissionais envolvidos (CASTILHO, 2021).

Esses trabalhadores enfrentam, repetidamente, não apenas a morte, mas também a perda do ideal de cuidado, o sentimento de impotência diante das limitações clínicas e a constante lembrança de sua própria finitude. Fazendo um adendo de que eles também estão inseridos em uma cultura ocidental que evita falar da morte e tende a medicalizar o sofrimento, negligenciando os aspectos emocionais e espirituais da prática profissional (ÁRIES, 2003; KOVACS, 2010).

Nesse sentido, por não terem consciência do processo de luto vivenciado, não se dão conta das estratégias de enfrentamento utilizadas, como também não desenvolvem outros modos de enfrentamento que os auxiliem em sua prática clínica. Estratégias essas que podem ser individuais e coletivas (ARAUJO E ARRAIS, 2024), bem como cognitivas (ex: acreditar que a perda do paciente estava fora do seu controle); comportamental (ex: fuga e seguimento das

atividades rotineiras); relacionais (ex: estabelecimento de limites na relação com paciente-família); espirituais (ex; crenças religiosas) (FENG, SHEN & LI, 2024) (BARROS, ROCHA & NETO, 2024).

Além disso, alguns fatores de risco surgem como determinantes na sobrecarga do luto profissional: idade, baixo sentido de vida, estilo de vinculação ansiosa e a atitude de medo perante a morte (GAMA, 2013). No entanto, se observa na literatura a necessidade de olhar a(s) vivência(s), compreendendo-as como singulares, tendo em comum a compreensão de que é preciso haver espaço de expressão emocional para os profissionais de saúde elaborar seus lutos (ARAUJO & ARRAIS, 2024) (FRANCO, 2020) (CASELLATO, 2020) (MARQUES, 2018).

Diante desse cenário, emergem questões cruciais: como os profissionais de Cuidados Paliativos vivenciam o processo de luto? Esse luto é reconhecido por eles e pelas instituições em que atuam? Quais são os impactos dessa vivência — ou da sua negação — sobre sua saúde mental?

Com base nessas inquietações, este estudo tem como objetivo analisar a(s) vivência(s) do luto não reconhecido por profissionais de Cuidados Paliativos em um hospital escola de Pernambuco.

2. OBJETIVOS

2.1.Objetivo geral:

- Analisar a(s) vivência(s) do luto não reconhecido por profissionais de Cuidados Paliativos em um Hospital escola de Pernambuco, desenvolvendo estratégias de prevenção e intervenção.

2.2.Objetivos específicos:

- 2.2.1. Descrever as características sociodemográficas dos profissionais paliativistas no que se refere a: idade, gênero, raça e formação profissional;
- 2.2.2. Compreender o conhecimento dos profissionais paliativistas acerca do luto não reconhecido;
- 2.2.3. Identificar situações indicadoras de luto não reconhecido na prática profissional;
- 2.2.4. Investigar os impactos à saúde mental dos profissionais paliativistas a partir da não legitimação do seu luto;
- 2.2.5. Desenvolver um Guia de orientações com base no modelo ADDIE como produto técnico a partir da pesquisa qualitativa, a fim de sensibilizar, orientar e dar voz ao sofrimento emocional dos profissionais, sendo um material prático que facilite o trabalho acerca da(s) vivência(s) do luto profissional.

3. MÉTODOS

3.1.Desenho do estudo

O desenho desse estudo se deu em duas etapas: 1. Trata-se do estudo de natureza qualitativa, de cunho descritivo e analítico; 2. Criação de um produto técnico educacional, sendo este um guia de orientações com base no modelo ADDIE;

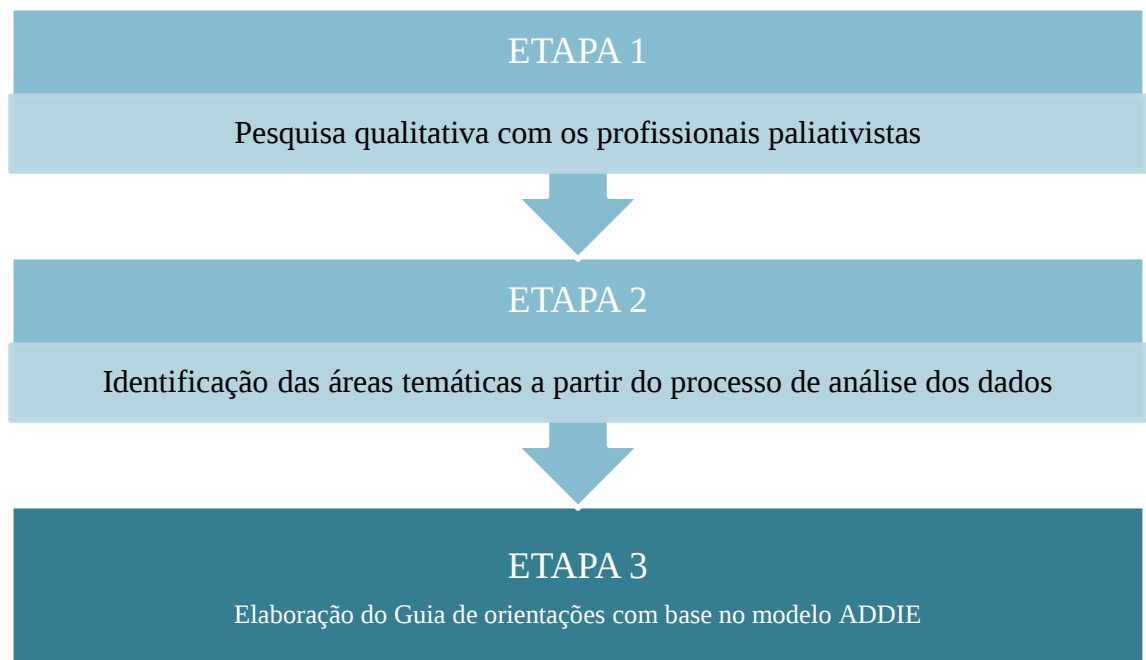


Figura 1 – Desenho do estudo

3.2.Local do estudo

O estudo foi realizado em uma enfermaria de Cuidados Paliativos de um Hospital escola de Pernambuco, o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

A Unidade de Cuidados Paliativos do IMIP possui 19 leitos, sendo 6 voltados a pacientes geriátricos. Todos os pacientes atendidos são adultos ou idosos, tendo enfoque no Cuidado Paliativo oncológico. A Unidade conta com profissionais de diversas áreas, entre eles: médicos, fisioterapeuta, enfermeiras, psicólogas, técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, fonoaudióloga. Além dos profissionais, o serviço conta com profissionais no processo da residência e estagiários de todas essas áreas, mas que não entrarão na amostra dessa pesquisa.

3.3. Período do estudo

O período do estudo ocorreu entre Fevereiro de 2023 e Maio de 2025. A coleta dos dados foi realizada nos meses de Maio de 2024 à Janeiro de 2025.

3.4. População do estudo

Todos os profissionais que constituem a equipe multiprofissional da enfermagem de Cuidados Paliativos do IMIP. Esses profissionais estavam a pelo menos seis meses inseridos na equipe e atuando na área. A escolha desse tempo se deu a partir da compreensão de que seria necessário que o profissional estivesse na prática dos cuidados paliativos por um tempo razoável que lhe permitisse compartilhar sobre a(s) vivência(s) que lhe atravessaram. Apoiado também em outros estudos que corroboram com a compreensão da importância de existir um tempo maior do profissional em contato com as temáticas trabalhadas, possibilitando a ele maior elaboração da experiência de perda no âmbito do trabalho (Oliveira, 2018) (Gama, 2013).

3.5. Critérios de Elegibilidade:

3.5.1. Critérios de inclusão:

Foi feita a escolha dos participantes por conveniência, que é uma técnica não probabilística, sendo convidados os sujeitos disponíveis para o estudo dentro da população que foi escolhida como recorte.

3.5.2. Critérios de Exclusão:

Profissionais que estavam afastados, em licença maternidade ou estavam no período de férias; além de estagiários e residentes que estavam rodando no setor;

3.6. Captação dos participantes:

Os profissionais da equipe foram convidados a participar da pesquisa a partir do contato que a pesquisadora já tem com o serviço. Inicialmente, foi apresentada a pesquisa e os seus objetivos a partir do Termo de Consentimento livre e esclarecido - TCLE (APÊNDICE C) segundo a Resolução 510/16. Após o aceite, com o TCLE assinado, se deu início aos procedimentos da pesquisa.

Fluxo de captação dos participantes

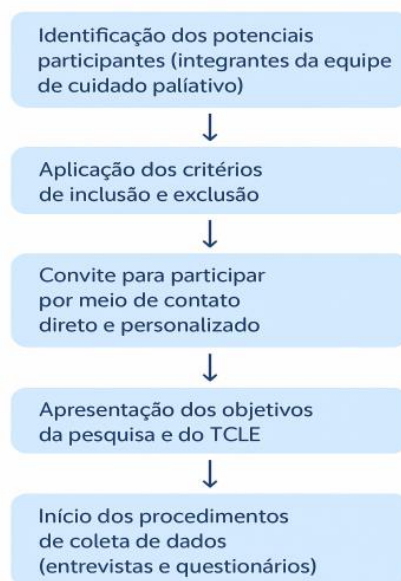


Figura 2 – Fluxograma de captação dos participantes

3.7. Coleta de dados

3.7.1. Instrumento para a coleta de dados

Foi utilizado um formulário de pesquisa composto por: questionário sociodemográfico (APÊNDICE A) + entrevista semi estruturada (APÊNDICE B). No questionário existiam dados referentes à idade, gênero raça, além de alguns aspectos da formação profissional. Já a entrevista, foi utilizada como técnica de comunicação, combinando perguntas abertas e fechadas, dando a possibilidade de maior diálogo e de modo mais livre entre o entrevistador e o entrevistado (MINAYO, 2007).

As entrevistas ocorreram em um espaço adequado, reservado, em que o sigilo foi garantido, bem como a não interrupção da coleta dos dados. Todo o processo foi gravado (com gravador pessoal da pesquisadora) e, posteriormente, transcrito na íntegra a fim de compreender a lógica interna do grupo a ser analisado.

3.7.2. Processamento e análise dos dados

O processamento e análise dos dados aconteceram durante a coleta dos dados, processos que ocorreram de forma conjunta e não em fases separadas ou bem delimitadas. Isso auxiliou a pesquisadora a ir tendo clareza dos registros que estavam sendo feitos e se os dados estavam sendo suficientes para o objetivo proposto.

A análise dessa pesquisa teve como base e referência a análise de conteúdo de Bardin, que seria “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. (BARDIN, 2016, p. 38). Sendo assim, houve um tratamento das informações que foram coletadas para que elas pudessem ser categorizadas.

Dentre os tipos de análise de conteúdo citados pela autora, nessa pesquisa, se utilizou da análise temática, em que o ponto central é o tema. Essa análise consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de ocorrência pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2016). Desse modo, a partir das transcrições, foram diferenciados os núcleos temáticos emergentes que foram surgindo com frequência no discurso dos participantes a partir de uma leitura exaustiva dos materiais.

Nesse sentido, alguns passos foram seguidos após a transcrição nesse processo de análise, que foram: a) destrinchar o material coletado em partes; b) agrupar essas partes em categorias; c) descrever quais foram os achados da categorização; d) realizar algumas inferências a partir desses achados e, por fim, e) interpretar os resultados a partir da fundamentação teórica (BARDIN, 2016)

Em relação à categorização, elas possuíram quatro características: a) exaustivas – deve se esgotar todo o conteúdo que foi analisado; b) exclusivas – um aspecto não pode estar em duas categorias diferentes; c) concretas – não se perder em abstrações; d) adequadas – deve se adequar ao conteúdo e objetivo proposto (BARDIN, 2016).

Por fim, após seguir todos esses procedimentos, foi escrito um texto para cada eixo temático com a articulação teórica, culminando numa síntese dissertativa, dialogando com os objetivos e fundamentos da pesquisa.

3.8.Criação de um Guia de orientações com base no modelo ADDIE

A partir da análise dos dados da primeira parte do estudo, o que foi encontrado de resultado, foi utilizado como base para a construção do Guia de orientações. Nesse sentido, a construção de um material didático e instrucional no formato de guia de orientações surge como estratégia de formação, educação e sensibilização em saúde. Segundo a CAPES, esse tipo de metodologia seria um “material que reúna meios e recursos que facilitem e auxiliem o ensino e a aprendizagem. Costuma ser utilizado no âmbito educativo para facilitar a aquisição

de conceitos, habilidades, atitudes e destrezas. Destaca-se que, para ser didático e/ou instrucional, este tipo de material deve compreender elementos que possibilitem e proporcionem uma aprendizagem específica” (CAPES, 2016, p. 3)

O guia de orientações foi construído com base em um modelo de desenho instrucional, composto por cinco etapas segundo o método ADDIE, que compreende as etapas: Análise, Design, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação.

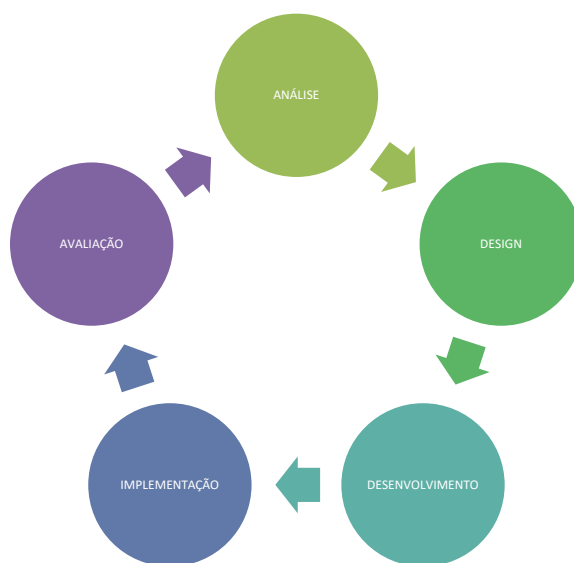


Figura 3 - modelo ADDIE (autoral)

1ª etapa: Análise:

Essa etapa consiste em analisar a necessidade educacional para produção de tal tecnologia. Identificou-se, portanto, a necessidade de um material que auxiliasse as equipes de Cuidados Paliativos a reconhecerem seus próprios processos de luto e sofrimento, diante da invisibilização institucional e da ausência de espaços formais de escuta. As categorias emergentes da pesquisa: 1. Compreensão dos profissionais acerca do luto e suas facetas; 2. Identificação do luto não reconhecido e limitação na percepção da perda; 3. Impactos emocionais da exposição às perdas diárias e construção de vínculo e 4. Estratégias de enfrentamento no contexto do luto profissional; foram adotadas como eixos estruturantes para a construção do produto.

Com isso, emerge a problemática do não reconhecimento do luto desse profissional paliativistas seja individualmente, socialmente ou institucionalmente, bem como as diversas repercussões existentes em sua rotina laboral e pessoal. Nesse sentido, surge o guia de orientações como material didático e instrucional a fim de ser desenvolvido.

2ª etapa: Design:

Nesta fase, a partir da problemática inicial, foram elaboradas estratégias de planejamento a partir do público alvo em questão – profissionais de saúde – bem como a definição dos materiais e mídias utilizados para chegar em tal objetivo.

Foram definidos os objetivos do guia: (1) sensibilizar os profissionais para o reconhecimento de seu sofrimento; (2) fomentar espaços de reflexão sobre o luto no contexto do cuidado; e (3) oferecer orientações práticas para acolhimento institucional. Optou-se por um formato textual acessível, com linguagem dialógica, divisão em seções temáticas e sugestões de atividades.

3ª etapa: Desenvolvimento

O guia foi estruturado em cinco seções: (1) O que é o luto? (2) Luto não reconhecido e o paliativista; (3) Aspectos do reconhecimento do luto; (4) Ações institucionais; (5) Como esse guia pode ser utilizado?. O conteúdo foi elaborado com base nos dados da pesquisa, dialogando com autores da psicologia hospitalar, do luto e dos Cuidados Paliativos.

4ª etapa: Implementação

O material foi pensado para ser utilizado em contextos formativos (como residências, supervisões, rodas de conversa), por facilitadores que atuem junto a equipes de saúde. O guia pode ser impresso, distribuído em PDF ou apresentado em forma de oficina. Com isso, se objetiva implementar o guia a fim de facilitar o trabalho com os profissionais paliativistas.

5ª etapa: Avaliação

Inicialmente, o material foi avaliado por profissionais da própria equipe participante da pesquisa, que consideraram o guia pertinente, acessível e provocador. Sugestões de adequação foram incorporadas, e a previsão é de aplicação piloto em um módulo de formação continuada da instituição, para posterior, validação por juízes.

3.9.Aspectos éticos

Por fim, essa pesquisa passou pelo Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos do IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sendo respeitada a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, sob o número 77807224.0.0000.5201 do CAAE. Além disso, todos os participantes assinaram o TCLE (Termo de Consentimento livre e esclarecido).

Entende-se, ainda, que por ser uma pesquisa na área da Psicologia, foi levado em conta a Resolução 010/05 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que traz os aspectos éticos exigidos ao profissional da Psicologia. No art. 16, se frisa os cuidados éticos que o profissional da área precisa ter na realização de estudos, pesquisas e atividades voltados para produção de conhecimento, reforçando e reafirmando o que já foi posto até aqui.

Em relação aos possíveis riscos decorrentes da pesquisa, como proposto, caso houvesse alguma mobilização emocional decorrente da entrevista, a pesquisa não seguiria com o seu andamento, dando suporte psicológico e orientações necessárias. Entretanto, durante as entrevistas, não houve necessidade de suporte por parte da equipe da pesquisa.

4. RESULTADOS

Como resultados desta Dissertação de Mestrado foram desenvolvidos três produtos:

- 4.1. Produção bibliográfica – está sendo apresentada no formato de artigo científico, intitulado “Vivência(s) do luto não reconhecido em profissionais paliativistas: um estudo qualitativo” que será enviado à revista *Psicologia Argumento*;
- 4.2. Produto técnico – construção de um Guia de orientações intitulado: “Guia de orientações para o reconhecimento do luto profissional em equipes paliativistas”.
- 4.3. Artigo fruto do PIBIC, em que foram utilizados os dados da Dissertação, intitulado: “O conhecimento da equipe de enfermagem paliativista acerca do luto não reconhecido em um hospital escola de Pernambuco” submetido à revista *Acervo Saúde* (ANEXO C)

As instruções para autores da Revista *Psicologia Argumento* se encontram no ANEXO A.

5. ARTIGO

Vivência(s) do luto não reconhecido em profissionais paliativistas: um estudo qualitativo

Experience(s) of Disenfranchised Grief Among Palliative Care Professionals: A Qualitative Study

Vivencia(s) del Duelo No Reconocido en Profesionales Paliativistas: Un Estudio Cualitativo

Luto não reconhecido em profissionais

Maria Eduarda Chaves de Mendonça Galvão

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (RECIFE-PE)

Eduarda.galv@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6624-265X

Suzana Lins da Silva

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (RECIFE-PE)

suzanalinsilva@gmail.com

ORCID: [0000-0001-9783-0737](https://orcid.org/0000-0001-9783-0737)

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

FACULDADE PERNAMBUNCA DE SAÚDE (RECIFE-PE)

leopoldopsi@gmail.com

ORCID: [0000-0002-0856-8915](https://orcid.org/0000-0002-0856-8915)

Cybelle Cavalcanti Accioly

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (RECIFE-PE)

cybelleaccioly@gmail.com

ORCID: [0000-0002-2890-4453](https://orcid.org/0000-0002-2890-4453)

Resumo

Objetivo: Analisar a(s) vivência(s) do luto não reconhecido por profissionais de Cuidados Paliativos em um hospital escola. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo e analítico, com amostragem por conveniência, composto por profissionais de uma equipe de Cuidados Paliativos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que foram transcritas e analisadas com base na análise de conteúdo, segundo Bardin. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética. **Resultados:** Foram entrevistados 11 profissionais, em que 8 eram mulheres e a média de idade de 37 anos. Quanto à formação, participaram 6 técnicas/os de enfermagem, 1 psicóloga(o), 1 fisioterapeuta, 1 médico(a) e 2 enfermeiras(os). A análise revelou quatro categorias temáticas: (1) Compreensão dos profissionais acerca do luto e suas facetas; (2) Identificação do luto não reconhecido e limitação na percepção da perda; (3) Impactos emocionais da exposição às perdas diárias e construção de vínculo; e (4) Estratégias de enfrentamento no contexto do luto profissional. **Discussão:** A pesquisa indica que os profissionais vivenciam perdas recorrentes, muitas vezes não reconhecidas por eles, pela equipe ou pela instituição, gerando repercussões emocionais significativas, sobretudo quando há maior vínculo com o paciente. Os achados apontam para a necessidade de que os profissionais encontrem modos de enfrentamento, singulares, coletivos e institucionais, para lidar com essas repercussões. **Conclusão:** O luto vivenciado pelos profissionais é real e frequentemente silenciado. As perdas diárias, o envolvimento afetivo com os pacientes e a ausência de reconhecimento institucional produzem um sofrimento que não encontra espaço legítimo de expressão. Reconhecer o luto do trabalhador da saúde é uma condição ética para sustentar o cuidado integral nos Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: Luto; profissional de saúde; saúde mental; cuidados paliativos

Abstract

Objective: To analyze the experience(s) of unrecognized grief among palliative care professionals in a teaching hospital. **Method:** Qualitative, descriptive and analytical study, with convenience sampling, composed of professionals from a palliative care team. Semi-structured interviews were conducted, which were transcribed and analyzed based on content analysis, according to Bardin. The research was approved by the Ethics Committee. **Results:** Eleven professionals were interviewed, of whom 8 were women and the average age was 37 years. Regarding training, 6 nursing technicians, 1 psychologist, 1 physiotherapist, 1 physician and 2 nurses participated. **Discussion:** The analysis revealed four thematic categories: (1) Professionals' understanding of grief and its facets; (2) Identification of unrecognized grief and limitations in the perception of loss; (3) Emotional impacts of exposure to daily losses and building bonds; and (4) Coping strategies in the context of professional grief. The results indicate that professionals experience recurring losses, often unrecognized by them, the team or the institution, generating significant emotional repercussions, especially when there is a greater bond with the patient. The findings point to the need for professionals to find individual, collective and

institutional ways of coping to deal with these repercussions. **Conclusion:** The grief experienced by professionals is real and often silenced. Daily losses, emotional involvement with patients and the lack of institutional recognition produce suffering that finds no legitimate space for expression. Recognizing the grief of health workers is an ethical condition for sustaining comprehensive care in Palliative Care.

Keywords: Grief; health professional; mental health; palliative care

Resumen

Objetivo: Analizar la(s) experiencia(s) de duelo no reconocido entre profesionales de cuidados paliativos en un hospital docente. **Método:** Estudio cualitativo, descriptivo y analítico, con muestreo por conveniencia, compuesto por profesionales de un equipo de cuidados paliativos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron transcritas y analizadas con base en el análisis de contenido, según Bardin. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética. **Resultados:** Se entrevistaron once profesionales, de los cuales 8 eran mujeres y la edad promedio fue de 37 años. En cuanto a la formación, participaron 6 técnicos de enfermería, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 médico y 2 enfermeros. **Discusión:** El análisis reveló cuatro categorías temáticas: (1) Comprensión de los profesionales sobre el duelo y sus facetas; (2) Identificación del duelo no reconocido y limitaciones en la percepción de la pérdida; (3) Impactos emocionales de la exposición a pérdidas cotidianas y construcción de vínculos; y (4) Estrategias de afrontamiento en el contexto del duelo profesional. Los resultados indican que los profesionales experimentan pérdidas recurrentes, a menudo no reconocidas por ellos mismos, el equipo o la institución, lo que genera importantes repercusiones emocionales, especialmente cuando existe un mayor vínculo con el paciente. Los hallazgos apuntan a la necesidad de que los profesionales encuentren formas individuales, colectivas e institucionales de afrontar estas repercusiones. **Conclusión:** El duelo experimentado por los profesionales es real y, a menudo, silenciado. Las pérdidas cotidianas, la implicación emocional con los pacientes y la falta de reconocimiento institucional generan un sufrimiento que no encuentra un espacio legítimo para expresarse. Reconocer el duelo de los profesionales de la salud es una condición ética para mantener la atención integral en Cuidados Paliativos.

Palabras clave: Duelo; profesional de la salud; salud mental; cuidados paliativos

Introdução

O luto é um fenômeno universal, atravessado por dimensões emocionais, relacionais e socioculturais, presente em diferentes fases da vida humana. Tradicionalmente associado à

morte de pessoas significativas, o luto também pode emergir diante de perdas simbólicas — como rupturas de vínculos, mudanças de papéis ou expectativas frustradas (Franco, 2021; Casellato, 2020). Essas diferentes formas de perda exigem do sujeito processos de elaboração, reorganização e reconstrução de sentido frente à ausência vivida.

Nesse campo, destaca-se o conceito de *luto não reconhecido* (Doka, 1989), compreendido como uma perda que não encontra legitimação no próprio sujeito, social ou institucional, não podendo, assim, ser expressa. Trata-se de um sofrimento que, por não se enquadrar nas normas socialmente aceitas de enlutamento, tende a ser silenciado. As repercussões desse silenciamento são intensas, especialmente quando o sujeito é impedido de simbolizar sua dor e receber suporte diante dela, tendo impactos emocionais, físicos ou relacionais (Casellato, 2015; Oliveira, 2018).

Entre as expressões desse tipo de luto está o *luto profissional*, vivido por trabalhadores da saúde diante de perdas reais dos pacientes, bem como do ideal do cuidado. Embora marcado por vínculos afetivos e recorrência de perdas, esse luto tende a ser ignorado tanto pelos próprios profissionais quanto pelos ambientes institucionais onde atuam — o que se intensifica em contextos como os dos Cuidados Paliativos (Gama, 2013; Araújo & Arrais, 2025). Essa abordagem de cuidado, que busca promover qualidade de vida frente a doenças ameaçadoras, coloca os profissionais em contato frequente com o sofrimento, a finitude e os limites da técnica (Castilho, 2021).

A literatura ainda é escassa sobre esse tipo de luto, mas autores como Papadatou (2000) já apontam que os profissionais de saúde oscilam entre dois modos de enfrentamento diante da morte dos pacientes: ora se aproximam emocionalmente da experiência de perda, ora se distanciam dela como forma de autoproteção. Essas reações podem ser influenciadas por estilos de vida individuais, bem como pelo próprio funcionamento no contexto de trabalho (Feng, Shen & Li, 2024).

Essa ideia dialoga com o Modelo do Processo Dual de Luto proposto por Stroebe e Schut (1999), que compreende o luto como um movimento pendular entre dois pólos: a orientação para a perda, em que o sujeito confronta e vivencia o sofrimento; e a orientação para a restauração, quando busca retomar sua vida, funções e identidade.

O equilíbrio entre esses dois movimentos é essencial para uma elaboração saudável do luto. No entanto, no contexto institucional, os profissionais muitas vezes são forçados a permanecer no pólo da restauração — retornando rapidamente ao trabalho, sem tempo ou espaço para processar a dor (Gama, 2013) (Kayser et al, 2021). Tal descompasso pode gerar impactos significativos à saúde mental, como desgaste emocional (desesperança, impotência, solidão, raiva) impactos cognitivos (desatenção, entorpecimento, dúvida) e o burnout, estando atrelado à exaustão no trabalho e a dificuldade na própria realização da atividade laboral (Feng, Shen & Li, 2024) (Barros, Rocha & Neto, 2024).

Diante desse cenário, emergem questões cruciais: como os profissionais de Cuidados Paliativos vivenciam o processo de luto? Esse luto é reconhecido por eles e pelas instituições em que atuam? Quais são os impactos dessa vivência — ou da sua negação — sobre sua saúde mental?

Portanto, este estudo teve como objetivo analisar a(s) vivência(s) do luto não reconhecido por profissionais de Cuidados Paliativos em um hospital escola de Pernambuco.

Métodos

Trata-se do estudo de natureza qualitativa, de cunho descritivo e analítico. A escolha metodológica se deu pela importância de se ater aos significados, representações, atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde a partir do contato com as experiências de perdas no ambiente de trabalho (Minayo, 2014).

Foi realizada a coleta de dados entre Maio de 2024 e Janeiro de 2025 a partir do formulário de pesquisa formado pelo questionário sociodemográfico (idade, gênero, raça, religião, estado civil e formação profissional, como o tempo de atuação na área e se existia especialização por parte do profissional) e entrevista semi-estruturada, que abordava sobre a compreensão do conceito de luto, o reconhecimento das vivências de perdas no ambiente de trabalho, impactos emocionais e na própria vida pessoal, bem como as estratégias de enfrentamento percebidas na rotina do trabalho.

Participaram da pesquisa profissionais de uma equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos de um Hospital Escola, que estivessem trabalhando no serviço há pelo menos seis meses. A escolha desse tempo se deu a partir da compreensão de que seria necessário que o

profissional estivesse na prática dos Cuidados Paliativos por um tempo razoável que lhe permitisse compartilhar sobre a(s) vivência(s) que lhe atravessaram. Apoiado também em outros estudos que corroboram com a compreensão da importância em existir um tempo maior do profissional em contato com as temáticas trabalhadas (Oliveira, 2018) (Gama, 2013). Esses profissionais foram escolhidos por conveniência, tendo o número amostral sido fechado pelo critério de saturação da amostra (Minayo, 2014).

As entrevistas tiveram em média quinze minutos e, posteriormente, foram realizadas as transcrições, sendo os dados analisados a partir da técnica de Análise de conteúdo de Bardin, que seria “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. (Bardin, 2016, p. 38). Sendo assim, houve um tratamento das informações que foram coletadas para que elas pudessem ser categorizadas.

Dentre os tipos de análise de conteúdo citados pela autora, nessa pesquisa, se utilizou da análise temática, em que o ponto central é o tema. Essa análise consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (Bardin, 2016).

Desse modo, a partir das transcrições, alguns passos foram seguidos após a transcrição nesse processo de análise, que foram: a) destrinchar o material coletado em partes; b) agrupar essas partes em categorias; c) descrever quais foram os achados da categorização; d) realizar algumas inferências a partir desses achados e, por fim, e) interpretar os resultados a partir da fundamentação teórica (Bardin, 2016).

Por fim, essa pesquisa passou pelo Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos do IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sendo respeitada a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovada sob o número 77807224.0.0000.5201 do CAAE. Bem como todos os participantes assinaram o TCLE (Termo de Consentimento livre e esclarecido) dando anuência para participação na pesquisa.

Resultados

Durante o estudo foram entrevistados 11 profissionais da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos com idades variando de 30 a 46 anos, com uma média de idade de 37 anos. Em relação ao gênero, o feminino prevaleceu totalizando 8 participantes.

Em relação à raça, 6 profissionais se autodeclararam brancos, 4 pardos e 1 preto. E no que concerne ao estado civil, destacou-se o quantitativo de casados totalizando 6 dos participantes. Por fim, o último aspecto de caracterização se referia à religião, em que 9 dos participantes disseram possuir alguma crença religiosa, dentre elas 4 da religião católica, 1 espírita e 4 evangélicos.

Em relação à caracterização da formação profissional dos entrevistados, houve uma predominância de técnicas/os de enfermagem, caracterizando 6 pessoas da população do estudo. Isso se dá pela própria composição da equipe de Cuidados Paliativos, sendo, no geral, a equipe multiprofissional ocupada por apenas um profissional de cada área, sendo as/os técnicas/os de enfermagem a sua grande maioria. Tendo também 1 Psicólogo(a); 1 Fisioterapeuta; 1 Médico(a) e 2 Enfermeiras(os). Verificou-se, além disso, que por mais que 8 dos profissionais afirmem trabalhar no contexto paliativo há mais de cinco anos, apenas 3 tinham alguma especialização formal na área.

Os nomes dos participantes trazidos são nomes fictícios e fazem referências à pacientes acompanhados pela pesquisadora, que morreram durante o acompanhamento no internamento hospitalar. Além disso, buscou-se não referenciar a área profissional do participante a fim de resguardar o sigilo da pesquisa.

A partir da análise dos dados, foram elencadas quatro categorias temáticas: (1) Compreensão dos profissionais acerca do luto e suas facetas; (2) Identificação do luto não reconhecido, limitação na percepção da perda e construção de vínculo; (3) Impactos emocionais da exposição às perdas diárias e (4) Estratégias de enfrentamento no contexto do luto profissional.

(1) Compreensão dos profissionais acerca do luto e suas facetas

Diante da complexidade no que se referem ao luto, definições e compreensões, algumas facetas surgiram na fala dos participantes, que transitam desde definições mais tradicionais, centradas na dor e saudade pela morte de alguém, até visões ampliadas que reconhecem o luto como um processo subjetivo, presente em diferentes tipos de perdas. Também emergiram elementos como a adaptação à perda, a singularidade da vivência e a influência de fatores pessoais e contextuais na forma como o luto é experienciado.

A definição do luto como uma resposta emocional à ausência de alguém significativo, marcada pela saudade e tristeza, sendo esses afetos provocados no sujeito, aparece de forma direta em algumas falas:

“Luto pra mim, vem da saudade de um ente querido. Porque assim, a pessoa vai a óbito e o luto que sentimos é mais pela saudade, a falta daquela pessoa.” (Maria)

“Luto é saudade. A gente sente saudade, fica triste.” (Jamesson)

Outros profissionais trazem uma compreensão ampliada do luto, destacando que ele pode estar presente em diversas perdas significativas — não apenas na morte, mas também em perdas simbólicas, funcionais e existenciais.

“É um momento que a gente sente dor... antes a gente pensava que era só a morte, né? Mas luto envolve vários sentimentos... então, são processos, dores e sentimentos que você passa durante aquela fase difícil da vida, seja morte, doença, perda de alguém ou de algo que seria importante para você.” (Rogério)

“Luto é um processo emocional que vivenciamos ao lidar com uma perda. Essa perda pode ser da perda em si, de uma pessoa por morte, ou das várias perdas que a gente passa ao longo da vida. (Patrícia)

A singularidade do luto também é destacada, com reconhecimento da diversidade de formas com que cada pessoa vivencia esse processo. Isso implica o cuidado ético em não impor visões próprias sobre a dor do outro ou a criação de um modelo universal que dê conta de definir os passos que cada pessoa deve vivenciar diante de uma perda.

“A característica do luto, não sei se vai estar na definição, mas ele é personalíssimo. Ele é da pessoa, não tem como. Mas acho que a gente traz preconceitos e conceitos que não obviamente vão caber para o outro.” (Poli)

“Tipo assim, eu perdi minha mãe... eu ficava triste direto, chorosa, uma depressão, angústia... e outras pessoas não sentem isso, seguem a vida. Outras pessoas bebem, pegam uma depressão, algumas ficam felizes porque ‘se livrou.’”(Ana)

Além da diversidade de reações, há também a percepção de que o luto pode provocar sentimentos intensos, como raiva e culpa, que são projetados em outros — inclusive nos profissionais de saúde.

“Para mim, existem famílias que ainda não estão preparadas para a partida do ente querido, aí vem a negação, raiva, muitas vezes, deles mesmos. Mas ele joga para um técnico de enfermagem que está no momento. A culpa dele, joga para os outros, porque não conseguiu dar assistência adequada ao familiar. É isso, é um luto revoltante com eles mesmos, um problema pessoal. Mas eu vejo que em outras situações, as pessoas lidam de modo tranquilo... é diferente.” (Maria)

“Existem vários modos de reagir ao luto, mas tiramos por aqui. Tem gente que aceita bem a perda e outras que não conseguem aceitar tão bem. Existem pessoas que falam dos familiares delas com muita dor e outras com muito ódio no coração, de não poder ter feito mais” Jamesson

Há também uma última faceta emergente que compreende o luto como um processo de adaptação à perda, o que envolve uma reorganização interna e a busca de sentido frente à ausência. Bem como a busca em restabelecer as dimensões da vida em torno da dor vivida, compreendendo que a perda é permanentemente lembrada durante a jornada da existência.

“Luto para mim significa um momento de adaptação. Você se adapta com aquela perda, mudança. Creio que toda mudança que você tem na vida, precisa de adaptação. Pra mim é isso, vai depender de cada pessoa, tem algumas que vão se adaptar mais rápido, outras não. E o luto também serve como reflexão que também envolve adaptação. Isso influencia no processo de luto.” (Natália)

“Eu acho que o luto é uma dor que... como posso tentar explicar?... O luto é uma dor que não passa, ela é amenizada, né? A gente vive aquele luto ali, no momento, a gente fica mais aflita, sabe que vai doer, mas depois vai começar a entender que foi melhor para aquela pessoa que estava sofrendo... e vai entendendo... A dor não passa.” (Luzinete)

(2) Identificação do luto não reconhecido, limitação na percepção da perda e construção de vínculo

Quando perguntados sobre o termo “luto não reconhecido”, apenas uma das participantes demonstrou familiaridade conceitual com a expressão, o que pode estar relacionado à sua formação especializada em Saúde Mental e em Cuidados Paliativos, tendo maior aproximação com os estudos sobre luto nesse cenário. No entanto, à medida que narravam suas vivências, os profissionais reconheciam aspectos do constructo em suas rotinas, ainda que de forma implícita. Como exemplifica Patrícia:

“Profissionais de saúde também vivenciam o processo de luto pelas perdas constantes dos pacientes, do vínculo que é construído ao longo do processo de cuidado e diante de tal perda vivenciam esse luto que muitas vezes, nem é reconhecido pelo próprio profissional de saúde. Entrando em sofrimento e em vários lutos consecutivos, sem se dar conta.” (Patrícia)

Esse não reconhecimento pode decorrer da censura interna e institucional do lugar do profissional como alguém que também sofre, o que demarca um não-lugar desses sujeitos. A compreensão de que o sofrimento emocional comprometeria o desempenho técnico reforça um ideal de invulnerabilidade, apontando a dificuldade em se permitir sentir:

“Ai, eu não posso sentir que eu tô vivenciando um luto porque isso não é o meu papel, esse lugar... não posso me emocionar, me sentir fraca, não posso me abalar... a gente é da saúde, tá ali pra cuidar, mas a gente se emociona também. Eu acho que muitos dos profissionais têm esse entrave por causa disso... vivenciar esse luto e sentir essa dor não tem a ver comigo, e não é assim.” (Rogério)

“Eu tento cuidar, mas não me apegar, porque logo no início, quando comecei a trabalhar, sentimos muito, você quer fazer mais coisas, vivenciar mais momentos e sofremos por isso. E como profissionais de saúde não podemos estar sofrendo o tempo inteiro porque vai atrapalhar nossa função...” (Jamesson)

Além disso, as manifestações emocionais ligadas à perda tendem a ser confundidas com outras experiências, como estresse ou cansaço, reverberando em outros âmbitos da vida, o que dificulta ainda mais sua identificação como luto:

“Eu acho que em vários momentos é provável que eu não tenha reconhecido, não tenha tido autoconsciência... emoções que reverberaram no ambiente de casa ou

em outras situações, até de excessos mesmo, em outras coisas, que talvez eu não percebesse o quanto aquela perda, concreta ou não, estava repercutindo em mim, e eu achava que era só um cansaço, uma irritabilidade.” (Poli)

O não reconhecimento também aparece atravessado por certa normalização das perdas no cotidiano da saúde. Há uma tentativa de manter uma postura mais objetiva como mecanismo de defesa:

“É... Assim, eu não lembro de ter tido isso não [explicado sobre o luto]. Na verdade, eu já passei por isso de ter tido a perda de algum paciente que não seja familiar, tanto aqui como na Oncologia vivenciamos muitas perdas daqueles pacientes que nos apegamos e é bem natural isso”. (Val)

“Eu tento ser o mais objetivo possível, mais operacional... porque quanto maior o envolvimento, mais a gente pode tomar decisões que talvez não sejam as melhores tecnicamente. Às vezes eu fico com essa impressão que a gente estica um pouquinho a corda quando tem envolvimento.” (Poli)

Ainda assim, o envolvimento acontece, e, quando há maior relação seja pelo tempo no cuidado, identificação com o paciente ou sua história e até mesmo projeção de aspectos da vida do profissional naquela relação, o impacto é maior. Esse sentimento é marcado por nuances que oscilam entre o reconhecimento da perda e a dificuldade de nomeá-la como tal, além da tentativa de reduzi-la:

“Foi uma paciente que assim, poxa, eu senti, sabe? Não de perdi, ah. Foi uma paciente que chegou sem andar e eu consegui colocar para andar, andar sozinha, sabe?” (Rogério)

“Entretanto, tem uns que a gente se apega sim, principalmente quando nos identificamos com a história de vida. E aí é um pouco difícil de lidar, mas nada que seja algo desesperador que provoque vontade de mudar de setor.” (Val)

A vivência do luto profissional parece estar diretamente relacionada à construção do vínculo, que nem sempre se estabelece com todos os pacientes. Mas quando acontece, o sofrimento se intensifica, como evidenciam Cláudio e Rogério:

“A gente passa muito por essa experiência aqui [de luto]! Principalmente quando a gente se apega, aí é que nos acaba. A gente chora muito, nos entregamos também, os meninos acalmam um ao outro, passamos muito por isso aqui.”
(Cláudio)

“É com uma vida que você tá, né? Com aquele paciente que você tá cuidando todo dia. Eu tenho pacientes que eu sinto mais como perda. Pelo contexto familiar, pelo acompanhante... quando você pensa no familiar, com filhos pequenos... é difícil, é uma perda. Você sente como perda nesse sentido.”
(Rogério)

(3) Impactos emocionais da exposição às perdas diárias

A exposição cotidiana à perda e ao sofrimento em cuidados paliativos produz marcas emocionais profundas nos profissionais. Se, por um lado, a sociedade e até mesmo alguns setores da saúde idealizam esse campo como um espaço de compaixão e serenidade, por outro, quem atua diretamente no cuidado vivencia uma intensidade emocional desafiadora. Como afirma uma profissional:

“As pessoas levam os Cuidados Paliativos para o lado romântico, mas para quem está atuando nesse cenário, é de uma intensidade emocional muito grande, tanto do ponto de vista de você lidar com o paciente quanto com os familiares, quanto com os profissionais de saúde que estão sobrecarregados. Isso emocionalmente, fisicamente, então acho que esse seria um desafio” (Patrícia).

O contato constante com o sofrimento e a finitude gera um acúmulo emocional que pode comprometer a permanência do profissional na equipe. Para alguns, a dificuldade em lidar com as perdas reiteradas foi determinante para o afastamento do setor:

“Alguns profissionais que já passaram por aqui não souberam lidar com as perdas frequentes. Muitos não aguentaram e pediram para sair do setor, porque não sabiam lidar” (Maria).

“Os profissionais de agora lidam bem, porque já teve gente que trabalhou aqui e não conseguiu se adaptar, por conta da quantidade de óbitos e é bem duro,

porque temos que fazer o empacotamento... no início, eu não suportava, ficava toda me tremendo". (Ana)

Entre aqueles que permanecem no contexto dos cuidados paliativos, é comum a sensação de esgotamento. A sobrecarga física e emocional se traduz em desgaste, ansiedade e fadiga, afetando o desempenho profissional e a qualidade de vida:

"Nesses últimos 15 dias que o setor está mais intenso... eu sinto que tô chegando mais cansado em casa." (Rogério)

"É... questão do sono também pega um pouco... ou não conseguir desempenhar mais, não conseguir ficar estudando ou chegar no momento que vejo assim que não tenho um desempenho... desempenho profissional dentro do ambiente de trabalho e fora, com excesso de cansaço, uma fadiga..." (Poli).

No entanto, mesmo existindo o esgotamento emocional, isso não necessariamente impede a formação de vínculos e a dor decorrente de algumas despedidas. Certas histórias, por sua intensidade simbólica, seguem acompanhando o profissional mesmo após o fim do expediente. Essa fusão empática com o sofrimento do outro pode reativar vivências pessoais anteriores e gerar estados de ansiedade, dificultando o manejo emocional durante o cuidado:

"Eu me sentia no lugar da família, no lugar daquela pessoa. Me sentia no lugar do filho, da mãe, do marido ou da esposa, por exemplo" (Ellen).

"Eu já passei com a minha mãe e eu não podia ir para os paliativos e ver uma senhora que eu lembrava dela. Saía da sala, não conseguia ficar, ficava numa ansiedade..." (Ana).

Além disso, o excesso de sofrimento acumulado e não cuidado pode levar à evitação de determinadas situações, sendo esta uma repercussão de dores emocionais intensas, comprometendo a qualidade das relações e do cuidado prestado aos pacientes e familiares:

"Evitar certos cenários... de 'pô, todo mundo faz isso, eu vou fazer também', não conversar com as famílias. De 'hoje é sexta, não quero ter essa conversa. Deixa. No final de semana o paciente deve vir a falecer'. Péssimo isso né... eu sei... mas

eu vou me esquivar aqui, porque não dá... mas com certeza assim, traz uma ansiedade e vários altos e baixos no meio do caminho...” (Poli).

“Teve outra paciente que estava aqui há dois anos e era mais jovem.. um dia, enquanto eu dava banho nela, ela começou a dizer ‘não me deixa morrer, por favor, não me deixa morrer’ apertando bem forte o meu braço. Nesse dia, no resto do plantão eu nem voltei para vê-la. Quando bati o ponto, soube que ela foi à óbito”. (Luzinete)

A rotina emocionalmente exigente não é vivida de forma isolada. Está entrelaçada a uma lógica institucional de trabalho que impõe jornadas exaustivas, vínculos múltiplos e falta de tempo para o cuidado de si. Como afirmam os entrevistados:

“Às vezes um técnico trabalha, vem do outro [serviço], vem para cá e só vai para casa amanhã à noite. Não tem como ficar bem, não... vendo várias mortes diárias. E muitas vezes mais presentes nesse cuidado, porque passa 6h, 12h... o tempo todo, administração de medicação. Tem vínculo que é até mais profundo mesmo, mais intenso e não é fácil.” (Poli)

“A gente sabe que terapia não é uma coisa acessível financeiramente... profissional de saúde, geralmente, trabalha em mais de um vínculo, não tem tempo, muitas vezes nem para beber água corretamente, nem para ir no banheiro na hora que sente necessidade. Avalie cuidar da saúde emocional...” (Patrícia)

Ao reconhecerem vivências de luto próprias, ainda que de forma fragmentada ou não verbalizada, os participantes revelam também os efeitos desse acúmulo emocional no cotidiano. Assim, ao abordar os impactos emocionais da exposição contínua à finitude e ao sofrimento, é possível perceber como essas experiências reverberam tanto no fazer profissional quanto na vida pessoal desses sujeitos.

(4) Estratégias de enfrentamento no contexto do luto profissional

As estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais diante do sofrimento relacionado à morte e ao morrer se manifestam de forma diversa, oscilando entre mecanismos individuais e coletivos. É possível perceber que as dimensões pessoais aparecem de modo

mais espontâneo, enquanto as estratégias institucionais surgem mais como uma necessidade percebida do que como um recurso efetivamente disponível.

Entre os enfrentamentos de ordem individual, destacam-se práticas associadas à espiritualidade, ao cuidado corporal e à busca por suporte emocional fora do ambiente de trabalho:

“Outra coisa, eu sou católica, freqüento a Igreja, então eu acho que isso de certa forma ‘me abastece’ e me deixa mais tranqüila por entender o processo da morte com relação aos pacientes...” (Ellen)

“Uma coisa que eu faço também é a questão do exercício físico... porque se todo mundo... ah, não porque eu to cansado... mas a gente vai para descarregar e é onde a gente descarrega a mente também né... e eu também sempre escuto todo mundo falando de terapia e de tomar medicação... várias vezes eu já escutei ‘ah, to medicada hoje’, sabe...” (Rogério)

Além disso, há quem busque apoio na convivência familiar ou em pequenas rotinas que favorecem o alívio emocional:

“Alguns tomam remédio, outros cerveja, para desopilar. Chega em casa, toma um banho, uma cerveja, às vezes desabafa, chora, segue a vida. Eu tento conversar com a minha família. Nos finais de semana nos reunimos e por minhas irmãs também serem da área, trocamos ideias e é como se fosse uma terapia em grupo, de conversar, desabafar, afaga o coração.” (Jamesson)

Contudo, também emergem estratégias defensivas voltadas à evitação emocional e ao distanciamento afetivo. Ainda que reconhecidas como necessárias para garantir a continuidade do cuidado, essas práticas são ambivalentes, pois podem comprometer a humanização da assistência:

“O que eu percebo é que meus colegas têm muita dificuldade, certo? De achar mecanismos e lidar, em geral. O que é mais visível, pelo menos para mim, é um distanciamento afetivo, uma frieza ao lidar com o paciente, que eu acho que é um outro extremo. Ela vai lá, não se conecta com a pessoa, não olha no olho do paciente, não chama o paciente pelo nome, se desumaniza no atendimento ao

paciente. É um mecanismo de defesa, que no meu ponto de vista, não é funcional.” (Patrícia)

“A gente fica mais frio, às vezes, nos confundimos com o sentimento da gente... você trabalhando ali já sabe o que vai acontecer. Perdemos a sensibilidade. Às vezes as pessoas dizem que eu sou fria, mas não acho que seja isso, é a convivência mesmo, a gente vai ficando sem sentimento mesmo.” (Ana)

Esse tipo de recurso psicológico é reiterado por outros profissionais, que reconhecem na evitação uma forma de autopreservação frente à dor contínua:

“Agora é como se isso fosse uma defesa minha, uma autodefesa, pois lidamos demais com perdas, porém tento não deixar que isso tome conta dos meus pensamentos, uma forma de me defender, mas antes sentia isso de uma maneira difícil... Diante de tanta coisa já vivida, não é que eu não fique ‘sentida’, eu tento manter uma certa distância na tentativa de me defender sabe? Mentalizo que isso que eu vivo é uma constância e que eu não posso deixar que essas perdas tomem conta de mim e que, de repente, eu caia em uma Depressão.” (Ellen)

“Eu boto na minha cabeça que eu tô num setor que vai ter sempre isso, então se eu tomar pra mim, eu vou acabar adoecendo, ou pedindo demissão, então eu boto na minha cabeça que é meu trabalho, é difícil, mas eu tenho que tirar isso de mim e vida que segue.” (Cláudio)

A racionalização da morte como alívio para o sofrimento também é utilizada como forma de elaborar emocionalmente as perdas:

“Então, o pensamento é entender que o paciente que veio a óbito ‘descansou’ e não estava mais em condições de viver da maneira que estava. Aquele paciente necessita, naquele momento, de qualidade de vida. É melhor que aquele indivíduo ‘descanse’ do que continuar passando por tanta dificuldade e sofrimento.” (Val)

Apesar disso, a ideia de que os profissionais se acostumam às perdas é questionada, revelando a profundidade do impacto emocional desse trabalho:

“Nós achamos que estamos acostumados com o que vemos no dia a dia, mas na verdade não nos acostumamos. Na nossa rotina, estamos vendo pessoas perdendo pessoas. É um processo que nunca vamos nos acostumar, mesmo. Além de você ter a perda da pessoa, existem questões sociais também. São famílias que dependem daquele indivíduo, do salário daquela pessoa, que muitas vezes passam dias/meses sem ter condições de se manter.” (Natália)

Frente à limitação dos mecanismos individuais, o apoio dos pares e a construção de vínculos dentro da equipe aparecem como recursos coletivos significativos:

“Porque são os colegas de equipe que nos acolhem. Inclusive, as enfermeiras acabam entrando nesse cuidado.” (Cláudio)

“Eu sempre tento dar apoio nos momentos que eu percebo que aquela pessoa da equipe está mais abatida.” (Luzinete)

Por fim, os profissionais evidenciam a carência de suporte institucional estruturado, reivindicando espaços de escuta, discussão e acolhimento como estratégias importantes para a elaboração do luto e a preservação da saúde mental da equipe:

“Eu acho que a gente, enquanto profissional, poderia ter um apoio maior em relação a isso. Como terapias, rodas de conversa, trazer esse tema em pauta. Eu sei que é extremamente complicado, por falta de tempo mesmo e para juntar a equipe. Acho que seria válido, de forma periódica. Até para nós mesmos entendermos como é o nosso comportamento, para ver as formas de defesa que cada um prefere ter ou faz. Acho que seria bem interessante.” (Ellen)

“Eu acho que precisa haver mais conhecimento e capacitação. Na verdade, conhecimento e reconhecimento. A gente não tem acesso a serviços que deveríamos ter, como por exemplo, acompanhamento psicológico. Infelizmente nós não temos facilitação aos serviços de saúde.” (Natália)

Tais experiências evidenciam que o sofrimento emocional vivido pelos profissionais não está dissociado das condições objetivas de trabalho. A sobrecarga, a ausência de espaços de escuta e o silenciamento institucional das dores partilhadas

contribuem para a não legitimação do luto, atravessado por múltiplas perdas — do paciente, do vínculo e, muitas vezes, de si mesmo.

Discussão

O luto, como fenômeno humano, é transversal à história da humanidade e, por isso, nunca deixou de ser tema de elaboração cultural, mesmo antes de sua conceituação teórica (Franco, 2021). A dor da perda, a saudade, a ruptura de vínculos e a necessidade de seguir convivendo com a ausência são experiências que escapam às respostas prontas e racionalizações excessivas (Casellato, 2015). Por isso, ao pensar o luto a partir da escuta de profissionais de cuidados paliativos, é preciso reconhecer que falamos de um saber que não é apenas técnico ou teórico, mas também experiencial e sensível.

Ao escutar os participantes desta pesquisa, emergiu um movimento de compreensão que transita de noções mais convencionais — luto como dor, tristeza e saudade pela morte de alguém — para concepções ampliadas, que reconhecem esse processo em perdas simbólicas, funcionais e existenciais. Essa ampliação ecoa o que aponta a literatura, ao destacar que o luto simbólico se manifesta quando há rupturas de papéis sociais ou da identidade, sendo por vezes menos legitimado, ainda que igualmente impactante (Casellato 2020).

Os estudos sobre luto já reconhecem essa distinção entre perdas reais e simbólicas (Franco, 2020; Parkes, 1998), mas é significativo perceber como essa diferenciação se apresenta de forma orgânica nos discursos, mesmo entre profissionais que não necessariamente passaram por uma formação específica sobre o tema. Essa compreensão amplia os horizontes da clínica e do cuidado em saúde, especialmente em contextos como o paliativo, onde a morte nem sempre é o único ou o principal marcador de perda, existindo rupturas simbólicas presentes na rotina de assistência (Franco, 2020).

Um dos aspectos centrais apontados pelos profissionais foi a singularidade do luto, pontuando que não há um modelo universal que possa dar conta da diversidade de experiências diante das perdas (Freitas, 2013). Tal perspectiva se opõe aos discursos prescritivos que ainda permeiam alguns espaços de cuidado, como os modelos em fases propostos por Kübler-Ross, muitas vezes interpretados de forma rígida e cronológica (Franco, 2021). Ao invés disso, o luto deve ser entendido como processo, não como estado — uma

travessia que convoca o sujeito a reorganizar sua vida e seus afetos sem que haja um prazo definido para tal (Worden, 2013) (Feitoza et al, 2020).

A compreensão de que o luto provoca reações diversas, trazidas por Maria e Jamesson — da dor profunda à raiva, da culpa à aceitação — reforça a importância de um olhar ético e cuidadoso por parte dos profissionais. Isso remete à crítica de Casellato (2015) sobre os riscos de se teorizar o luto de maneira excessivamente racional, perdendo de vista a dimensão do inominável e do sensível. No campo dos cuidados paliativos, essa escuta atenta se torna ainda mais necessária, pois a equipe está frequentemente em contato com pacientes e familiares em sofrimento, podendo inclusive tornar-se alvo de projeções emocionais, como culpa ou revolta. Essas reações, ainda que difíceis, também fazem parte do luto (Kóvacs, 2010).

Ademais, outra faceta do luto trazida pelos participantes — O luto como adaptação e reorganização interna — reforça o entendimento de que não se “supera” uma perda, mas se constrói novas formas de viver com ela. A dor, como indicam alguns autores (Franco, 2020; Monteiro, 2020), pode ser permanente, mas não necessariamente paralisante. Com o tempo, o que se modifica é o modo como ela é integrada à narrativa de vida do sujeito.

Posto isso, é interessante observar o contexto no qual esses profissionais estão inseridos, compreendendo que a prática em saúde foi sendo moldada por uma lógica tecnocrática e curativista, na qual a morte passou a ser vista como fracasso, afastada dos lares e relegada aos hospitais (Àries, 2003). Esse contexto influencia diretamente o modo como os profissionais vivem e lidam com suas próprias perdas. O profissional paliativista, embora inserido nessa cultura, busca resistir a ela ao priorizar o cuidado centrado na pessoa, o enfrentamento da dor total e a abertura para discussões sobre morte e finitude (Castilho, 2021) (Monteiro, 2020). No entanto, ele não está imune aos sofrimentos impostos por esse mesmo sistema.

Nesse sentido, o modelo dual de Stroebe e Schut (1999) oferece uma lente útil para compreender o movimento pendular entre a dor da perda e a busca por restauração. A oscilação entre esses pólos também se aplica ao que Papadatou (2000) descreve como luto profissional — uma experiência particular dos trabalhadores da saúde diante das sucessivas perdas que vivenciam. Esse modelo nos ajuda a entender que o sofrimento dos profissionais não é patológico em si, mas parte de um campo complexo onde o envolvimento humano é inevitável (Araujo & Arrais, 2025).

Adentrando nessa perspectiva do constructo “luto não reconhecido”, fica claro que embora o termo em si não fosse amplamente conhecido pelos participantes, as experiências narradas revelam a presença clara desse fenômeno: um luto não legitimado, não autorizado social ou simbolicamente, que se inscreve tanto em dimensões internas quanto nas estruturas institucionais que moldam o fazer em saúde (Casellato 2015, 2020).

Na dimensão interna, observa-se um processo de negação ou censura subjetiva, em que o próprio profissional desautoriza suas emoções, como se sentir fosse um desvio ético ou uma ameaça ao desempenho técnico, sendo o fracasso da empatia do self com o self (Casellato, 2015). Essa cisão entre o sentir e o agir, frequentemente justificada pela ideia de que a vulnerabilidade comprometeria a eficácia do cuidado, acaba por alimentar uma cultura de silenciamento emocional (Barros, Rocha & Neto, 2024). Tal lógica reverbera ao que propõe Casellato (2015, p. 15): “Não permita que este luto seja real para você. Isto não é uma perda; isto não é um luto!”. A autonegação do sofrimento torna-se, assim, um obstáculo à simbolização da perda, dificultando a elaboração psíquica e acumulando um desgaste que frequentemente transborda em outros campos da vida.

Essa lógica é reforçada por normas institucionais e culturais que operam uma espécie de censura coletiva do sofrimento. A ausência de rituais ou espaços simbólicos de validação do luto — ainda que mínimos, como um acolhimento verbal entre colegas — contribui para o agravamento desse quadro (Casellato, 2015) (Gama, 2013).

O trabalho em saúde, sobretudo em contextos de alta exposição à morte, como nos Cuidados Paliativos, tende a normalizar a perda e reforçar uma idealização da postura técnica, objetiva, invulnerável. O modelo biomédico tradicional, ainda dominante, corrobora essa ideia de que o bom profissional é aquele que não se abala, não sofre, não se envolve, exigindo a neutralidade emocional como sinônimo de competência (Monteiro, 2020; Franco, 2020). No entanto, o que emerge das falas dos participantes é justamente o oposto: a dor está presente, é sentida — ainda que disfarçada de cansaço, irritação ou frieza.

Como já apontado por Papadatou (2000), o luto do profissional de saúde não é apenas possível, mas esperado quando se desenvolve um vínculo significativo com o paciente. E esse vínculo, como trazido pelos participantes, não é um acidente nem uma exceção, mas um elemento estruturante do cuidado proposto — um cuidado que se dá na proximidade, no tempo compartilhado, na escuta e na presença.

Entretanto, é importante compreender que não se constitui uma relação de vínculo com todo paciente, sendo, com alguns, construído um afeto especial – seja por identificação, projeção ou tempo de cuidado – sendo a construção de vínculos inerente às relações humanas. (Casellato, 2020)

Desse modo, o sofrimento do profissional se intensifica especialmente quando há vínculo — o que as falas dos participantes evidenciam. Nesses casos, o rompimento dessa relação, ativa respostas emocionais compatíveis com o luto, mesmo que este não seja reconhecido como tal (Oliveira, 2018).

Um aspecto de novidade emergido nas entrevistas se dá justamente em como esses vínculos são elaborados subjetivamente, oscilando entre o reconhecimento emocional e a tentativa de racionalização da perda. Há, por parte dos profissionais, um esforço constante de equilíbrio entre o envolvimento afetivo e a manutenção da técnica. Isso mostra que a dicotomia entre emoção e razão é artificial e, muitas vezes, insustentável na prática (Barros, Rocha & Neto, 2024). Os profissionais não vivem fora de seus afetos: eles os carregam, mesmo que silenciosamente.

É possível, portanto, construir uma ampliação no entendimento do luto não reconhecido, indo além de sua definição conceitual para mostrar como ele se encarna na rotina e nos corpos dos trabalhadores da saúde. Mais do que apontar uma ausência de reconhecimento, os dados revelam uma espécie de luto clandestino: vivido à margem, sem nome, mas presente — como um eco contínuo das perdas acumuladas (Feng, Shen & Li, 2024).

No que concerne às repercussões emocionais advindas dessa experiência, a literatura já sinaliza que o contato reiterado com a dor, o morrer e a morte tende a gerar desgaste emocional significativo (Kovács, 2010; Casellato, 2020). No entanto, o que emerge de forma contundente nesta pesquisa é o modo como o silêncio institucional em torno dessas experiências contribui para a construção de um sofrimento que é não só individual, mas também coletivo e estruturado socialmente.

Nesse sentido, é possível emergir um movimento defensivo que pode ser lido como uma expressão do mecanismo de confluência, no qual os limites entre o eu e o outro se diluem, como se existisse uma fusão ou mistura (Cabral, 2019). Em um cenário tão

intensamente marcado pela dor do outro, não é raro que os profissionais se vejam tomados por histórias que atravessam suas próprias experiências pessoais, gerando um emaranhado que dificulta a diferenciação entre o cuidado empático e a identificação projetiva. Quando isso se intensifica, o risco é o apagamento do próprio eu e, consequentemente, do cuidado ético, como visto a partir do contato com os entrevistados (Feng, Shen & Li, 2024).

O corpo também se torna campo de expressão desse sofrimento, como apontado por Poli. A presença de sintomas como alterações no sono, fadiga persistente e sensação de improdutividade aponta para o adoecimento psíquico em curso (Oliveira, 2018). Esses sinais, muitas vezes banalizados no contexto hospitalar, são indicativos de que os limites do suporte emocional já foram ultrapassados, não sendo dada importância para que seja buscada ajuda (Barros, Rocha & Neto, 2024).

Ademais, em relação às repercussões emocionais, percebe-se que a sobrecarga pode trazer sentimentos intensos, como a tristeza, raiva, insatisfação, desesperança, ansiedade, dentre inúmeros outros (Kóvacs, 2010). Expressões essas, que se não forem cuidadas, podem desembocar em adoecimento, desencadear transtornos e adoecimentos próprios desse contexto de trabalho, como a fadiga por compaixão e o burnout (Casellato, 2020).

É necessário reconhecer que a sobrecarga emocional não decorre apenas da natureza do cuidado paliativo, mas do modo como esse cuidado está sendo exercido nas instituições. As jornadas exaustivas, a multiplicidade de vínculos e a ausência de espaços formais para escuta e elaboração emocional revelam uma estrutura que opera à margem da saúde mental dos trabalhadores (Belmino, 2020; Freire & Elias, 2017).

Nesse sentido, é preciso deslocar a análise do sujeito para o campo social, compreendendo o sofrimento como uma produção que se inscreve no corpo e na subjetividade, mas que é forjada por condições de trabalho precárias e pela invisibilização do cuidado com quem cuida, como apontado pelas falas de Patrícia e Poli (Freire & Elias, 2017).

É possível perceber também, que os profissionais desse estudo, inseridos nesse contexto de trabalho, ao relatarem episódios em que evitaram conversas difíceis ou mesmo o contato com pacientes próximos da morte, revelam um ponto sensível: o limite da capacidade de estar presente. Esse dado é relevante e pouco abordado na literatura. Costuma-se valorizar a presença como um imperativo ético nos cuidados paliativos (Castilho, 2021), mas pouco se

fala sobre as ausências necessárias, impostas por uma carga emocional já saturada. Este estudo aponta para a importância de reconhecer os momentos em que o recuo também é cuidado, não como negligência, mas como sinal de exaustão que precisa ser acolhido.

Foi possível reconhecer também o tensionamento acerca de uma idealização que ainda paira sobre os cuidados paliativos — muitas vezes vistos como um campo “mais leve”, voltado à humanização e ao alívio. Tal romantização, já criticada por Monteiro (2020), é desfeita quando olhamos para as marcas que esse cuidado deixa em quem o exerce. O cotidiano dos paliativistas é denso, emocionalmente carregado, e precisa ser compreendido a partir de suas contradições: o desejo de estar, mas também a necessidade de se proteger.

É nesse ponto que a noção de luto, usualmente aplicada aos familiares diante da perda de um ente querido, precisa ser ampliada para incluir os profissionais. As perdas sucessivas, a impossibilidade de se vincular plenamente em todas as situações, o silêncio em torno do sofrimento dos cuidadores: tudo isso constitui uma forma de luto que, por não ser nomeado nem ritualizado, tende a se cronificar e adoecer, sendo apontado pelos profissionais desse estudo (Gama, 2013) (Oliveira, 2018) (Casellato, 2020).

Torna-se evidente, assim, que os impactos emocionais vivenciados por profissionais de cuidados paliativos não são apenas reflexo da natureza do trabalho em si, mas também da forma como ele é estruturado e (não) apoiado pelas instituições (Barros, Rocha & Neto, 2024). Há um sofrimento que é, ao mesmo tempo, individual e coletivo, marcado tanto pela intensidade da dor compartilhada quanto pela negligência das condições em que esse cuidado é exercido.

Diante disso, as necessidades de estratégias de enfrentamento emergem, neste estudo, como um conjunto de recursos mobilizados pelos profissionais de saúde com o intuito de lidar com o sofrimento global gerado pelo contato cotidiano com a morte e o morrer. Esses mecanismos, muitas vezes acionados de forma não planejada, são compreendidos como tentativas de adaptação a situações de sofrimento que extrapolam os recursos previamente disponíveis para o indivíduo (Santos et al., 2016).

Do ponto de vista teórico, essas estratégias podem ser organizadas em três grandes grupos: aquelas centradas na emoção, no problema e na evitação (Kayser et al., 2021). Embora não haja um padrão ideal a ser seguido, já que o enfrentamento é atravessado pela

singularidade de cada sujeito e seu contexto (Santos et al., 2016), é possível observar neste estudo que os profissionais transitam entre essas formas de coping de modo oscilante e, por vezes, ambivalente.

O primeiro conjunto de estratégias identificado diz respeito aos enfrentamentos de ordem individual, geralmente associados ao coping centrado na emoção, sendo atitudes que o sujeito realiza a fim de cooperar na diminuição do estresse advindo de alguma situação. Tais práticas incluem a espiritualidade, exercícios físicos, o uso de substâncias lícitas, suporte psicológico e o apoio familiar. Esses recursos são amplamente reconhecidos pela literatura como elementos de proteção psíquica frente ao adoecimento emocional (Kovács, 2010; Gama, 2013). A novidade aqui está na forma como os profissionais elaboram essas práticas não apenas como alívios momentâneos, mas como formas de dar sentido à própria experiência com a finitude, o que nos permite compreender que o coping não se limita à adaptação funcional, mas também pode operar como produção de sentido.

Ainda no campo dos recursos individuais, destaca-se a evitação emocional ou anestesia afetiva como uma forma recorrente de defesa psíquica. Essa estratégia, frequentemente lida como disfuncional, aparece nas falas como um mecanismo de autopreservação frente à exposição constante à dor alheia. A literatura já havia sinalizado esse tipo de resposta (Frazão & Fukumitsu, 2015) (Feng, Shen & Li, 2024), mas o que se evidencia neste estudo é a consciência crítica dos profissionais sobre a ambiguidade dessa prática: se, por um lado, permite a sustentação da rotina, por outro, compromete o contato pleno com o outro e consigo mesmo — essa percepção revela um mal-estar ético que emerge do próprio exercício da defesa. (Araújo & Arrais, 2025) (Franco, 2020)

Essa tensão ética torna-se ainda mais evidente quando os profissionais apontam que não se trata de frieza ou insensibilidade, mas de um esforço deliberado para continuar exercendo o cuidado sem sucumbir emocionalmente. Isso difere de estudos que romantizam o “acostumar-se à morte” como marca de experiência (Marques, 2018), pois aqui o que se vê é o reconhecimento de que não há naturalização possível da perda: o luto se reinscreve a cada nova despedida, mesmo que silenciado. A ideia de que “nunca nos acostumamos” surge como uma resistência à desumanização institucional do sofrimento.

Outro ponto relevante é o uso da racionalização da morte como alívio, estratégia que opera tanto na esfera emocional quanto cognitiva. Nesse sentido, os profissionais acionam

compreensões de que a morte pode representar alívio ao sofrimento do paciente (Feng, Shen & Li, 2024). O estudo aponta, portanto, que a racionalização pode operar como um ponto de equilíbrio entre o distanciamento afetivo e a preservação do vínculo com o cuidado. Isso indica uma capacidade reflexiva dos profissionais em reconfigurar a experiência da perda, sem necessariamente negá-la ou absorvê-la integralmente (Kovács, 2010).

No entanto, ao lado das estratégias individuais, emergem com força os recursos relacionais e grupais. O apoio entre os pares, embora informal e espontâneo, é reiteradamente mencionado como espaço de acolhimento e alívio emocional. A literatura já havia indicado o valor dos vínculos horizontais para a prevenção do adoecimento profissional (Silva et al., 2021), mas este estudo aponta que tais vínculos cumprem, de forma não institucionalizada, o papel que deveria ser assumido pelas organizações: o de cuidar de quem cuida.

Essa constatação é reforçada pelas falas que denunciam a carência de suporte institucional estruturado. Os profissionais apontam a ausência de espaços de escuta, rodas de conversa, supervisão clínica e acesso a acompanhamento psicológico. Ainda que algumas políticas institucionais enfatizem o cuidado ao trabalhador, o que se percebe é um abismo entre discurso e prática. Desse modo, ao negligenciar o sofrimento dos profissionais, a instituição devolve a eles a responsabilidade integral por sua saúde mental, transformando o autocuidado em uma exigência solitária e, muitas vezes, insustentável (Araújo & Arrais 2025).

Além disso, é importante observar que, ao reivindicar espaços institucionais de cuidado, os profissionais não estão apenas pedindo por alívio, mas por reconhecimento (Barros, Rocha & Neto, 2024). A ausência de reconhecimento simbólico e concreto do sofrimento dos trabalhadores configura uma forma de silenciamento que intensifica o peso da perda e fragiliza a saúde mental coletiva, sendo também esse um aspecto do luto não reconhecido. É preciso reconhecer, assim, que há uma dimensão ética, coletiva e política nesse sofrimento — uma dimensão que interpela as instituições de saúde a repensarem suas práticas, espaços e estruturas.

Considerações finais

Pode-se perceber, portanto, que os profissionais vivenciam diversas perdas em sua rotina de trabalho, sejam elas reais e simbólicas. Ao mesmo tempo, fica claro que, em

diversas situações, eles não conseguem ter consciência dos lutos vivenciados e de como isso acaba repercutindo em sua saúde global, tendo impactos concretos em sua rotina de vida.

Além disso, fica claro que os profissionais de cuidados paliativos estão vulneráveis a diversos aspectos de sofrimento, lidando com a impotência e sentindo, em muitos momentos, em si, as dores que deveriam tratar. Nesse sentido, buscam encontrar os seus modos de enfrentamento, em alguns momentos, cristalizados e adoecidos, a fim de lidarem com os sentimentos que emergem em sua rotina diária.

Desse modo, fica evidente que ter conhecimento sobre o que é luto e que o profissional pode vivê-lo, bem como que é natural de senti-lo, dá possibilidade de ser experienciado e não negado/contido. Isso pode fazer com que o profissional possa se deixar sentir o que, na verdade, ele já sente, bem como dar lugar a essas dores psíquicas, físicas, emocionais e espirituais.

Posto isso, reafirmamos a urgência de que esse debate reverbere para além da academia e se traduza em ações concretas. Que esta pesquisa possa inspirar intervenções individuais e coletivas, práticas institucionais e políticas públicas voltadas ao cuidado com quem cuida. Cuidar do trabalhador da saúde, especialmente daquele que lida diariamente com a finitude, não é um luxo ou um gesto de benevolência — é um imperativo ético e estrutural para sustentar a qualidade, a dignidade e a integridade do cuidado ofertado à unidade paciente-família. Este trabalho é, portanto, uma defesa afetiva e política do direito de sentir, elaborar e continuar cuidando, com humanidade.

Por fim, vale ressaltar ainda que o presente estudo apresenta limitações relacionadas ao recorte institucional e ao número de participantes, o que restringe a generalização dos achados. No entanto, esses limites não comprometem a profundidade da análise qualitativa realizada e a importância do mesmo para o aprofundamento da temática do luto não reconhecido do profissional paliativista a nível nacional. Bem como a contribuição para prática clínica, convocando gestores, docentes e equipes a olharem com mais atenção para os paliativistas como sujeitos de cuidado.

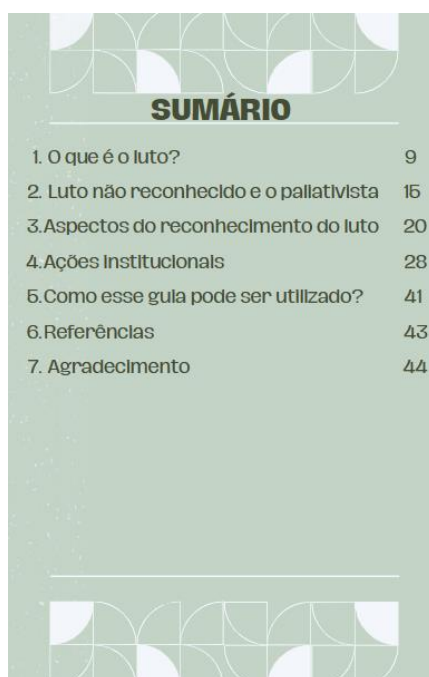
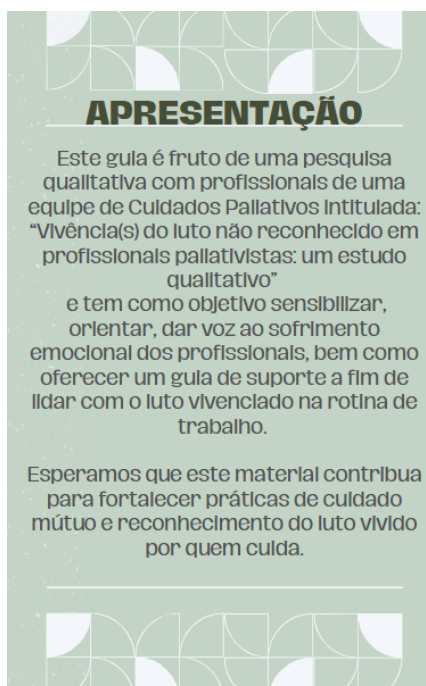
REFERÊNCIAS

1. Araujo, L. B. P., & Arrais, R. H. (2025). Morte e luto na vivência do profissional de saúde: Uma revisão integrativa. *Revista Psicologia, Saúde e Debate*, 11(1), 719–743.
2. Ariès, P. (2003). *História da morte no Ocidente*. Ediouro.
3. Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
4. Barros, C. E. O; Rocha, K. H. S; Neto, P. O. P. L. (2024) A morte como “companheira de trabalho”: implicações na equipe de saúde no contexto hospitalar. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*;14:e14964
5. Belmino, M. C. B. (2020). *Gestalt-terapia e experiência de campo: Dos fundamentos à prática clínica* (1ª ed.). Appris.
6. Cabral, M. C. (2019). *O luto e os cuidadores formais: As vivências dos profissionais de saúde numa unidade de cuidados paliativos* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa].
7. Casellato, G. (Org.). (2020). *Luto por perdas não legitimadas na atualidade*. Summus.
8. Casellato, G. (Org.). (2015). *O resgate da empatia: Suporte psicológico ao luto não reconhecido*. Summus.
9. Castilho, R. K. (Org.). (2021). *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed.). Associação Nacional de Cuidados Paliativos.
10. Doka, K. J. (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington Books.
11. Feitoza, T. B. M., Cordeiro, Y. L., & Belmino, M. C. B. (2020). Processo de luto no contexto da COVID-19 à luz da Gestalt-terapia: Estratégias possíveis de enfrentamento. *Revista IGT na Rede*, 17 (32), 65–77. Recuperado de <http://www.igt.psc.br/ojs>
12. Feng, H; Shen, Y; Li, X. (2024) Bereavement coping strategies among healthcare professionals: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Palliative and supportive care*. Cambridge University.
13. Franco, I. S. M. F., Batista, J. B. V., & Freire, M. L. F. (2020). Morte e luto em cuidados paliativos: Vivência de profissionais de saúde. *Revista FunCareOnline*, 12, 703–709.
14. Franco, M. H. P. (2021). *O luto no século 21: Uma compreensão abrangente do fenômeno*. Summus.
15. Frazão, L. M., & Fukumitsu, K. O. (2015). *A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia*. Summus.

16. Freire, D. A. L., & Elias, M. P. (2017). Levantamento dos mecanismos de defesa dos profissionais de enfermagem frente à deterioração das condições de trabalho. *Revista de Administração em Saúde*, 17(68), Jul–Set.
17. Freitas, J. L. (2013). Luto e fenomenologia: Uma proposta compreensiva. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19 (1), 97–105.
18. Gama, M. G. M. O. (2013). Luto profissional nos enfermeiros [Tese de doutorado, Universidade Católica Portuguesa].
19. Kayser, M. F., Santos, C. M., & Eninger, F. U. (2021). O processo de luto dos médicos e a busca por ajuda psicológica. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 20306–20321.
20. Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: Cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 420–429.
21. Marques, A. F. B. C. (2018). Luto nos médicos [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa].
22. Minayo, M. C. S. (2014). O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde (14ª ed.). Hucitec.
23. Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2020). Percepções dos profissionais da saúde sobre a morte de pacientes. *Revista Subjetividades*, 20(1), e9164.
24. Oliveira, J. P. M. (2018). De frente com o fim: Os profissionais de cuidados paliativos e o luto [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte].
25. Papadatou, D. (2000). A proposed model in health professionals' grieving process. *Omega: Journal of Death and Dying*, 41, 59–77.
26. Parkes, C. M. (1998). Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta. Summus.
27. Santos, L. C., et al. (2016). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21(3), 1–4.
28. Silva, J. C., et al. (2021). Estresse ocupacional em enfermeiros que atuam em cuidados paliativos oncológicos: Revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 10(2).
29. Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197–224.
30. Worden, J. W. (2013). Aconselhamento do luto e terapia do luto: Um manual para profissionais da saúde mental (A. Zilberman, L. Bertuzzi & S. Smidt, Trads.). Roca.

6. PRODUTO TÉCNICO

- Segue o Qrcode de acesso ao guia completo de orientações intitulado: “Guia de orientações para o reconhecimento do luto profissional em equipes paliativistas”



7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu, antes de tudo, ampliar o referencial teórico e prático sobre o luto não reconhecido dos profissionais de saúde, com foco específico nos paliativistas – um grupo profundamente atravessado por perdas cotidianas, muitas vezes silenciadas. Ao mergulhar nesse cenário ainda pouco explorado no contexto brasileiro, a pesquisa evidencia o sofrimento psíquico desses profissionais, que frequentemente negam ou minimizam suas próprias dores, muitas vezes naturalizando-as como parte do trabalho.

Percebe-se que, no campo dos cuidados paliativos, onde o vínculo com o paciente se torna inevitavelmente afetivo, as perdas provocam impactos emocionais significativos. O luto vivido nesses contextos é singular, carregado de implicações éticas, subjetivas e relacionais. No entanto, trata-se de uma dor que permanece, na maioria das vezes, invisibilizada – tanto pela própria equipe quanto pelas instituições.

O estudo reforça também a necessidade vital de espaços institucionais de escuta e elaboração do sofrimento psíquico, não como um complemento ao cuidado, mas como parte estruturante dele. Reconhecer o luto desses trabalhadores é reconhecer também a ética da implicação — a coragem de se afetar para cuidar com verdade.

A pesquisa também aponta caminhos: quando há, mesmo que de forma informal, gestos de acolhimento — como a escuta entre colegas, a solidariedade no cotidiano, ou o simples reconhecimento da dor do outro — há espaço para elaboração psíquica e reconstrução subjetiva. Esses movimentos, embora sutis, são poderosos e revelam que cuidar de quem cuida pode se tornar uma potente estratégia de resistência ao adoecimento.

Nesse sentido, o guia de orientações, como produto técnico educacional resultante deste estudo, busca fomentar práticas de promoção e prevenção em saúde mental para equipes paliativistas, oferecendo suporte concreto para a expressão, validação e ressignificação das experiências de perda. Trata-se de um instrumento comprometido com a escuta e o fortalecimento dos profissionais, convocando-os a reconhecer e acolher sua própria humanidade como parte do ofício de cuidar.

Reconhecemos, com responsabilidade, as limitações deste trabalho — como o recorte de um único grupo profissional em um cenário específico e os desafios institucionais durante a coleta de dados. Ainda assim, os achados trazem contribuições relevantes, não apenas para a

literatura, mas para a prática clínica, convocando gestores, docentes e equipes a olharem com mais atenção para os paliativistas como sujeitos de cuidado.

Por fim, reafirmamos a urgência de que esse debate reverbere para além da academia e se traduza em ações concretas. Que esta pesquisa possa inspirar intervenções individuais e coletivas, práticas institucionais e políticas públicas voltadas ao cuidado com quem cuida. Cuidar do trabalhador da saúde, especialmente daquele que lida diariamente com a finitude, não é um luxo ou um gesto de benevolência — é um imperativo ético e estrutural para sustentar a qualidade, a dignidade e a integridade do cuidado ofertado à unidade paciente-família. Este trabalho é, portanto, uma defesa afetiva e política do direito de sentir, elaborar e continuar cuidando, com humanidade.

8. REFERÊNCIAS

1. Araujo, L. B. P., & Arrais, R. H. (2025). Morte e luto na vivência do profissional de saúde: Uma revisão integrativa. *Revista Psicologia, Saúde e Debate*, 11(1), 719–743.
2. Ariès, P. (2003). *História da morte no Ocidente*. Ediouro.
3. Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
4. Barros, C. E. O; Rocha, K. H. S; Neto, P. O. P. L. (2024) A morte como “companheira de trabalho”: implicações na equipe de saúde no contexto hospitalar. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*;14:e14964
5. Belmino, M. C. B. (2020). *Gestalt-terapia e experiência de campo: Dos fundamentos à prática clínica* (1ª ed.). Appris.
6. Cabral, M. C. (2019). *O luto e os cuidadores formais: As vivências dos profissionais de saúde numa unidade de cuidados paliativos* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa].
7. CAPES (2017) *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Classificação de Produtos Técnicos: Psicologia*. Brasília.
8. Casellato, G. (Org.). (2020). *Luto por perdas não legitimadas na atualidade*. Summus.
9. Casellato, G. (Org.). (2015). *O resgate da empatia: Suporte psicológico ao luto não reconhecido*. Summus.
10. Castilho, R. K. (Org.). (2021). *Manual de cuidados paliativos* (3ª ed.). Associação Nacional de Cuidados Paliativos.

11. Doka, K. J. (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington Books.
12. Feitoza, T. B. M., Cordeiro, Y. L., & Belmino, M. C. B. (2020). Processo de luto no contexto da COVID-19 à luz da Gestalt-terapia: Estratégias possíveis de enfrentamento. *Revista IGT na Rede*, 17 (32), 65–77. Recuperado de <http://www.igt.psc.br/ojs>
13. Feng, H; Shen, Y; Li, X. (2024) Bereavement coping strategies among healthcare professionals: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Palliative and supportive care*. Cambridge University.
14. Franco, I. S. M. F., Batista, J. B. V., & Freire, M. L. F. (2020). Morte e luto em cuidados paliativos: Vivência de profissionais de saúde. *Revista FunCareOnline*, 12, 703–709.
15. Franco, M. H. P. (2021). *O luto no século 21: Uma compreensão abrangente do fenômeno*. Summus.
16. Frazão, L. M., & Fukumitsu, K. O. (2015). A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia. Summus.
17. Freire, D. A. L., & Elias, M. P. (2017). Levantamento dos mecanismos de defesa dos profissionais de enfermagem frente à deterioração das condições de trabalho. *Revista de Administração em Saúde*, 17(68), Jul–Set.
18. Freitas, J. L. (2013). Luto e fenomenologia: Uma proposta compreensiva. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19 (1), 97–105.
19. Gama, M. G. M. O. (2013). *Luto profissional nos enfermeiros* [Tese de doutorado, Universidade Católica Portuguesa].
20. Kayser, M. F., Santos, C. M., & Eninger, F. U. (2021). O processo de luto dos médicos e a busca por ajuda psicológica. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 20306–20321.
21. Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: Cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 420–429.
22. Marques, A. F. B. C. (2018). *Luto nos médicos* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa].
23. Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). Hucitec.
24. Minayo, M.C.S. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 26.ed. Petrópolis: Vozes, 2007

25. Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2020). Percepções dos profissionais da saúde sobre a morte de pacientes. *Revista Subjetividades*, 20(1), e9164.
26. Oliveira, J. P. M. (2018). De frente com o fim: Os profissionais de cuidados paliativos e o luto [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte].
27. Organização Mundial de Saúde. (2018) Integração de cuidados paliativos e alívio de sintomas nas respostas a emergências e crises humanitárias: um guia da OMS. Organização Mundial de Saúde.
28. Papadatou, D. (2000). A proposed model in health professionals' grieving process. *Omega: Journal of Death and Dying*, 41, 59–77.
29. Parkes, C. M. (1998). Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta. Summus.
30. Santos, L. C., et al. (2016). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21(3), 1–4.
31. Silva, J. C., et al. (2021). Estresse ocupacional em enfermeiros que atuam em cuidados paliativos oncológicos: Revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 10(2).
32. Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197–224
33. Worden, J. W. (2013). Aconselhamento do luto e terapia do luto: Um manual para profissionais da saúde mental (A. Zilberman, L. Bertuzzi & S. Smidt, Trans.). Roca.

9. APÊNDICES

9.1. Apêndice A

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Título do projeto: Vivência(s) do luto não reconhecido pelos profissionais paliativistas: um estudo qualitativo em um Hospital escola de Pernambuco

Data da coleta de dados:

Dados sociodemográficos:

- Idade: (anos)
- Gênero: Feminino () Masculino () Prefiro não dizer () Outros ()
- Raça/etnia: Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena Outros ()
- Estado civil: Solteiro(a) () Divorciado(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Outro ()
- Religião:

Formação profissional:

- Profissão:
- Tempo de exercício profissional: (anos)
- Fez alguma pós graduação ou especialização em Cuidados Paliativos?

Se sim, onde? Nº de horas(aprox)?

- Tempo de atuação em Cuidados Paliativos:

9.2.Apêndice

B

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

1. Poderia comentar como se deu o processo de escolha para trabalhar na área dos cuidados paliativos?
2. Como se deu o processo de formação para trabalhar nessa área?
3. Existe algum aspecto difícil no desenvolvimento da sua atividade no setor?
4. O que você entende por luto?
5. Para você, existem vários tipos de luto? Se sim, quais seriam?
6. Você já ouviu falar no luto não reconhecido? Se sim, do que se trata?
7. Você já vivenciou esse tipo de experiência? Poderia comentar sobre isso?
8. Como você lida com experiências de perdas?
9. Já lidou com a perda de algum paciente? Como foi?
10. Você sente que lida frequentemente com perdas? Quais seriam essas perdas?
11. Se já lidei com a perda de um paciente, já percebi algum impacto na minha saúde emocional? Já me percebi triste, lembrando do paciente, com dificuldade de dormir?
12. Percebo impactos da perda de um paciente na minha vida pessoal, como por exemplo, nas minhas relações?
13. Caso sinta que o meu processo de luto não é reconhecido, o que acha que faz com que isso aconteça?
14. Que estratégias utiliza para lidar com esses processos de perdas? E o que percebe que os seus colegas utilizam?
15. A partir dessa conversa, identifico alguma estratégia que poderia auxiliar os profissionais de saúde que trabalham com cuidados paliativos diante das diversas perdas vivenciadas?

9.3.Apêndice

C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa VIVÊNCIA(S) DO LUTO NÃO RECONHECIDO PELOS PROFISSIONAIS PALIATIVISTAS: UM ESTUDO QUALITATIVO EM UM HOSPITAL ESCOLA DE PERNAMBUCO porque você trabalha no serviço de Cuidados Paliativos dessa instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências da sua participação.

Este é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores explicações. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, deve entrar em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma ficará com o pesquisador responsável e a outra, ficará com você, participante desta pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Esta pesquisa deseja compreender qual é o conhecimento dos profissionais que atuam em Cuidados Paliativos sobre o conceito de “luto não reconhecido”. A partir disso, perceber quais as implicações na sua prática profissional diária e os impactos a sua saúde mental.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Caso você aceite integrar essa pesquisa, faremos uma entrevista que terá dois momentos. O primeiro será um questionário que você vai responder sobre alguns dados pessoais e profissionais. Posteriormente, faremos uma entrevista que terão algumas perguntas como guia para que possa ser conversado sobre a temática em questão. Tudo isso vai ser gravado e armazenado, para depois ser uma feita uma análise, até que se chegue aos resultados finais da pesquisa.

BENEFÍCIOS

Em relação aos benefícios dessa pesquisa, poderia ser elencado dois pontos. O primeiro seria referente ao benefício direto ao participante dessa pesquisa. Tanto pela própria entrevista ser um momento de reflexão e de explicação de alguns processos vividos pelos profissionais em sua prática. Como também, o aprofundamento nessa temática, possibilitar, no futuro, em novas estratégias de cuidado e intervenção para os profissionais que atuam na área paliativa. Além disso, existe um benefício à comunidade científica por ser uma temática pouco explorada e conhecida, que pode abrir caminho para novas reflexões e conhecimentos.

RISCOS

Quanto aos riscos da participação na pesquisa, é possível que possa existir alguma mobilização emocional, já que serão evocadas algumas memórias e percepções do participante diante de uma temática que é pouco falada ou que se busca evitar o contato.

A fim de minimizar esses riscos, a equipe de pesquisadores não seguirá com o andamento da pesquisa caso haja alguma mobilização, além de oferecer suporte psicológico.

CUSTOS

- Não haverá nenhum custo ao participante.

CONFIDENCIALIDADE

- Destaco que caso o profissional decida participar da pesquisa, as informações ofertadas na entrevista serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa;
- É importante pontuar que os dados apresentados na pesquisa serão anonimizados;
- Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais;
- Mesmo que esses dados venham a ser utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

- Destaco a plena liberdade ao profissional de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento (autorização), em qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ou penalização alguma, conforme a Resolução CNS 466 de 2012, Artigo IV.3 item d).;
- Peço que caso decida interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida e seus dados excluídos.
- Não haverá algum benefício financeiro em participar da pesquisa
- Se não aceitar participar da pesquisa, não haverá nenhum prejuízo em relação à instituição.

ACESSO AOS RESULTADOS DA PESQUISA

Quando a pesquisa for concluída, o profissional pode ter acesso aos resultados e se tiver interesse, poderá receber uma cópia destes resultados.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Para continuarmos, preciso saber se você entendeu o que conversamos até aqui. Peço gentilmente que caso haja alguma dúvida fique à vontade para perguntar. Mesmo que sua dúvida seja durante a entrevista, peço que não deixe de questionar. Caso deseje conhecer os resultados da pesquisa podemos informar quando houver o seu término, sua finalização e a produção dos resultados.

Neste caso, por favor, envie email para **Maria Eduarda Chaves de Mendonça Galvão**, no endereço: Eduarda.galv@gmail.com no horário das 8 às 17h de segunda a sexta-feira.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) do IMIP. Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com o CEP-IMIP, que objetiva defender os interesses dos participantes da pesquisa, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Hospital Pedro II, no subsolo próximo ao setor de radiologia. tel: (81) 2122-4756 –Email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h e 13:30 às 16:00h.

O Termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o participante e a outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são os procedimentos a serem realizados, os riscos, os benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Entendi também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e que minhas dúvidas serão explicadas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e será assegurado o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e sei que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o andamento da pesquisa, sem prejuízo ou penalização alguma.

Eu, por intermédio deste,

() CONCORDO, dou livremente meu consentimento para participar desta pesquisa.

() NÃO CONCORDO.

Nome e Assinatura do Participante da Pesquisa

_____/_____/_____
Data

Nome e Assinatura da Testemunha Imparcial

_____/_____/_____
Data

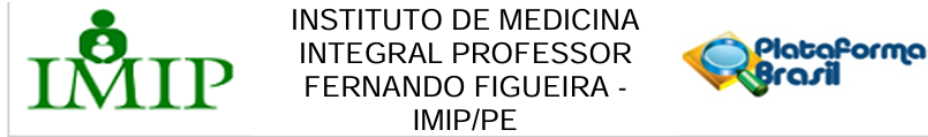
Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante de pesquisa acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo.

Nome e Assinatura do Responsável pela Obtenção do Termo

_____/_____/_____
Data

9.4.Apêndice D

APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO IMIP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVÊNCIA DO LUTO NÃO RECONHECIDO PELOS PROFISSIONAIS PALIATIVISTAS: UM ESTUDO QUALITATIVO EM UM HOSPITAL ESCOLA DE PERNAMBUCO

Pesquisador: Suzana Lins da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77807224.0.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.756.071

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2288873.pdf, gerado em 27/02/2024) e do Projeto Detalhado (PPATT.docx, postado em 19/02/2024).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua dos Coelhos, n. 300 localizado no Bloco 15 do Hospital Pedro II, no subsolo próximo ao setor de
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-550
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

9.5.Apêndice E

CARTA DE ANUÊNCIA

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



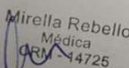
CARTA DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o (a) pesquisador (a) responsável **Suzana Lins da Silva** e sua equipe, composta por **Maria Eduarda Chaves de Mendonça Galvão** e **Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa** a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Vivência do luto não reconhecido pelos profissionais paliativistas: um estudo qualitativo em um Hospital Escola de Pernambuco**, cujo objetivo é **Analisar a vivência do luto não reconhecido por profissionais de Cuidados Paliativos em um Hospital escola de Pernambuco**, nesta instituição.

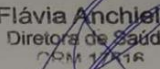
Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução **510/16** e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o protocolo deve ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira CEP-IMIP Credenciado ao sistema CEP/CONEP.

Recife, 29 de Novembro de 2023


Mirella Rebello
Médica
CRM 14725

Mirella Rebello Bezerra
Enfermaria de Cuidados Paliativos


Flávia Anchielle
Diretora de Saúde
CRM 17818

Flávia Anchielle
Diretora Médica

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Dec. Lei 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Dec. Lei 3012 de 14/05/94
UTILIDADE FEDERAL - Dec. Lei 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.879-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: isento
C.G.C. 10.988.301/0001-29

9.6.Apêndice F

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



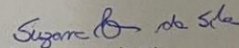
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Em referência à pesquisa intitulada **Vivência do luto não reconhecido pelos profissionais paliativistas: um estudo qualitativo em um Hospital Escola de Pernambuco**, eu, **Suzana Lins da Silva**, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e minha equipe, em conformidade com a Resolução 466/12 do CNS/CONEP e as suas complementares, a Lei Geral de Proteção de Dados (**Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**) e o Termo de Responsabilidade e Condições para Acesso Ao Prontuário do Paciente IMIP, comprometemo-nos a:

1. **PRESERVAR** o sigilo e a privacidade dos dados que serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os participantes;
2. **DESTRUIR** fotos, gravações, questionários, formulários e outros;
3. **ASSEGURAR** que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa.

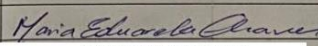
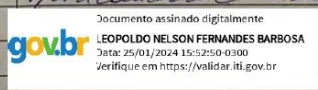
Declaramos estar cientes que o acesso e o tratamento dos dados deverão ocorrer de acordo com o descrito na versão do projeto aprovada pelo CEP IMIP.

Recife, 29 de Novembro de 2023


Suzana Lins da Silva

Pesquisador Responsável

Equipe da Pesquisa

Nome	Assinatura
Maria Eduarda Chaves de Mendonça Galvão	
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa	

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Dec. Lei 9851
de 08/11/67 UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Dec.
Lei 5013 de 14/05/84 UTILIDADE FEDERAL – Dec. Lei
86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.879-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: isento
C.G.C. 10.988.301/0001-29
Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista Recife-PE – Brasil
EP 50070-550 PABX: (081) 2122-4100

Fax: (081) 2122-4703 Cx. Postal 1393 E-mail:
imip@imip.org.br
Home Page: <http://www.imip.org.br>

10. ANEXOS

10.1. Anexo A

REGRAS DE SUBMISSÃO À REVISTA PSICOLOGIA E ARGUMENTO



Sobre ▾ Atual Arquivos Submissões Contato

[Início](#) / [Submissões](#)

Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- ✓ A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
- ✓ O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.

2.2. Título do artigo em inglês e em espanhol, logo abaixo do título em português, (inicial maiúsculo, restante minúsculas – exceto nomes próprios), em itálico, fonte Times New Roman, tamanho 12, parágrafo centralizado. Máximo de 15 palavras.

2.3. Sugestão de título resumido (máximo 5 palavras)

3. RESUMO, ABSTRACT e RESUMEN (PÁGINA 2)

O resumo, o Abstract e o Resumen devem contemplar os tópicos apresentados na publicação. Exemplo: Introdução, Desenvolvimento, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Considerações Finais. Deve conter no mínimo 100 e no máximo 250 palavras, em português/inglês, fonte Times New Roman, tamanho 11, espaçamento simples e parágrafo justificado.

No caso de ensaios clínicos, o número de registro deve constar antes dos descritores.

Na última linha deverão ser indicados os descritores (palavras-chave/keywords). Para padronizar os descritores, solicitamos utilizar os Thesaurus da área de Saúde (DeCS). O número de descritores desejado é de no mínimo 3 e no máximo 5, os quais devem ser representativos do conteúdo do trabalho.

4. CORPO DO TEXTO (A PARTIR DA PÁGINA 3)

Formatação do texto: espaço 1.5, , fonte Times New Roman, tamanho 12.

- Introdução: deve descrever os avanços e trabalhos que embasaram a pesquisa, de maneira concisa, e deve finalizar com uma frase que anuncie claramente os objetivos do estudo.

- Método: deve incluir informações detalhadas sobre o desenho do estudo, o ambiente de pesquisa, participantes, instrumentos, hipóteses, análises estatísticas, registro de ensaio clínico (quando for o caso), aprovação pelo comitê de ética e procedimentos de obtenção de termo de consentimento informado.

- Resultados: devem ser claros; não é permitida a repetição de dados no texto e em tabelas/figuras.

- Discussão: interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos existentes, principalmente os indicados anteriormente na introdução. Esta parte deve ser apresentada separadamente dos resultados.

- Conclusão ou Considerações finais: devem limitar-se ao propósito das novas descobertas, relacionando-as ao conhecimento já existente. Utilizar apenas citações indispensáveis para embasar o estudo.

PREPARO DO MANUSCRITO

A Revista Argumento adota AS NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA APA (Publication Manual of the American Psychological Association/ 6ª edição, 2010). Um guia rápido em português pode ser consultado em Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA, disponível em http://www.ip.usp.br/site/wp-content/uploads/2016/10/normalizacao_referencias_APA_6_ed_versão2013.pdf

Para citações, consultar o site: <http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/manuais/citacoesnotextoapa.pdf>

Também pode ser consultado um breve resumo das normas da APA 6ª edição. Disponível em: <http://www.apastyle.org/>.

NO PREPARO DO ORIGINAL DEVERÁ SER OBSERVADA A ESTRUTURA A SEGUIR

Enviar Folha de rosto identificada, em arquivo separado, como documento suplementar.

Enviar artigo completo, com folha de rosto sem identificação, como documento principal.

1. FOLHA DE ROSTO IDENTIFICADA (como documento suplementar)

1.1. Título do artigo em português (inicial maiúsculo, restante minúsculas – exceto nomes próprios), negrito, fonte Times New Roman, tamanho 14, parágrafo centralizado, subtítulo em letras minúsculas (exceto nomes próprios).

Máximo de 15 palavras.

1.2. Título do artigo em inglês e em espanhol, logo abaixo do título em português, (inicial maiúsculo, restante minúsculas – exceto nomes próprios), em itálico, fonte Times New Roman, tamanho 12, parágrafo centralizado. Máximo de 15 palavras.

1.3. Sugestão de título resumido (máximo 5 palavras)

1.4. Nome completo dos autores, ORCID, vínculo (aluno, professor, pesquisador de linha de pesquisa) e afiliação institucional (nome da instituição para a qual trabalha), cidade, estado, país e e-mail.

2. FOLHA DE ROSTO SEM IDENTIFICAÇÃO (arquivo principal - PÁGINA 1)

Diretrizes para Autores

TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS

A Revista Argumento recebe artigos originais, ensaios clínicos e artigos de revisão, conforme descrito a seguir.

- Todos os artigos submetidos devem apresentar, além da língua original, uma versão em espanhol e inglês do resumo e palavras-chave.

- Artigos Originais e Ensaios Clínicos (limitado à 30 páginas): desenvolvidos a partir de resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, sua estrutura deve conter: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências. O texto deve ser elaborado com até 5 ilustrações. Os ensaios clínicos devem estar registrados em órgão competente e seu número identificado já no resumo. Por ensaio clínico entende-se uma pesquisa que pretende responder uma pergunta sobre a eficácia de determinada intervenção que pode ser com um medicamento, um produto para a saúde, uma vacina, ou no caso da psicologia uma intervenção psicológica; intervenção.

- Artigos de Revisão (limitado à 30 páginas): desenvolvidos a partir de estudos com delineamento definido e baseado em pesquisa bibliográfica sistemática, consistente, com análise crítica e considerações que possam contribuir com o estado da arte (máximo de 5 ilustrações).

CARTA DE APRESENTAÇÃO

A Revista Argumento solicita que seja enviada uma CARTA, como documento suplementar, contendo os dados a seguir. Todos os itens são OBRIGATÓRIOS.

1. Nome completo, ORCID e as afiliações de todos os autores e o endereço de contato do autor para correspondência (ver item a seguir "folha de rosto identificada").
2. Tipo de material (artigo original, ensaio clínico, artigo de revisão)
3. Indicar se a submissão é para número de fluxo contínuo ou para número temático (indicar qual).
4. Explicar porque acreditam que o artigo submetido é adequado para publicação na Revista Argumento, destacando sua relevância e seus aspectos inovadores.

10.2. Anexo B

ARTIGO PIBIC (a ser submetido à revista Acervo Saúde)

O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PALIATIVISTA ACERCA DO LUTO NÃO RECONHECIDO EM UM HOSPITAL ESCOLA DE PERNAMBUCO

The palliative care nursing team's knowledge about unrecognized grief in a teaching hospital in Pernambuco

El conocimiento del equipo de enfermería en cuidados paliativos sobre el duelo no reconocido en un hospital universitario de Pernambuco

Célio Alves Cavalcanti Neto¹, Suzana Lins da Silva², Maria Eduarda Chaves de Mendonça Galvão², Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa², Lígia Cristina da Câmara Cunha², Maria de Fátima Costa Caminha², Raíssa Santos Ferreira¹, Vitória Samara Tenório Celestino Dourado¹, Ana Maria Nascimento Marques Amorim¹, Maria Hercília Da Anunciação Moura¹.

RESUMO

Objetivo: Este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam em Cuidados Paliativos sobre o luto não reconhecido em um hospital escola de Pernambuco. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, parte do projeto “Vivência do luto não reconhecido pelos profissionais paliativistas: um estudo qualitativo em um hospital escola de Pernambuco”. A amostra, composta por nove profissionais de enfermagem foi selecionada por conveniência, e os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas realizadas entre maio e junho de 2024, sendo analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardim. **Resultados:** Os resultados foram organizados em três categorias: (1) Conhecimento preliminar da equipe de enfermagem em relação ao luto não reconhecido; (2) Repercussões geradas pelo luto não reconhecido aos profissionais de enfermagem; e (3) Estratégias de enfrentamento tomada pelos profissionais de enfermagem frente as repercussões ocasionadas pelo luto não reconhecido. Embora os profissionais possuam algum conhecimento sobre o luto, o luto não reconhecido, relacionado a perdas sem validação social, é frequentemente ignorado, o que impactava negativamente a saúde mental dos profissionais. **Considerações Finais:** Assim, o estudo sugere a implementação de programas de suporte emocional e capacitação para ajudar os profissionais a reconhecer e lidar melhor com o luto e minimizar seus impactos, além de recomendar futuras pesquisas para ampliar o entendimento sobre o tema.

Palavras-chave: Luto não reconhecido, Cuidados Paliativos, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to identify the knowledge of nursing professionals working in Palliative Care about unrecognized grief in a teaching hospital in Pernambuco. **Method:** This is a

descriptivestudywith a qualitative approach, partoftheproject “Experience ofunrecognizedgriefbypalliativecareprofessionals: a qualitativestudy in a teaching hospital in Pernambuco”. The sample, composedof nine nursingprofessionals, wasselectedbyconvenience, andthe data werecollectedthroughsemi-structured interviews conductedbetween May andJune 2024, andanalyzedusingBardin'sContentAnalysis. **Results:** The resultswereorganizedintothreecategories: (1) Preliminaryknowledgeofthenursingteam in relationtounrecognizedgrief; (2) Repercussionsgeneratedbyunrecognizedgrief for nursingprofessionalsRepercussions; and (3) Copingstrategiesadoptedbynursingprofessionals in the face oftherepercussionscausedbyunrecognizedgrief. Althoughprofessionalshave some knowledgeaboutgrief, unrecognizedgrief, relatedtolosseswithout social validation, isoftenignored, whichnegativelyimpactsthe mental healthofprofessionals. **Final Considerations:** Thus, thestudysuggeststheimplementationofemotionalsupportand training programsto help professionalsbetterrecognizeanddealwithgriefand minimize its impacts, in additiontorecommending future researchtobroadenunderstandingonthetopic.

Keywords: Unrecognizedgrief, Palliativecare, Nursing..

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo identificar el conocimiento de los profesionales de enfermería que actúan en Cuidados Paliativos sobre el duelo no reconocido en un hospital universitario de Pernambuco. Método: Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativo, enmarcado en el proyecto “Experiencia de duelo no reconocida por los profesionales de cuidados paliativos: estudio cualitativo en un hospital universitario de Pernambuco”. La muestra, compuesta por nueve profesionales de enfermería, fue seleccionada por conveniencia y los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas realizadas entre mayo y junio de 2024, siendo analizados mediante el Análisis de Contenido de Bardin. Resultados: Los resultados se organizaron en tres categorías: (1) Conocimiento preliminar del equipo de enfermería sobre el duelo no reconocido; (2) Repercusiones generadas por el duelo no reconocido para los profesionales de enfermería Repercusiones; y (3) Estrategias de afrontamiento adoptadas por los profesionales de enfermería ante las repercusiones provocadas por un duelo no reconocido. Aunque los profesionales tienen algún conocimiento sobre el duelo, el duelo no reconocido, relacionado con pérdidas sin validación social, muchas veces es ignorado, lo que impacta negativamente en la salud mental de los profesionales. Consideraciones finales: Así, el estudio sugiere la implementación de programas de apoyo emocional y capacitación para ayudar a los profesionales a reconocer y afrontar mejor el duelo y minimizar sus impactos, además de recomendar futuras investigaciones para ampliar la comprensión sobre el tema.

Palabras clave: Duelo no reconocido, Cuidados paliativos, Enfermería.

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios, a morte é considerada uma temática delicada devido à falta de conhecimento sobre o que sucede esse estágio do ciclo da vida. Esse cenário já era evidenciado pelo homem de Neanderthal que, possuía certa compreensão acerca da morte e do morrer. No século XIV, episódios de fome, a inquisição, as Cruzadas e a peste,

provocaram inúmeros óbitos, gerando aflição e medo na sociedade. Com esses acontecimentos, o conceito de morte passou a ser associada a um evento sombrio, percepção que persiste até os dias atuais em determinadas regiões do mundo (MELO CV, 2004).

Correlacionado à morte, encontra-se o luto, designado como um processo que ocorre após a uma perda, seja ela o falecimento de um indivíduo, o encerramento de vínculos afetivos ou a fragmentação de algum objeto que detenha valor emocional, provocando mudanças biopsicossociais no enlutado (NASCIMENTO GS, 2021). O luto é uma particularidade de cada cultura e religião, promovendo características identitárias que são transmitidas para gerações futuras, moldando as formas como os indivíduos enfrentam essas situações (CAPUTO RF, 2008).

No Brasil, temas como óbito e luto são considerados “tabus” devido ao seu contexto histórico-religioso, ao avanço e tecnológico e às mudanças na dinâmica familiar. Essas alterações mudaram o modo de agir, se relacionar e comportar, gerando, um distanciamento das pessoas em relação a situações como o luto. Impulsionando, dessa forma, a sensação de isolamento que futuramente pode acarretar em problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (KOURY MGP, 2014).

Dentre os tipos de luto, destaca-se o luto não reconhecido, que ocorre quando um indivíduo enfrenta uma perda e devido a regras pré-existentes, requer que o enlutado mascare seu estado emocional, uma vez que, seus sentimentos não podem ser expressos ou validados (CASELLATO G, 2020). À proporção que essa especificidade do luto é despercebida e não validada pelos demais e por quem a detém geram-se sinais e sintomas maléficos para saúde, como a ansiedade, culpa, fraqueza muscular, descrença, confusão, distúrbios do sono e isolamento social (ONARI, 2019).

Com base nisso, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), “*Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento*”. A assistência paliativa busca a promoção do alívio da dor, afirmação da vida e a interpretação da morte como uma etapa de um ciclo, o não aceleração e adiantamento da morte, acolhimento multiprofissional aos pacientes e seus familiares incluindo o acompanhamento do luto e melhora na qualidade de vida dos pacientes (MATSUMOTO DY, 2012).

Nesse sentido, sabe-se que os profissionais de enfermagem são responsáveis por diversas ocupações e atribuições, destacando-se no vínculo preciso e explícito com os pacientes e seus familiares desde o momento de admissão. Por estabelecerem um contato integral e prolongado, além de formar ligações afetuosas com a pessoa enferma, os enfermeiros estão vulneráveis a desenvolver impactos físicos e psicológicos no momento em que os pacientes se encontram impossibilitados de cura e se aproximam da morte. Evidenciando que muitas vezes esses profissionais desconhecem ou não sabem que estão vivenciando um processo de luto. (FARIA SS e FIGUEREDO JS, 2017).

Ademais, a equipe de enfermagem que atua na enfermaria de Cuidados Paliativos frequentemente sofre desgaste emocional devido ao enfrentamento constante da terminalidade,

e por estarem em posição de ofício mascaram seus sentimentos e resguardam seu emocional com a finalidade de não os transmitir aos demais pacientes, ocasionando estresse, angústia, insônia e isolamento que podem estar associados à Síndrome de Burnout geradas pelo luto não reconhecido (BÖGER R, 2021).

Por conseguinte, é notório que o processamento do luto e seus efeitos nos profissionais de enfermagem estão relacionados à inibição dos seus sentimentos, ocasionando o enfraquecimento emocional e físico interligados ao não reconhecimento desse modelo do luto por esses profissionais. Essa situação intensifica os estressores psicossociais, especialmente em um ambiente de trabalho, onde tais fatores são evidentes, duradouros, imoderados e de forma explícita.

O presente trabalho tem como objetivo identificar qual o conhecimento da equipe paliativista em relação ao luto não reconhecido na sua prática assistencial.

MÉTODOS

Esse artigo é um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório e descritivo. Trata-se de um recorte do projeto âncora “Vivência do luto não reconhecido pelos profissionais paliativistas: um estudo qualitativo em um hospital escola de Pernambuco”, realizado na Enfermaria de Cuidados Paliativos de uma instituição, localizado na cidade do Recife, estado de Pernambuco, Brasil. A coleta de dados ocorreu entre maio e junho de 2024.

O projeto da pesquisa atual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, e está de acordo com as normas estabelecidas na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra foi selecionada por conveniência, composta por profissionais da equipe de enfermagem disponíveis para o estudo, dentro da população escolhida como recorte. Foram incluídos todos os profissionais de enfermagem contemplados no projeto âncora que responderam à pergunta norteadora: “Qual sua compreensão do conceito de ‘luto não reconhecido?’”.

Para coleta de dados, utilizou-se um instrumento que se dividia em duas partes. Primeiramente foram coletadas informações sobre o perfil sociodemográfico dos participantes e sua formação profissional, avaliando-se idade, gênero, raça, estado civil e religião. Além disso, foram identificados a profissão (enfermeiro ou técnico de enfermagem), tempo de exercício profissional (>5 anos ou <5 anos), especialização na área e tempo de atuação nos cuidados paliativos (>5 anos ou <5 anos).

Em seguida, foi aplicada a técnica de entrevista semiestruturada guiada pela pergunta norteadora do projeto âncora (figura 1). As entrevistas foram gravadas individualmente com o gravador pessoal do utilizando-se a letra “P” (Participante), seguida do número arábico em conformidade com a ordem de realização da entrevista (P1, P2, P3...P9).

Figura 1 – Roteiro da entrevista semiestruturada

1. Como se deu o processo de escolha para trabalhar na área dos cuidados paliativos?
2. Como se deu o processo de formação para trabalhar nessa área?
3. Existem algum aspecto difícil no desenvolvimento da sua atividade no setor?
4. O que você entende por luto?
5. Para você, existem vários tipos de luto? Se sim, quais seriam?
6. Você já ouviu falar em luto não reconhecido? Se sim, do que se trata?
7. Você já vivenciou esse tipo de experiência? Poderia comentar sobre isso?
8. Como você lida com experiência de perdas?
9. Você já lidou com a perda de algum paciente? Como foi?
10. Você sente que lida frequentemente com perdas? Poderia comentar sobre isso?
11. Se você já lidou com a perda de um paciente, já percebeu algum impacto na sua saúde emocional? Já se percebeu triste, lembrando do paciente, com dificuldade pra dormir?
12. Você percebe impactos da perda de um paciente na sua vida pessoal, como por exemplos, nas suas relações?
13. Caso sinta que o seu processo de luto não é reconhecido, o que acha que faz com que isso aconteça?
14. Que estratégias utiliza para lidar com esses processos de perdas? E o que percebe que os seus colegas de trabalho utilizam?
15. A partir dessa conversa, identifique alguma estratégia que poderia auxiliar os profissionais de saúde que trabalham com cuidados paliativos diante das diversas perdas vivenciadas?

O estudo desta pesquisa teve como base e referência a análise de conteúdo segundo Laurence Bardim. Foram identificados os “núcleos de sentido” e foram levadas em consideração as três fases propostas por Bardim: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material e 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIM LAURENCE, 2012). A “pré-análise” esta correlacionada com as escolhas para o plano de análise em conjunto com a leitura flutuante, objetivando a primeira percepção dos dados, afirmações iniciais e formação de hipóteses, as quais podem ser comprovadas no final da avaliação. Na segunda etapa, “exploração do material”, houve um estudo mais aprofundado e a partir desse estudo formou-se os “núcleos de sentido”, auxiliando na classificação e codificação dos dados. Chegando, dessa forma, na terceira fase proposta por Bardim, a de interpretação, na qual foi realizado os resultados a partir das pesquisas e considerações estabelecidas nas fases anteriores.

RESULTADOS

Durante o estudo foram entrevistados 9 profissionais de enfermagem com idades variando de 30 a 46 anos, com uma média de idade de 37 anos. O gênero feminino prevaleceu totalizando 77,78% dos participantes.

Na tabela 1, observa-se que os maiores percentuais de profissionais da equipe de enfermagem que atuavam nos cuidados paliativos eram, em sua maioria, brancos e pardos com um percentual de 44,4% para cada grupo. Em relação ao estado civil, destacou-se quantitativo de casados totalizando 55,5% dos participantes. Ao avaliar a religião, os grupos católicos e evangélicos se sobressaíram entre os participantes.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais da equipe de enfermagem que compõem o setor de cuidados paliativos em um hospital escola de Pernambuco, maio-junho 2024

Variável		N	%
Gênero			
Em	Masculino	2	22,22
	Feminino	7	77,78
	Casado	5	55,50
	Outros	0	0
	> 35 anos	5	55,50
Em	< 35 anos	4	44,40
	Religião		
	Católica	4	44,40
	Evangélica	4	44,40
	Outros	0	0
Em	Raça		
	Branca	4	44,40
	Parda	4	44,40
	Outros	0	0
	Fonte: NETO CAC, et al., 2024.		
Em	Outros	0	0

relação a caracterização da formação profissional dos entrevistados, na tabela 2, avaliou-se que 33,3% afirmaram ser enfermeiros, enquanto 66,7% declararam ser técnico de enfermagem. Quanto ao tempo de exercício profissional na enfermagem 88,9% afirmaram atuar na área por mais de 5 anos, enquanto 11,1% tinham menos de 5 anos de experiência. Verificou-se que 77,8% dos participantes não haviam realizado especialização na área de cuidados paliativos, enquanto 22,2% já haviam se especializado. No que se refere ao tempo de atuação em cuidados paliativos 77,8% afirmaram trabalhar na área há mais de 5 anos e 22,2% por menos de 5 anos.

Tabela 2 - Caracterização da formação profissional da equipe de enfermagem que compõe o setor de cuidados paliativos de hospital escola de Pernambuco, maio-junho 2024

Variável	N	%
Profissão		
Enfermeiro	3	33,30
Técnico de enfermagem	6	66,70
Tempo de atuação na enfermagem		
> 5 anos	8	88,90
< 5 anos	1	11,10
Realização de especialização em cuidados paliativos		
Sim	2	22,20
Não	7	77,80
Tempo de atuação em cuidados paliativos		
> 5 anos	7	77,78
< 5 anos	2	22,20

Fonte: NETO CAC, et al., 2024.

Tema 1: Conhecimento preliminar da equipe de enfermagem em relação ao luto não reconhecido

No que se diz respeito ao conhecimento preliminar dos entrevistados acerca do luto e luto não reconhecido, foi perceptível a incompreensão em relação ao seu significado. Quando foi realizada a pergunta de nº 4 “O que você entende por luto?”, os participantes expressaram suas percepções formando conceitos a partir de suas experiências pessoais vivenciadas, como por exemplo: *O luto é algo que não consigo passar por aquilo, é vivenciar aquilo e resolver seguir minha vida e ir para frente, eu carrego aquilo para sempre [...] (P1). Luto... Eu acho que luto é uma dor que não passa, ela é amenizada, né? Então assim, a gente vive aquele luto ali no momento, a gente fica mais aflita, sabe que vai doer, mas depois você começa a entender que foi melhor para aquela pessoa que estava sofrendo e vai entendendo. A dor não passa, toda vez que você lembra, você vai sentir. Mas o tempo faz com que amenize e você guarde apenas as boas lembranças [...] (P8).*

Em seguida, foi realizado a pergunta sobre o conhecimento da equipe em relação aos tipos de luto (Para você, existem vários tipos de luto? Se sim, quais seriam?) como uma forma de os induzirem a trazer seu saber sobre o luto não reconhecido, ou se pelo menos conseguiriam trazê-lo apenas como uma estratificação dos tipos de luto. [...] *Não consigo enxergar esses*

tipos de luto não [...] (P1). Existem. Tipo assim, eu perdi minha mãe, eu ficava triste direto, chorosa, em depressão, angustiada, e outras pessoas não sentem isso, segue a vida. Outras pessoas usam álcool, pegam uma depressão, algumas ficam felizes porque se livrou. São vários tipos [...] (P2). Sim, existe o luto do processo de morrer, no relacionamento você vivência o luto, um emprego quando você é demitido tem aquele processo. Como eu disse, acho que luto é um processo de adaptação, acho que tudo o que você perde repentinamente, vai gerar um luto, pois foi algo que você não esperava. Tudo que você não esperava é um tipo de luto [...] (P3).

Com relação ao conceito do luto não reconhecido, pergunta de nº6 (Você já ouviu falar em luto não reconhecido? Se sim, do que se trata?) os participantes não souberam seu conceito, ou então, trouxeram uma abordagem incorreta acerca do tema: *Nunca ouvi falar. Imagino que seja algo relacionado aos profissionais de saúde, muitas vezes achamos que não, mas o que vivemos no dia a dia reflete na nossa vida pessoal [...] (P3). Não, não sei o que é e nunca escutei. (P6). Não. Eu acho que a pessoa vive amargurada, não reconhece que aquilo é uma dor e vive sofrendo (P7). Acho que já. Mas, não consigo te explicar. Acredito que seja o luto do passado, luto do presente e luto do futuro (P8).*

Após a realização da pergunta de nº6, os pesquisadores realizavam a explicação do conceito do luto não reconhecido trazendo uma abordagem para a prática profissional hospitalar, para dar seguimento as demais perguntas e facilitar a continuidade da entrevista.

Tema 2: Repercussões geradas pelo luto não reconhecido aos profissionais de enfermagem

De início foi perguntado se os participantes haviam realizado alguma especialização na área ou se houve alguma preparação antes do início das suas respectivas atuações na enfermagem de cuidados paliativos. Observou-se por meio das respostas um quantitativo escasso de profissionais que não havia realizado, por exemplo, pós-graduação na área ou mesmo estágio curricular durante a graduação ou técnico: *Cuidados paliativos é outra realidade, tive zero experiência na faculdade [...] (P1). Eu fiz residência em cuidados paliativos, inicialmente. Passei 2 anos na residência e daí comecei a trabalhar como enfermeira após a residência [...] (P4). A única vaga que tinha era em cuidados paliativos à noite. E eu não tinha conhecimento nenhum do que era cuidados paliativos. No decorrer do tempo, eu fui aprendendo o que era palição trabalhando no setor [...] (P6). O processo se deu na residência, na verdade, eu fiz estágio aqui na instituição [...] (P9).*

Ao serem questionados sobre o convívio direto com as perdas e se essas trouxeram impactos na atuação profissional e vida pessoal, houveram concordâncias nas respostas em grande parte das entrevistas e observou-se manifestações que se repetiam durante as falas evidenciando as consequências trazidas pelo ambiente de trabalho correlacionadas com a vivência do luto não reconhecido: *Eu acho difícil lidar com óbito. Acho bem complicado... Eu acho que é mais difícil em relação a família. Acho difícil lidar com a família. Eu acho que antigamente eu tinha mais impacto na minha saúde emocional. Eu me sentia no lugar da família, no lugar daquela pessoa. No lugar do filho, do esposo, da mãe, por exemplo [...] (P1). Assim quando nos apegamos a um paciente, chegamos na nossa casa, vai dormir e fica pensativa, 'porque isso?', você se apegando e são pessoas que marcam sua vida [...] (P2).*

Impacta. Muitas vezes a gente se coloca no lugar daquele paciente e do seu acompanhante. Muitas vezes estamos na sala de enfermagem sentados e vemos o paciente em ‘resgate’ e não somos nós que estamos vivenciando aquela dor e refletimos ‘Eu poderia ter dado mais de mim? Poderia ter sido um profissional melhor para aquele paciente?’. Então isso me impacta, de você ter a sensação que seu dever não foi cumprido [...] (P3). Sim, a forma que esses pacientes vêm a óbito, eu estava acostumada com a correria de pegar carro de parada e tentar reviver aquele paciente, mas não é isso que acontece aqui, os pacientes vão embora aos pouquinhos, né? Já chorei muito, arrumei muito problema, entrei em depressão, comecei a pedir demissão porque não aceitava até então. Eu chegava aqui para trabalhar e dizia que queria “estourar uma bomba” porque eu odiava esse lugar. Comecei a ter acompanhamento psicológico [...] (P8).

Tema 3: Estratégias de enfrentamento tomada pelos profissionais de enfermagem frente as repercussões ocasionadas pelo luto não reconhecido

Acerca dos métodos utilizados para combater as adversidades geradas pelo luto não reconhecido pelos participantes da pesquisa que compõem a equipe de enfermagem foi visto uma repetição de ações dentre os entrevistados com relação as medidas que cada um utilizava. Dentre as falas, uma esteve presente em diversos participantes: *Diante de tanta coisa já vivida, não é que eu não fique “sentida”, eu tento manter uma certa distância na tentativa de me defender, sabe? Mentalizo que o que eu vivo é uma constância. A partir do momento que eu saio do ambiente de trabalho essas questões ficam aqui no hospital, não levo para minha vida. Eu sou católica, então acho que isso de certa forma me abastasse [...] (P1). Eu coloco na minha cabeça que eu trabalho em um setor que vai ter isso sempre, então se eu tomar pra mim, eu vou acabar adoecendo, ou pedindo demissão, então eu coloco na minha cabeça que é o meu trabalho [...] (P5). Eu tento conversar com minha família, nos finais de semana nos reunimos e por minhas irmãs também serem da área trocamos ideias e é como se fosse uma terapia em grupo [...] (P7). Eu tanto não levar pra casa, porque eu tenho uma vida fora daqui, se não eu iria adoecer. Não posso carregar esse fardo [...] (P8). Isso se tornou uma coisa automática, eu criei um funcionamento de que é, quando eu largo do trabalho, seja ele qual for, eu já me desconecto daquelas histórias. Então não fico revisitando, não fico preocupada, não fico falando. Enquanto estou no serviço atendo da melhor forma possível, mas na medida que termino, tudo fica aqui [...] (P9).*

Diante disso, após realizar a busca das estratégias de enfrentamento frente o luto não reconhecido foi realizado a pergunta de nº 15 (A partir dessa conversa, identifique alguma estratégia que poderia auxiliar os profissionais de saúde que trabalham com cuidados paliativos diante das diversas perdas vivenciadas?): *Eu acho que a gente como profissional, poderia ter um apoio maior com relação a isso. Como terapias, rodas de conversa, trazer esse tema em pauta. Acho que seria válido de forma periódica. Até para nós mesmos entendermos como é o nosso comportamento, para ver as formas de defesa que cada um prefere ter ou faz, acho que seria bem interessante [...] (P1). A falta de conhecimento e capacitação. Na verdade, conhecimento e reconhecimento, a gente não tem acesso a serviços que deveriam ser ofertados, por exemplo, acompanhamento com o psicólogo [...] (P3). A estrutura não é tão boa pois tem pouco espaço, os leitos são próximo uns dos outros [...]*

(P6). Eu acho que a instituição deveria estar atenta e promover espaço para discussão, autocuidado, rodas de conversa, cuidados com toda a equipe, cuidado institucional [...] (P9).

DISCUSSÃO

O conhecimento e reconhecimento do luto são extrema importância devido às repercussões que esse fenômeno traz para qualidade de vida dos indivíduos, especialmente para profissionais de saúde que lidam diretamente e constantemente com a perda. O não reconhecimento e a não validação do luto somado aos estressores evidenciados no ambiente de cuidados paliativos podem evoluir para condições prejudiciais à saúde mental, como depressão, ansiedade, isolamento, estresse, frustração, sentimento de culpa, insônia e síndrome de Burnout. Esses impactos afetam tanto a vida pessoal quanto a rotina de trabalho desses profissionais.

Os resultados desse estudo indicam que o conhecimento da equipe de enfermagem paliativista sobre luto não reconhecido é limitado, o que pode comprometer a capacidade desses profissionais em lidar adequadamente com o luto, tanto em si mesmos, quanto com os demais pacientes e familiares que o acompanham. Embora a equipe demonstre um conhecimento básico sobre os conceitos gerais do luto explicitado através de suas vivências pessoais e profissional, as especificidades do luto não reconhecido, caracterizado por perdas que não recebem validação social, são frequentemente ignoradas ou subestimadas no contexto assistencial.

A falta de conhecimento do luto não reconhecido nos enfermeiros está intimamente ligada à sobrecarga emocional e física vivenciada no ambiente de cuidados paliativos. A exposição constante à morte e ao sofrimento levam os profissionais a desenvolver estratégias de autoproteção que, em muitos casos, incluem a negação ou o mascaramento de seus próprios sentimentos de luto. Esta dinâmica contribui para exacerbação de distúrbios emocionais e psicossomáticos. Como descrito no estudo deBöger, o luto reprimido não encontra formas saudáveis de expressão, acarretando impactos na saúde mental.

O presente estudo, assim como a pesquisa realizada por Dias LFG e Martins W, revela a dificuldade dos profissionais de enfermagem em assimilar e discutir sobre o processo da morte. Essa constatação realizada é reforçada por Baldissera et. al, que afirma que esses profissionais se sentem desconfortáveis ao abordar o tema, em parte devido ao vínculo afetivo estabelecido não apenas com o paciente, mas também com a família. O envolvimento emocional dificulta a separação entre o profissional e o pessoal, resultando em sofrimento contínuo.

Além disso, os resultados apontam que a abordagem tradicional da enfermagem, focada exclusivamente nos cuidados ao paciente e à sua família, frequentemente negligencia o autocuidado emocional do profissional. Isso inicia um ciclo de desgaste, onde o luto não reconhecido afeta não apenas a saúde do enfermeiro, mas também compromete a qualidade da assistência prestada, como sugerido por Figueredo JS e Faria SS.

A dificuldade de verbalização e relutância dos profissionais de enfermagem em expressar suas opiniões sobre o luto também são aspectos relevantes. O estudo realizado por Figueredo

JS e Faria SS, afirma que os profissionais de saúde, de forma geral, realizam o “pacto do silêncio”, onde evitam falar sobre suas dores, anseios, sofrimento e morte de forma incisiva, nas quais geram o sentimento de impotência. Esse fenômeno foi observado no presente estudo com falas dos entrevistados expressando sentimento de impotência frente o prognóstico dos pacientes internados na enfermaria de cuidados paliativos, como se o trabalho desempenhado não fosse suficientes e válidos, já que aqueles que estão ali aguardam o dia de sua morte. Conforme explicitado por Argenta, *“os profissionais de saúde são preparados para cuidar e preservar a vida, por conseguinte, a morte representa em vários momentos, sentimentos de fracasso, inabilidade e, até mesmo, incapacidade”*, reafirmando, as percepções apresentadas pela equipe de enfermagem entrevistada.

Os achados deste estudo corroboram com a literatura existente que descreve a morte e o luto como temas frequentemente evitados na sociedade e, por extensão entre os profissionais de saúde. A concepção de morte como um evento sombrio, historicamente enraizada em diversas culturas, reforça a dificuldade de lidar abertamente com o luto. No Brasil, ainda prevalece uma abordagem silenciosa e reprimida sobre a temática, conforme descrito por Koury em sua avaliação.

A equipe de enfermagem desempenha um papel central no cuidado integral dos pacientes. Devido à natureza do trabalho, que exige uma atenção mais próxima, duradoura e íntima. É comum que se estabeleçam vínculos entre o enfermeiro, o paciente e seus familiares. Dessa forma, os enfermeiros frequentemente vivenciam o luto pela perda de um paciente. No entanto, por ser parte de sua atividade profissional, esse luto muitas vezes não é identificado ou validado, tornando-o um luto não reconhecido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que os profissionais de enfermagem lidam com a terminalidade de forma explícita e constante no seu cotidiano, e cada indivíduo possui uma percepção e forma particular de lidar com a morte e luto. Para que esses profissionais possam oferecer um cuidado de qualidade, é fundamental que estejam em boas condições emocionais e de saúde.

Evidencia-se o anseio dos participantes em falar sobre terminalidade e suas repercussões, por motivos pessoais, religiosos e principalmente por estarem em posição de trabalho, tornando mais difícil, dessa maneira, que o enlutado se reconheça nessa posição e a partir disso encontre estratégias para evitar as repercussões associadas a não validação desse luto, como a ansiedade, frustração, depressão e isolamento.

Portanto, esse estudo destaca a importância do reconhecimento do luto não reconhecido entre os profissionais de enfermagem que atuam em cuidados paliativos. Ao evidenciar que esses profissionais frequentemente ignoram ou reprimem seus sentimentos de perda, os resultados reforçam a necessidade de uma abordagem mais holística e acolhedora no ambiente de trabalho, que valorize tanto o cuidado com o paciente quanto o autocuidado emocional dos profissionais.

Como relatado anteriormente, o desconhecimento ou a negação do luto não reconhecido pode gerar efeitos nocivos à saúde física e mental dos enfermeiros. Contudo, é fundamental

implementar programas de suporte emocional e treinamento contínuo, capacitando à equipe para lidar de forma saudável com o luto e suas implicações no ambiente de trabalho.

Por fim, futuras pesquisas são essenciais para aprofundar a compreensão sobre o impacto do luto não reconhecido em diferentes contextos de cuidados de saúde e explorar intervenções eficazes para apoiar os profissionais, promovendo um ambiente de trabalho mais saudável e sustentável.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecemos a Instituição Materno Infantil Professor Fernando Figueira (IMIP) por ter possibilitado a realização da pesquisa, em especial a equipe de enfermagem da Enfermaria de Cuidados Paliativos, pela participação no nosso estudo e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnologia (CNPq) que, por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), fomentou a execução do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. BALDISSERA, et al. Perspectivas de profissionais de enfermagem sobre a morte na emergência, 2018. Revista de Enfermagem UFPE online, 12(5), 1317-1324; Available from: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_administracion4.pdf
2. CAPUTO, RF. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. Revista Multidisciplinar da UNIESP, 2008;
3. CARTILHA DE ORIENTAÇÕES SOBRE LUTO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE [Internet]. Available from: <https://www.fmrp.usp.br/wpcontent/uploads/sites/356/2022/03/Cartilha-de-Suporte-ao-Luto.pdf>
4. DIAS LFG, MARTINS W. O impacto do luto para os profissionais de enfermagem da unidade de emergência, 2021. Research, Society and Development, v.10, n.14, e261101421972;
5. FIGUEREDO JS, FARIA SS. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar, 2017. Psicologia Hospitalar (São Paulo) vol. 15;
6. KOURY, MGP. O luto no Brasil no final do século XX, 2014. Caderno CRH CRH, Salvador, v. 27, n. 72, p. 593-612,
7. MARQUES AFBC. Luto nos médicos. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2018;
8. Minayo, M.C.S O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec editora. São Paulo, 2014
9. SANTOS, FMD. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Revista Eletrônica de Educação, 2012;
10. SILVEIRA J, et al. O luto nas diferentes etapas do desenvolvimento humano, 2021. Psicologia em Foco: Temas Contemporâneos Editora Científica.
11. Silveira J, Ramos C, Rodrigues I, Oliveira I, Rocha R, Almeida A, et al. ". [cited 2021 May 11]; Available from: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/200700788.pdf>
12. Souza E Souza, Paulo L, Ribeiro M, Rosa B, Gonçalves R, Cristina R, et al. Enfermería Global A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por

- enfermeiros La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros Death and the dying process: feelings expressed by nurses [Internet]. 2013.
13. TREVISIANO RG, et al. O olhar da enfermagem no processo do luto, 2019. Revista Saúde em Foco – Edição nº11;
 14. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM RAÍZA BÖGER SOFRIMENTO PSÍQUICO DE PROFISSIONAIS PALIATIVISTAS NA ASSISTÊNCIA DO PROCESSO MORTE E MORRER FLORIANÓPOLIS 2021 [Internet]. [cited 2023 Apr 28]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/220191/TCC%20Ra%c3%adza%20B%c3%b6ger%20reposit%c3%b3rio.pdf?sequence=1&isAll owed=y>
 15. Vasconcelos C, Brasília M. FSC -FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE PSICOLOGIA O SIGNIFICADO DA MORTE NAS DIFERENTES ETAPAS DA VIDA HUMANA [Internet]. Available from: 13 <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2928/2/9960500.pdf>
fEspecialização em SAÚDE DA FAMÍLIA Caso complexo Samuel Fundamentação teórica O luto na Estratégia Saúde da Família [Internet]. Available from: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/1/unidades_casos_complexos/unidade10/unidade10_ft_luto.pdf

10.3. Anexo C

COMPROVANTE DE ENVIO PARA A REVISTA

[PsicolArgum] Agradecimento pela submissão 

 **Tatiany Honório Porto Aoki** via **PORTAL DE PERIÓDICOS DA PUCPR** <pen-bounces@emnuvens.com.br>
para mim ▾

sáb., 21 de jun., 23:21 (há 9 dias) ☆ ☺ ↶ ⋮

Maria Eduarda Galvão:

Obrigado por submeter o manuscrito, "Vivência(s) do luto não reconhecido em profissionais paliativistas: um estudo qualitativo" ao periódico Psicologia Argumento. Com o sistema de gerenciamento de periódicos on-line que estamos usando, você poderá acompanhar seu progresso através do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/authorDashboard/submission/33080>
Usuário: eduardagalvao

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar este periódico para publicar o seu trabalho.

Tatiany Honório Porto Aoki

Revista Psicologia Argumento <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento>