

Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado

Mariana Sarkis Braz

Maria Helena Pereira Franco

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil.

Resumo: Os cuidados paliativos buscam qualidade de vida baseada principalmente na prevenção e alívio do sofrimento de pacientes que possuem doenças ameaçadoras de vida, englobando as esferas de ordem física, psicossocial e espiritual. Além disso, estende-se ao pós-morte do paciente, oferecendo suporte à família no processo de luto. Esta pesquisa qualitativa teve como objetivo compreender e analisar a formação dos profissionais em relação ao processo de morrer do paciente e as percepções daqueles em relação às suas contribuições para a prevenção de luto complicado da unidade de cuidado. A Teoria do Apego fundamentou teoricamente este estudo. Participaram voluntariamente profissionais de saúde que integram formalmente equipes de cuidados paliativos. Foi utilizado um questionário autoaplicativo para obtenção de dados acadêmicos, profissionais e de cursos realizados, e uma entrevista semiestruturada. A análise das informações colhidas nas entrevistas foi realizada através de transcrição e categorização das mesmas, seguida de análise de conteúdo. Os resultados confirmaram que a formação dos profissionais em relação ao processo de morrer é escassa. Ademais, observou-se que os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos possuem comportamentos de apego, os quais são identificados como naturais nesse contexto, o que acaba por dificultar a percepção de que são importantes contribuições para a prevenção de luto complicado da unidade de cuidado. Diante desses resultados, a presente pesquisa trouxe a relevância sobre a necessidade da inserção das temáticas morte e morrer na educação dos profissionais de saúde, o que pode contribuir para melhor assistência à unidade de cuidado nos seus processos de luto.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Unidade de Cuidado, Luto Complicado, Profissionais de Saúde.

Palliative care professionals and their contribution to the prevention of complicated grief

Abstract: Palliative care seeks quality of life based primarily on prevention and relief of suffering of patients who have life threatening diseases, encompassing physical, psychosocial and spiritual areas. Furthermore, extending the post-mortem patient, it offers support to the family in the grieving process. This qualitative study aimed to understand and analyze the training of professionals in relation to dying patients and their perceptions regarding their contribution to the prevention of complicated grief in the care unit. The Attachment Theory grounded this research theoretically. Volunteer professionals of the palliative care teams participated in this study. A self-administered questionnaire was used to obtain academic and professional data, besides their courses taken, and a semi-structured interview. The analysis of the collected data was done through transcription and categorization, followed by the content analysis. The results confirmed that the training of professionals in relation to the dying process is scarce. Moreover, it was observed that health professionals working in palliative care have attachment behaviors, identified as natural in this context, and that that ends up making it harder to realize that is an important contribution to prevent grief from becoming complicated in the care unit. The results of this research brought out the relevance of the need of inserting themes such as death and dying in the education of the professionals of this field, which can contribute to a better assistance in the care unit in the grieving process.

Keywords: Palliative Care, Care Unit, Complicated Grief, Health Care Professionals.

Profesionales paliativistas y sus contribuciones en la prevención del duelo complicado

Resumen: Los cuidados paliativos buscan la calidad de vida basada principalmente en la prevención y el alivio del sufrimiento de pacientes que poseen enfermedades amenazadoras de la vida, incluyendo las esferas de orden físico, psicosocial y espiritual. Además, se extienden más allá de la muerte del paciente y ofrecen apoyo a la familia en el proceso de luto. Esta investigación cualitativa tuvo como objetivo comprender y analizar la formación de los profesionales con relación al proceso de muerte del paciente y las percepciones de aquellos a propósito de sus contribuciones a la prevención del duelo complicado en la unidad de cuidado. La Teoría del Apego fundamentó teóricamente este estudio. Participaron voluntariamente profesionales de salud que integran formalmente equipos de cuidados paliativos. Se utilizó un cuestionario autoaplicativo para obtener datos académicos, profesionales y de cursos realizados y una entrevista semiestructurada. El análisis de las informaciones recogidas en las entrevistas se llevó a cabo a través de su transcripción, categorización y posterior análisis de contenido. Los resultados confirmaron que la formación de los profesionales con relación al proceso de muerte es escasa. Además, se ha observado que los profesionales de salud que trabajan en cuidados paliativos poseen comportamientos de apego que se identifican como naturales en ese contexto, lo que acaba dificultando la percepción de que suponen importantes contribuciones para la prevención del duelo complicado en la unidad de cuidado. Ante estos resultados, la presente investigación destacó la relevancia de la necesidad de incluir las temáticas muerte y morir en la educación de los profesionales de salud, lo que puede contribuir a una mejor asistencia a la unidad de cuidado en sus procesos de luto.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, Unidad de Cuidado, Duelo Complicado, Profesionales de la Salud.

Introdução

O despreparo dos profissionais de saúde e as dificuldades pessoais diante da morte e do processo de morrer retiram o direito do paciente e da família de expressar nesse momento pensamentos, sentimentos, preferências, pendências que, por sua vez, estão diretamente relacionados com o processo de luto, seja ele antecipatório ou pós-óbito do paciente. Sabe-se que a educação para morte direcionada aos profissionais de saúde e, no caso, aos membros de equipes multidisciplinares de cuidados paliativos, ocorre raramente. Dessa forma, é relevante e importante ter um olhar crítico em relação à formação desses profissionais, através de treinamentos e educação continuada, a fim de que possam estar mais bem preparados para vivenciar e lidar com as demandas naturais e inerentes do contexto de adoecimento, morte e luto (Liberato, 2015). Isso pode contribuir para uma melhor assistência ao paciente e à sua família no processo de morrer, corroborando para a prevenção de lutos complicados. Nesse sentido, a presente pesquisa pretendeu investigar se há uma associação entre a formação dos profissionais paliativistas acerca dos processos de morte e morrer com a percepção deles sobre seus comportamentos e atuações, e o quanto reconhecem que estes podem ter uma influência e colaboração no desenvolvimento de processos de luto adaptativos da unidade de cuidado (paciente e família).

Cuidados paliativos

A *World Health Organization* – WHO (2004), em 2000, definiu os cuidados paliativos, enfocando uma qualidade de vida baseada principalmente na prevenção e no alívio do sofrimento de pacientes que têm doenças ameaçadoras da vida e englobando as esferas de ordem física, psicossocial e espiritual. A definição da WHO para cuidados paliativos, focados no alívio e na prevenção de dor para uma boa qualidade de vida para o paciente e sua família, enfatiza a também a necessidade de cuidados paliativos logo na detecção da doença, juntamente com o tratamento curativo (modificador da doença), e não apenas no final de vida (Lanken et al., 2008; Matsumoto, 2012; Melo, & Caponero, 2009).

Utilizar cuidados paliativos desde o início do tratamento curativo possibilita, para o paciente e sua família, contato com a equipe de profissionais responsáveis e, à medida que a doença crônica progressiva

evolui e o tratamento curativo perde sua eficácia em controlá-la ou modificá-la, os cuidados paliativos se tornam mais necessários, até figurarem como exclusivos em virtude do quadro de incurabilidade (Lanken et al., 2008; Maciel, 2008). Esse funcionamento propicia a construção de um vínculo de confiança entre a tríade paciente-família-equipe, o que facilita e contribui para a articulação e o desenvolvimento de planos estratégicos de assistência integral e contínua.

Neste estudo, levamos em consideração o caráter didático de funcionamento dos cuidados paliativos. No dia a dia, observa-se que isso não é possível em razão de questões econômicas e da escassez de mão de obra especializada, o que impede que uma equipe de cuidados paliativos acompanhe todos os pacientes com doença crônica progressiva, ameaçadora e limitante da vida. Ocorre que, em sua maioria, as equipes de cuidados paliativos entram no cenário quando já não há uma proposta de modificação ou estabilização da doença, ou seja, quando o tratamento será conduzido em uma linha de um cuidado paliativo mais exclusivo, no sentido de priorização de medidas de conforto. Nessa perspectiva, serão discutidos e recomendados objetivos de tratamento que visem o conforto e as limitações terapêuticas para o paciente. Esta pesquisa, mais especificamente, tratou de discussões de cuidados paliativos e limitações terapêuticas, buscando elucidar o caráter fútil ou de baixo ou nenhum resultado que determinadas condutas podem ter frente aos objetivos propostos, como será discutido mais adiante.

Cuidados paliativos e comunicação

De acordo com Forte (2009), muitas vezes o profissional de saúde não sabe como abordar o paciente e a família sobre cuidados paliativos, ou teme fazê-lo, o que torna clara a importância da comunicação e suas respectivas estratégias nesse momento. Um estudo prospectivo realizado com 164 famílias de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com o objetivo de correlacionar os níveis de satisfação da família com a percepção sobre a forma como recebeu informações da equipe de saúde e com a assistência que o paciente recebeu durante sua internação na UTI, constatou que informações insuficientes determinaram o descontentamento. A acessibilidade aos médicos foi verificada como determinante principal de insatisfação, sendo associada a conflitos que dizem respeito a prognósticos. Logo, constatou-se que a satisfação da

rede familiar e sua compreensão acerca da UTI podem melhorar com uma maior acessibilidade aos médicos e à equipe de saúde (Fumis, Nishimoto, & Deheinzelin, 2008). Faz-se necessário acrescentar que o fato de a equipe ser mais acessível às famílias, em relação às suas necessidades, emoções e dúvidas, contribui para o desenvolvimento e a construção de um vínculo de confiança (Silva, 2001) e base segura.

Em cuidados paliativos, mais especificamente, muitos estudos têm sugerido que as conferências familiares, também conhecidas como relação deliberativa, são a melhor forma de abordar e conversar com a família sobre objetivos de tratamento e limitações terapêuticas, pois promovem um compartilhamento da carga de decisão e suporte à família (Carlet et al., 2004), buscando-se sempre um consenso entre familiares e equipe. Tais conferências configuram-se como um espaço aberto para escuta da família, sendo possível conhecer e compreender seus pensamentos, sentimentos, medos, angústias e, a partir disso, responder a tais necessidades, além de ajudar a promover o enfrentamento da situação – o que reverbera em segurança da rede familiar em relação aos cuidados com o paciente e com a equipe.

Decisão compartilhada e a teoria do apego

Nesse panorama da decisão compartilhada, pode-se discutir o apego adulto, conceituado na Teoria do Apego de John Bowlby. De acordo com esse autor, na primeira infância o comportamento de apego caracteriza-se pelas ações da pessoa em alcançar ou manter a proximidade com um indivíduo específico e considerado como mais apto para lidar com o mundo (Bowlby, 1989). Logo, tenta-se de buscar e usar esse indivíduo como uma referência de base segura para explorar o desconhecido e como refúgio de segurança nos momentos de medo (Main, 2001). O apego adulto, por sua vez, é definido como a tendência do indivíduo em fazer esforços importantes a fim de procurar, manter proximidade e contato com uma pessoa ou pessoas específicas, que ofereçam potencial subjetivo para segurança física e/ou psicológica (Sperling, & Berman, 1994) – diferentemente do apego de infância, esse tipo de apego envolve maior reciprocidade.

No contexto de compartilhamento de decisão sobre cuidados paliativos e objetivos de tratamento e limitações terapêuticas para o paciente, os membros

da rede familiar sentem-se com sua segurança ameaçada, já que percebem esse momento como uma possibilidade de morte iminente. Em razão das peculiaridades de estresse desse período, o apego adulto dessas pessoas será ativado e a forma como ele se apresentará e se configurará vai variar de acordo com o modelo operativo interno de cada um, correlacionado ao contexto das relações e pela interação entre os indivíduos (Sperling, & Berman, 1994). Logo, pode-se pensar que indivíduos com apego seguro, os quais tiveram suas necessidades atendidas na infância, se sentindo seguros e, sabendo que tinham uma figura que fornecia proteção e segurança (Ainsworth, 1991), tornaram-se pessoas com um nível de organização maior, primordial para a situação de tomada de decisão.

Além disso, pode-se pensar que tais pessoas terão uma tendência a serem mais empáticas e abertas às discussões com a equipe sobre a melhor conduta a ser seguida em relação ao paciente, podendo inclusive construir uma relação na qual sentem-se seguros com a assistência dos profissionais. Nesse sentido, a equipe pode significar uma base segura para os familiares, na medida em que responde às necessidades emocionais (escuta, acolhimento, validação dos sentimentos e pensamentos) e às dúvidas que podem aparecer ao longo do processo. No caso de pessoas com o apego inseguro ambivalente, ou seja, aquelas com um padrão de apego inseguro, caracterizado por situações em que suas necessidades foram atendidas em alguns momentos, mas em outros não, o que pode ter provocado falta de confiança em relação aos cuidadores, cuidados, disponibilidade e responsividade (Ainsworth, 1991), pode-se pensar em uma tendência à ambivalência em relação às discussões com a equipe quanto aos cuidados paliativos. Em outras palavras, essas pessoas apresentam-se mais desorganizadas, oscilando em relação à confiança na equipe, procurando-a e escutando-a em alguns momentos, mas em outros afastando-se. Já para aqueles com um padrão de apego inseguro evitativo, os quais não tiveram suas necessidades atendidas na infância, tornando-se, muitas vezes, adultos autossuficientes (Ainsworth, 1991), pode-se pensar em uma tendência a uma relação mais distante com a equipe. Esses não estão claramente abertos às discussões sobre condutas, preferindo resolver por si mesmos as questões em pauta.

Por fim, para os indivíduos que têm apego desorganizado, os quais tiveram experiências negativas durante o seu desenvolvimento na infância (fatores

de risco, como abuso ou maus-tratos, entre outros) (Ainsworth, 1991) e que, na vida adulta, em situações de estresse vivenciam um conflito sem conseguir manter a estratégia adequada para lidar com a situação que os assusta (Main, 2001), pode-se pensar que eles têm um alto grau de desorganização, incompatível com a situação de tomada de decisão, havendo uma tendência a se mostrarem perdidos e sem referências da melhor conduta a ser tomada em relação ao paciente. Com experiência em equipes de saúde e a vinculação que as mesmas possibilitam, Araujo e Negromonte (2010) apontam para a importância do vínculo entre equipe e unidade de cuidado, mesmo que sua visão parta da posição oposta à do paciente, o que ressalta ainda mais a importância de o profissional de saúde se ver como protagonista de destaque na vinculação com o paciente.

O processo de luto e suas implicações

De acordo com Bowlby (1990), o luto é a resposta à ruptura de um vínculo significativo, no qual havia um investimento afetivo entre o enlutado e o ente que se foi, elucidando que a dimensão do luto seja proporcional ao grau de apego, considerando-se fatores relacionados à perda e seus significados. Diante desse cenário, o enlutado vivencia uma série de mudanças relacionadas ao meio social, familiar, econômico, entre outras, de maneira particular e singular, as quais vão estar associadas a como o enlutado experienciou o processo (de doença, separação conjugal, mudanças geográficas etc.).

Por conseguinte, tal processo constitui-se como uma experiência subjetiva, ou seja, dotada de significado, inserida em uma cultura e multideterminada (Franco, 2010). Falar em múltiplos fatores que constituem o desenvolvimento desse processo e contribuem para que ele ocorra é identificar o significado e ou função de determinada pessoa, animal ou coisa; o tipo de relação e vínculo estabelecido; em caso de morte, a idade e o tipo de morte (naturais ou esperadas, acidentais ou inesperadas e suicídios), se existe o corpo e se foi possível realizar os rituais funerários significativos para a família; crises vitais do enlutado; como foi a vivência durante o processo de rompimento, em caso de morte, separações conjugais ou conflitos familiares, por exemplo; se recebeu apoio efetivo e afetivo e se existe algum recurso espiritual (Barbosa, 2010; Franco, 2002). Enfim, são variáveis que podem influenciar na

forma como esse luto será vivido e administrado e, por consequência, contribuir tanto para o desenvolvimento do luto normal ou complicado.

Luto normal e luto complicado

A intenção neste estudo de discorrer e diferenciar um processo de luto normal de um processo de luto complicado não foi calcada na construção de um pensamento patológico para o luto, mas na importância de se estar atento às pessoas enlutadas por morte em relação às suas organizações psíquicas, cognitivas, sociais, entre outras, principalmente para a prevenção de desorganizações dessas ordens, e não somente quando já estão instaladas. Por conseguinte, o levantamento dos fatores de risco e proteção para o desenvolvimento do luto complicado, além de uma avaliação clínica, faz-se relevante para uma visão integrada do indivíduo inserido no contexto, se antevendo ao luto complicado, proporcionando intervenções precoces, bem como o encaminhamento a serviços especializados, planejamento e desenvolvimento de ações preventivas (Souza, Moura, & Pedrosa, 2010). Além disso, Bromberg (2000), Ruschel (2006) e Shear et al. (2011) pontuam que a evolução do luto complicado pode vir a desencadear alterações no bem-estar de saúde. Disso se destaca a relevância do tema e a necessidade da avaliação psicológica como ferramenta de prevenção para as pessoas enlutadas. Rando et al. (2012) seguem a mesma linha de raciocínio e confirmam o que vem sendo discutido neste estudo: 10% a 20% dos casos de luto não segue o curso normal de acomodação da perda, o que acaba por criar transtornos que merecem avaliação clínica (Prigerson, 2004).

O luto normal, segundo Barbosa (2010), Franco (2010) e Ruschel (2006), é o processo pelo qual o indivíduo compreende e aceita a perda do ente querido, adaptando-se à condição de viver sem aquela pessoa. Evidentemente, esse tipo de luto permite que o enlutado fique triste, chore, sinta saudades. A questão não é não sentir a perda, mas como é ela é sentida e administrada.

De acordo com Franco (2010), o luto complicado caracteriza-se quando a pessoa experimenta uma desorganização prolongada que a impede de não retomar suas atividades com a qualidade anterior a perda. Worden (2013) destaca manifestações que podem estar presentes no processo do luto complicado: expressão de sentimentos intensos que persistem mesmo muito tempo após a perda; somatizações

frequentes; mudanças radicais no estilo de vida que tendem ao isolamento; episódios depressivos, baixa autoestima e impulso autodestrutivo. Nesse sentido, vale questionar quais seriam os fatores de proteção e de risco para o desenvolvimento do luto complicado, pontuando que os primeiros não isentam e não blindam o indivíduo de viver e sentir a morte de um ente querido, porém podem auxiliar no sentido de tornar essa vivência um processo razoável e saudável. Ressalta-se que os fatores de risco e proteção devem estar alinhados e compreendidos a partir do contexto, da cultura, personalidade, função e do significado que o indivíduo narra para si mesmo sobre tal acontecimento. Logo, eles podem variar de acordo com as variáveis citadas, ou seja, um mesmo fator pode ser considerado de risco ou de proteção. Além disso, mesmo que seja identificado um fator de risco ou proteção não significa que ele necessariamente vai ter efeito no processo de luto, e sim que há uma possibilidade de ser protetor ou complicador.

A relevância de tal indagação tem como base não só a prevenção do luto complicado, mas também de transtornos psicológicos, alterações endócrinas e neuroendócrinas e alterações psicofisiológicas (sono, apetite, nível de cortisol, mudanças comportamentais em relação ao padrão anterior) que podem ser decorrentes daquele. No Quadro 1 estão elencados os fatores de proteção que podem auxiliar na prevenção do luto complicado; no Quadro 2 estão relacionados os fatores de risco que podem ser complicadores e contribuir para o desenvolvimento do luto complicado – tais proposições sugerem padrões, não certezas.

Ressalta-se que esses fatores podem variar de acordo com cultura, contexto, personalidade e significado que o enlutado confere ao acontecimento. Especificamente no contexto dos cuidados paliativos, essa avaliação pode ser realizada uma vez que, em sua maioria, os familiares vivem processos de luto antecipatório. Nesse sentido, a equipe pode reconhecer a presença destes fatores e se o significado dado pode funcionar como protetor ou complicador do luto. Além disso, uma observação crítica das Tabelas 1 e 2 permite vislumbrar uma sistematização dos fatores (complicadores ou protetores) que se mostra como de grande valia para o desenvolvimento da avaliação e discussão psicológica não só quando há o rompimento de um vínculo significativo, mas também na sua iminência, pensando mais uma vez no caráter preventivo do fenômeno do luto complicado.

A vivência do luto no contexto de cuidados paliativos

A discussão a respeito da vivência do luto no contexto dos cuidados paliativos, mais especificamente, traz consigo particularidades importantes: o luto antecipatório da unidade de cuidado. O luto antecipatório permite que a pessoa viva e experimente a perda sem ela ter ocorrido efetivamente. Logo, permite as despedidas, a resolução de pendências, o início da construção de novos significados, identidades e relações (Franco, 2014; Gillies, & Neimeyer, 2006).

A forma como cada indivíduo vai vivenciar esse cenário está relacionada ao significado que este credita à relação com o familiar doente e à situação de perda, além da maneira como percebe o mundo e como se percebe no mesmo – modelo operativo interno (Sperling, & Berman, 1994). Franco (2014), diante deste contexto, destaca o quão importante os cuidados paliativos são para a prevenção de luto complicado, uma vez que o luto antecipatório pode ser trabalhado, respeitando e considerando o papel fundamental da família no processo de adoecimento e do luto. Conforme salientam Hudson et al. (2012), há uma exigência atual de diretrizes relacionadas ao luto e suporte psicossocial nessa área em relação a orientação e educação sobre o luto para a unidade de cuidado. Ainda de acordo com este autor, garantir que as necessidades dos familiares sejam devidamente avaliadas está entre os dez marcadores de qualidade de fim de vida.

Formação dos profissionais de saúde em relação ao processo de morrer e de morte

Observa-se que o significado da morte e como ela é percebida é um construto sociocultural, político e, por que não, econômico? Isso quer dizer que envolve leis, valores, recursos humanos e dinheiro. A morte é igual para todos, mas a forma como ela ocorre não. Mais do que isso, a morte, que é um processo, pode ser vivenciada de diferentes formas a depender da classe social, poder aquisitivo, personalidade e tantas outras variáveis. Por conseguinte, está-se falando de fatores extrínsecos e intrínsecos. Em relação às questões internas, estudo realizado por Forte (2011), com médicos intensivistas das 11 UTIs do Hospital das Clínicas de São Paulo (HC-FMUSP) investigou as associações entre características dos médicos e a variabilidade de condutas em fim de vida em UTI. Para tanto, foram apresentados dois casos clínicos, nos quais os médicos eram solicitados a dizer o

Quadro 1

Fatores de proteção que podem auxiliar na prevenção do luto complicado.

Fator	Por quê?
Apego seguro	Pessoas demonstram maior organização e capacidade para integrar as (novas) informações; tendem a ativar a resiliência.
Qualidade do vínculo	Uma relação sem conflitos e sem pendências tem um potencial complicador menor.
Tipo de apoio (como é percebido pelo enlutado; avaliação subjetiva)	Adequado, necessário, suficiente (Franco, 2002) e comunicação entre membros satisfatória. Configura-se como um apoio saudável e continente.
Realização de rituais	Importante para o processo de separação e despedida; auxilia no fechamento do ciclo (Franco, 2002).
Luto antecipatório	Permite despedidas, resolução de pendências, início da construção de novos significados, identidades, relações (Franco, 2014; Gillies & Neimeyer, 2006).
Tipo de morte	Morte por doença crônica, sem sofrimento, por exemplo, situação na qual as pessoas tiveram tempo de se despedir do ente querido, de resolver questões e pendências.
Luto reconhecido pelo enlutado e pela sociedade	Valoriza a própria dor e a dor do outro, é empático. Importante decodificar o significado do luto para cada um, ou seja, tornar um código comum entre o enlutado e quem o rodeia, para que possa ter seu luto reconhecido. Permite que a pessoa viva o processo de luto, ora orientada pela perda, ora para a reparação (modelo do processo dual) (Stroebe, & Schut, 1999) e a manutenção de um vínculo saudável (Klass, & Walter, 2001) sem necessariamente haver um rompimento definitivo.
Resiliência	Não só como uma expressão de ação após a morte de um ente querido, mas antes disso. Nesse sentido, é importante contextualizar a situação, as pessoas envolvidas, utilizando a resiliência como uma estratégia: capacidade de se perceber, a partir das habilidades, a fim de criar alternativas possíveis – depende da personalidade do enlutado, do seu senso de competência e se foi desenvolvido um apego seguro. A flexibilidade e a criatividade são características importantes na resiliência.

que fariam e por que, sendo investigados também seus valores. Os resultados demonstraram que idade, interesse e educação em cuidados paliativos estão relacionados à variabilidade de condutas no final de vida. Constatou-se que 44% dos médicos agem de forma diferente daquilo em que realmente acreditam, utilizando mais de suporte avançado de vida do que julgam necessário, com receio de problemas de ordem legal. Nesse sentido, pode-se questionar o quanto os profissionais de saúde estão preparados e orientados para lidar com a morte, com o processo de morrer e as decorrências do mesmo no seu dia a dia, e o quanto, em suas formações, foram munidos de conhecimento e experiência para lidar com tais situações. Esses questionamentos convergem com indagações relacionadas aos processos de educação e à necessidade de tal conhecimento.

No que tange à formação dos profissionais de saúde em relação ao processo de morrer, Kovács (2003) pontua que, principalmente na área médica e da enfermagem, há uma maior valorização do saber técnico em relação à formação humanista, o que afasta o tema da morte como foco de aprendizado. Outros estudos confirmaram isso. Pesquisa realizada no curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (Gurgel, Mochel, & Miranda, 2010) realizou um monitoramento da formação acadêmica do aluno. Constatou-se que existe uma formação voltada para o tema da morte, porém é considerada insuficiente, sendo necessário um aperfeiçoamento na prática profissional. Tal pesquisa apresentou um argumento interessante: o afastamento acadêmico da tanatologia pode ser reforçador de práticas supersticiosas e obstinadas. Essa análise pode ser associada ao que Forte

Quadro 2

Fatores de risco que podem ser complicadores e contribuir para o desenvolvimento do luto complicado.

Fator	Por quê?
Apego inseguro	Pessoas mais desorganizadas e com contradições, sem encorajamento para avaliar as situações e identificar que estratégia deve ser ativada. Como consequência, acabam por repetir padrões comportamentais fracassados.
Qualidade do vínculo	Relação com conflitos e pendências ou relação de dependência entre o enlutado e o ente querido (Bromberg, 2000) tem potencial complicador maior.
Ciclo vital	Morte de crianças e jovens (Franco, 2002).
Tipo de apoio (como é percebido pelo enlutado; avaliação subjetiva)	Inadequado, abusivo, insuficiente (Bromberg, 2000; Worden, 1998); comunicação entre membros comprometida.
Tipo de morte	Morte repentina (Bromberg, 2000; Franco, 2002; Parkes, 1998); violenta (Franco, 2002; Parkes, 1998); doença aguda, suicídio (Bromberg, 2000; Parkes, 1998). Não permite despedidas, ajustes na relação. Muitas vezes pensa-se no sofrimento da pessoa. Pode variar de acordo com significado, por exemplo, o homicídio de um menino de 18 anos que morava em um bairro violento e perigoso: caracteriza-se por uma morte repentina e violenta, porém coerente com algo que podia acontecer nessa realidade (isso relativiza o repentino).
Não localização do corpo	Não há a possibilidade de realizar rituais que gostaria; dificulta a aceitação da morte do ente querido.
Manutenção do vínculo de forma idolatrada	Enlutado mantém vinculação com quem morreu com idolatria. Não vive o processo dual de perda e reparação. Pode haver dificuldade para retomar atividades anteriores com a mesma qualidade, de construir novos significados a partir da nova configuração.
Condições prévias da personalidade e saúde mental do enlutado	Rígido, dificuldade de adaptação a condições novas, transtorno psiquiátrico (depressão, por exemplo) podem ser fatores complicadores.
História de vida	Enlutado que tem na sua história de vida perdas múltiplas e sucessivas (Bromberg, 2000; Worden, 1998).
Luto antecipatório	Afastamento do ente querido com possibilidade de morte iminente, não permitindo expressar sentimentos, resolver pendências; pode gerar culpa no enlutado após a morte da pessoa.
Pessoa que morreu e respectivo significado	Morte do cônjuge (Bromberg, 2000). De acordo com Holmes e Rahe (1967), em cujo estudo pontuaram eventos considerados estressores (considerando as mudanças que ocorrem e os respectivos reajustes sociais), a morte do cônjuge está em primeiro lugar como um evento estressor (100 pontos). A morte de um ente próximo está em quinto lugar (63 pontos). Isso significa que tais rompimentos de vínculo podem ser fatores complicadores.
Luto não reconhecido ou não franqueado pelo enlutado e pela sociedade	Não há valorização da própria dor ou da dor do outro, havendo uma quebra de empatia. Não permite que a pessoa viva o seu processo de luto. Quando o enlutado é quem não reconhece o seu luto, ele está se defendendo disso. A questão de gênero também entra nesse aspecto quando, por exemplo, existe a convenção social de que o homem não pode chorar, o que impede uma maior expressão de sentimentos por parte dele.

(2011) traz quando verifica que a variabilidade de condutas em final de vida em relação a suporte avançado de vida está relacionada à educação em cuidados paliativos. Essa visão elucida a importância de se ter conhecimento sobre futilidade terapêutica e práticas obstinadas.

Em relação aos cuidados paliativos, mais especificamente, são escassos os estudos sobre educação para morte direcionados aos profissionais que compõem a equipe. Kovács (2003) afirmou que, em relação aos trabalhos na área de Psicologia, ocorre o mesmo.

Faz-se importante pontuar que uma equipe preparada para o processo de morrer do paciente constitui-se como um fator de proteção para um luto complicado da unidade de cuidado na medida em que pode representar uma base segura através de comportamento de continência emocional, acolhimento, escuta, responsividade às necessidades de ordem espiritual, social.

Este estudo pretendeu: a) Compreender e analisar a formação dos profissionais que integram equipes multidisciplinares de cuidados paliativos acerca do processo de morrer do paciente; b) Compreender as percepções dos profissionais de saúde acerca de suas contribuições para prevenção de luto complicado da unidade de cuidado; c) Investigar se há uma associação entre a formação dos profissionais paliativistas em relação aos processos de morte e morrer com a percepção de que seus comportamentos podem contribuir para prevenção de luto complicado da unidade de cuidado.

Método

Para compreender a complexidade da construção dos significados e as percepções dos profissionais de saúde, as relações com o contexto no qual se produzem, valores e crenças, foi utilizado o método qualitativo nesta pesquisa.

Participantes

A amostra por conveniência foi utilizada para a escolha dos participantes da pesquisa e foi constituída por profissionais da área de saúde que integram formalmente equipes multidisciplinares de cuidados paliativos. Ao todo foram entrevistados sete profissionais, das seguintes especialidades: uma médica, uma psicóloga, uma enfermeira, uma farmacêutica clínica, uma musicoterapeuta, uma assistente social e uma fonoaudióloga. Pertencem a equipes diferentes, trabalham em instituições públicas e privadas e algumas são docentes em cursos de cuidados paliativos. A maioria teve sua formação inicial da década de 1990.

O critério de exclusão foi o profissional não integrar formalmente equipes multidisciplinares de cuidados paliativos. Elucida-se que encontrar pessoas que integrem equipes de cuidados paliativos não é uma tarefa fácil, visto que tais equipes ainda são escassas e muitas vezes não são formalmente constituídas, ou seja, muitos profissionais não são exclusivos das equipes e acabam por atuar como equipe

de apoio. Disso decorreu a dificuldade de entrevistar profissionais de certas especialidades. O intuito de entrevistar apenas pessoas que integrassem formalmente equipes de cuidados paliativos teve o objetivo de observar e perceber a particularidade de quem trabalha e vivencia esse dia a dia.

O acesso aos entrevistados foi feito por meio da rede de contatos profissionais das autoras. Vale ressaltar, contudo, que não foram entrevistados profissionais que estivessem trabalhando na equipe de uma das autoras desta pesquisa, em atenção ao cuidado de não enviesar o estudo.

Estratégias para obtenção de respostas dos participantes

De início, utilizou-se como instrumento um questionário autoaplicativo referente a dados acadêmicos, profissionais e principais cursos realizados pelo profissional. A seguir, a fim de apreender a complexidade do nosso objeto de estudo, realizou-se uma entrevista individual semiestruturada, registrada em gravação sonora, que permitiu “enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação” (Minayo, 1994, p. 121). A pergunta disparadora da entrevista solicitou que o profissional relatasse o histórico de sua formação e sua trajetória profissional (incluindo entrada na equipe de cuidados paliativos), acreditando que essa questão inicial poderia proporcionar ao participante o contato com suas percepções acerca do seu trabalho nos cuidados paliativos e com o processo de morrer do paciente e a importância disso para a prevenção do luto complicado da unidade de cuidado. Deve-se enfatizar que a entrevista semiestruturada não foi seguida de forma rígida e que serviu apenas como um fio condutor, o que proporcionou maior liberdade para entrevistador e participante.

Estratégias para compreensão das respostas dos participantes

A análise das respostas passou pelas seguintes etapas: transcrição das entrevistas, que foi produzida de forma fidedigna e literal, com o intuito de poder compreender a construção dos raciocínios e percepção das emoções. Além disso, é importante frisar que

houve sigilo completo quanto ao nome dos entrevistados, cidades e instituições de ensino e trabalho, utilizando-se de iniciais correlacionadas à profissão de cada um. A seguir, foi realizada pré-análise, seguida da categorização a partir de oito temáticas, advindas da literatura e experiência das autoras nesse campo de atuação. Não obstante, as pesquisadoras não se limitaram a essas temáticas, na medida em que permitiu que pudessem surgir categorias emergentes: a) Formação, trajetória acadêmica profissional, entrada da equipe de cuidados paliativos; b) Compreensão dos profissionais sobre o papel da comunicação nos cuidados paliativos; c) Percepções dos profissionais sobre suas contribuições e atuações em cuidados paliativos; d) Percepções dos profissionais acerca de suas contribuições e atuações no processo de morrer do paciente; e) Compreensão dos profissionais sobre processo de luto; f) Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais; j) Percepções dos profissionais acerca de suas contribuições na prevenção de luto complicado; g) Histórias pessoais relacionadas ao tema de cuidados paliativos; h) Posteriormente foram feitos o tratamento e a interpretação dos resultados.

Foi utilizada a análise de conteúdo, que se constitui como “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2002, p. 38). Tais procedimentos permitiram conhecer o significado das palavras dos profissionais de saúde e extrair os significados presentes na comunicação. A partir disso, foi feita uma verificação do que era comum e diferente às respostas dos profissionais em relação a cada categoria temática e como isso se articulava, incluindo os estudos da literatura.

Resultados e Discussão

Nesta seção são apresentados e discutidos os aspectos temáticos derivados da categorização utilizada, buscando relacionar umas com as outras, no sentido de ser coerente com a complexidade do objetivo do estudo proposto.

Formação, trajetória acadêmica profissional, entrada da equipe de cuidados paliativos

Com base no que foi apresentado em relação às formações dos profissionais de saúde, pôde-se des-

taçar algumas considerações, relacionando-as com a trajetória profissional e ingresso destes em equipes de cuidados paliativos, como se discutirá mais adiante. Os entrevistados foram unânimes em revelar que na graduação não tiveram ou tiveram pouca informação sobre cuidados paliativos e processo de morrer do paciente, havendo privilégio para a abordagem tecnicista, o que converge para o que foi constatado na literatura.

Todos os profissionais iniciaram suas atividades em unidade gerais e o contato com pacientes graves e em fase de final de vida foi o que acabou conduzindo-os para os cuidados paliativos. Essa questão ilustra o que foi discutido na introdução, quando se argumentou sobre a prática dos cuidados paliativos no Brasil: na maioria das vezes iniciado em um processo de final de vida do paciente e não concomitante ao diagnóstico e no curso na doença. Isso também é demonstrado e confirmado por Azoulay et al. (2012), os quais destacaram que na Europa os cuidados paliativos são realizados em sua maioria na UTI, ou seja, com pacientes graves e em risco de vida, visto que não há muitos especialistas que praticam cuidados paliativos (dentro e fora da UTI).

Apesar de apenas a fonoaudióloga e a médica possuem especialização em cuidados paliativos, e a psicóloga e musicoterapeuta terem feito cursos específicos sobre o processo de morte e morrer, pôde-se perceber que os profissionais de forma geral têm buscado se aprimorar, por meio de leituras e cursos complementares relacionados aos cuidados paliativos e sua área de atuação. Foi identificado na pesquisa que a motivação para tal aprimoramento está calcada na percepção de necessidade de aprofundamento, que é exigida a partir da oportunidade de trabalho e da consequente vivência, experiência e contato com outros profissionais. Foi evidenciado que o sentimento de satisfação e contentamento em buscar conhecimento e trabalhar na área não tem apenas a vivência dos cuidados paliativos como fonte propulsora, sendo necessária uma identificação do profissional com esse tipo de trabalho e com o perfil do paciente.

Compreensão dos profissionais sobre o papel da comunicação nos cuidados paliativos

No emaranhado em que se constitui a prática dos cuidados paliativos, os entrevistados foram unânimes ao considerar a comunicação como ponto impor-

tante para o desenvolvimento e manejo do trabalho, no sentido de ser mais humano e não somente técnico. Isso inclui a realização de conferências familiares e a necessidade, muitas vezes, de mais de uma conferência. Verificou-se que tais conferências são realizadas como uma estratégia de comunicação, no sentido de prover esclarecimentos acerca do diagnóstico, evolução do quadro e prognóstico, e estabelecer acordos entre equipe e unidade de cuidado em relação aos objetivos do tratamento, além de poder proporcionar suporte psicossocial. Por conseguinte, tal constatação vai ao encontro do que foi explanado na introdução deste estudo (Hudson et al., 2015). Apesar disso, foi identificado que essas reuniões não fazem parte do dia a dia de todos os profissionais, devido à falta de condições de trabalho, outras responsabilidades e à dificuldade de contexto e de habilidade. Vale ressaltar que em todos os discursos apresentados evidenciou-se a preocupação com a unidade de cuidado e a prestação de assistência e inclusão da mesma no tratamento. As autoras analisaram que tal fato contribui para o desenvolvimento de uma base segura para paciente e família.

Percepções dos profissionais sobre suas contribuições e atuações em cuidados paliativos

Seguindo a linha de discussão do que foi apresentado nas entrevistas, é importante contemplar e considerar o que os participantes explicitaram sobre a contribuição e atuação da sua profissão nos cuidados paliativos e o que difere de outras especialidades. Independente da prática profissional específica de cada um, foram identificados determinados aspectos, os quais compõem e podem ser reconhecidos nos pressupostos dos cuidados paliativos: trabalhar e perceber o paciente com respeito e considerando-o de forma integral, em todas as suas dimensões e necessidades, e contemplando seu grupo familiar. Tal percepção pode ser entendida como norteador e referência para a prática de cada um.

As descrições das atuações de trabalho demonstraram, pois, uma preocupação com a pessoa que está doente, e não apenas com a doença. Há uma valorização da rede de apoio, valores, desejos e biografia. Percebe-se claramente que os profissionais extrapolam para além de sua técnica de trabalho, estando atentos para o todo do paciente. As autoras observaram

que tais comportamentos são caracterizados como de apego seguro, pois acabam por gerar acolhimento, consistência e continência às necessidades da unidade de cuidado.

Sobre as formas de atuação narradas pelos profissionais no que tange a sair da zona de conforto do seu conhecimento tecnicista, observou-se que os argumentos revelaram a existência de um trabalho multidisciplinar, e quem sabe interdisciplinar, na medida em que o médico, por exemplo, se preocupa com a ansiedade do paciente por falta de informação. Assim, constatou-se que os entrevistados se percebem como membros inseridos em uma equipe multidisciplinar. Falam de si sempre inseridos em uma equipe. Verificou-se, portanto, que o trabalho em equipe possui significados e funções, como promover trocas, tanto de informações para respaldo de atuação técnica, como de sentimentos e sensações em momentos difíceis. Ademais, os entrevistados demonstraram que existe um trabalho em conjunto, seja para controle de sintomas, seja para a estruturação e desenvolvimento do serviço. Essas vivências revelaram que a própria equipe representa uma base segura para os membros que a compõe.

Percepções dos profissionais acerca de suas atuações no processo de morte do paciente

Percorrendo o que foi discutido sobre as atuações e o trabalho em equipe em cuidados paliativos, verificou-se novamente que o tema da morte se mostra presente. Investigou-se, pois, a atuação dos profissionais mais especificamente nesse momento, conforme expresso no relato seguinte:

[...] esse trabalho do psicólogo na [...] fase final de vida e luto [...] a equipe... junto com o psicólogo... tem que tá alinhada na comunicação e na boa assistência [...] às vezes você tem que... emprestar a sua voz pro paciente que não tá conseguindo falar [...] porque no fim de vida... [...] as pendências têm que ser resolvidas [...] o sofrimento faz parte... eh... o que a gente conseguir diminuir melhor... né... mas exterminar o sofrimento do outro ninguém consegue (P, psicóloga).

A psicóloga, assim como a fonoaudióloga, destacou a possibilidade de dar voz ao paciente na fase final da vida, isto é, auxiliá-lo para que possa se comunicar

no que concerne aos seus desejos, medos e fantasias, incluindo-o nesse processo quando for seu desejo. A musicoterapeuta, da mesma forma, trouxe a preocupação em escutar o paciente, assim como favorecer a expressão de seus pensamentos e sentimentos por meio da música, o que pode ser caracterizado como um trabalho de elaboração de luto antecipatório da unidade de cuidado (Franco, 2014; Gillies, & Neimeyer, 2006), como pode ser observado na seguinte transcrição:

[...] a grande estratégia é ouvir com cuidado [...]. com perguntas que sejam mais... é... relativas a processo de final de vida [...] encorajar o paciente a resgatar a história dele com essa família [...] vem como um recurso (a música)... que às vezes é fundamental... pra pacientes que não conseguem falar [...] e aí na dedicatória dessas canções... eles falam tudo que não conseguem falar [...] mas fica aquela coisa do registro do afeto... do amor... e isso acaba sendo muito importante... pra as famílias (MU., musicoterapeuta).

Verificou-se que, assim como a psicóloga, a enfermeira trouxe em seu discurso, além de outras considerações, a presença do sofrimento da família como algo que é natural e presente no momento de perda de um ente querido. A assistente social também trouxe a sua percepção, que, analisada juntamente com as demais apresentadas anteriormente, demonstrou que na fase final de vida do paciente o esforço e as atividades em equipe para manter o conforto e para assistir à unidade de cuidado, da mesma forma, configuram-se como comportamentos de apego seguro que acabam por contribuir para o desenvolvimento de uma base segura para paciente, família e equipe.

Compreensão dos profissionais sobre processo de luto

O contexto de fase final de vida discutido acima traz à tona a questão do processo de luto e como este é compreendido pela unidade de cuidado e profissionais. Os entrevistados foram questionados sobre suas compreensões e entendimentos a respeito do que é um processo de luto:

Não é um luto sem dor... evidentemente... NE... acho que dor sempre estará presente quando acontece a perda... mas eu entendo que depois de

um momento... de um sofrimento mais intenso... a família consegue continuar a sua trajetória... retoma suas atividades e guarda dentro do coração a saudade pelo que partiu... mas ela consegue continuar vivendo (AS., assistente social).

Com base na análise dos discursos, pôde-se observar que os profissionais compreendem o luto normal como decorrente da ruptura de um vínculo e muitas vezes acompanhado do sentimento de tristeza, que é entendido como algo natural e adequado ao contexto. Além disso, surgiu a questão da necessidade e possibilidade de reconstrução da vida. Tais conclusões podem ser entendidas à luz do modelo do processo dual, que permite a compreensão de que ao mesmo tempo que não há uma linearidade no processo de luto há a possibilidade de construções de significados no processo de oscilação entre as tarefas voltadas pela perda e aquelas voltadas para a restauração (Stroebe, & Schut, 1999).

Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais

Vale ressaltar que nessa discussão sobre atuações e contribuições dos profissionais na fase final de vida do paciente, três entrevistadas (médica, assistente social e psicóloga) destacaram a necessidade de haver disponibilidade e envolvimento, porém com limite, como se pode observar no relato da médica a seguir. De acordo com Liberato (2015), a percepção do limite é importante na medida em que proporciona que a unidade de cuidado compreenda que em alguns momentos o profissional não conseguirá resolver todas as questões e necessidades surgidas. Tal fato auxilia para que paciente e família também possam ser autores e responsáveis por suas escolhas e frutos das mesmas. Isso foi identificado como estratégia de enfrentamento, a qual contribui para a saúde mental e física dos profissionais, assim como prevenção de *burnout*:

[...] mas eu não fico mais... né ...indo lá ...nem buscando mais coisas... que é uma forma de me proteger [...] é muito envolvimento... não é que eu não me envolva agora... lógico... a gente se emociona... abraça... chora [...] mas tem que ter uma coisa que não te desgaste tanto... né ...assim... preencher também a vida lá fora com coisas boas... fazer outras atividades (ME., médica).

Outros comportamentos citados pelos demais profissionais também podem ser caracterizados como estratégias que auxiliam no enfrentamento na fase final de vida do paciente: o próprio trabalho em equipe e a valorização do trabalho pelo outro (colega); ter empatia pela situação da unidade de cuidado, que acaba por auxiliar na aceitação da situação de perda; valores de família em relação à finitude; conhecimento e estudos; psicoterapia; realização de atividade física e religião.

Percepções dos profissionais acerca de suas contribuições na prevenção de luto complicado

Adentrando mais especificamente no objeto de estudo desta pesquisa, entre todos os entrevistados, a psicóloga foi a única que citou específica e espontaneamente a temática do luto sem ter de ser questionada efetivamente sobre isso quando falado sobre fase final de vida. A assistente social e a musicoterapeuta verbalizaram momentos e situações de despedida e resolução de pendências presentes no luto antecipatório (Gillies, & Neimeyer, 2006), porém sem explicitarem que se tratava de um processo de luto. Os entrevistados, em razão da falta de espontaneidade em discorrer sobre o luto (com exceção da psicóloga), foram indagados de forma direta, a partir de explanações da pesquisadora, sobre como percebem a influência de sua atuação no processo de luto da unidade de cuidado, no sentido de contribuição para prevenção de luto complicado. A fonoaudióloga concluiu confirmando a percepção trazida pelas autoras, a partir do discurso dela, de que a depender da postura do profissional e da equipe, há uma influência positiva no processo de luto da unidade de cuidado, o que pode ser compreendido como fator de proteção para o luto complicado. A assistente social compartilhou da mesma percepção da fonoaudióloga e enfatizou situações em que o apoio é fundamental. As atuações citadas por estas duas profissionais podem ser caracterizadas como comportamentos de apego, os quais já foram citados: escuta, acolhimento, apoio, preocupação com o que é importante para o outro (conforto, alívio de sintomas ou resolução de alguma pendência), que, por sua vez, podem contribuir para a construção de uma base segura. Esse aspecto também pôde ser observado e identificado nas entrevistas com a musicoterapeuta, psicóloga e médica.

Ao explorar o que foi apresentado anteriormente, a autora destaca a comunicação (conferências familia-

res, escuta, favorecimento de expressão de sentimentos, acolhimento) mais uma vez presente como uma questão relevante. Ou seja, pode ser considerada como um fator de proteção para o luto complicado, quando se apresenta clara, coesa, coerente e responsiva às necessidades da unidade de cuidado, isso porque resulta em uma sensação de obtenção de senso de controle para a unidade de cuidado (Franco, 2014). Além disso, foi destacado por alguns entrevistados (fonoaudióloga, médica e farmacêutica clínica) o respeito à diversidade cultural, às crenças e aos valores e como esses aspectos também guiam as atuações dos profissionais, assim como influem no processo de luto. Tal constatação vai ao encontro do que foi abordado na Introdução, no sentido de observar e perceber os fatores de risco e proteção para o luto complicado de acordo com o contexto, cultura e significado que é dado.

Tomando como base o que foi discutido sobre as percepções dos profissionais a respeito das suas contribuições para o processo de luto da unidade de cuidado, as autoras constataram que a atuação e os comportamentos dos profissionais não têm como atenção primária o luto, ou seja, o trabalho não é guiado visando à prevenção do luto complicado. As autoras compreenderam que a atenção e o trabalho do luto da unidade de cuidado é uma parte dos cuidados paliativos, que fica mais evidente na fase final de vida do paciente – apesar de o luto antecipatório não necessariamente estar presente apenas nessa fase. Os valores e pressupostos dos cuidados paliativos determinam comportamentos e formas de atuação (apoio, escuta, disponibilidade, orientação, entre outros) que inevitavelmente acabam por ser compreendidos como fatores de proteção para o luto complicado. O fato de serem atuações e posturas rotineiras, não apenas em fase final de vida do paciente, pode dificultar a percepção da dimensão e importância que esses comportamentos podem promover para um processo de luto normal e adaptativo para além da esfera hospitalar. Essa questão também pode ser entendida pelo viés da formação dos profissionais, uma vez que se constata que estes tiveram pouca ou nenhuma base nas suas graduações sobre os processos de morte e morrer. Tal fato, por conseguinte, corrobora para que os membros de equipes de cuidados paliativos não saibam, não identifiquem e não reconheçam que seus comportamentos podem auxiliar na prevenção de luto complicado. Liberato (2015), diante desse contexto, pontua a necessidade de se pensar na formação dos profissionais de saúde, através de um processo educativo e contínuo, para que os mesmos se sintam habilitados e competentes no cuidado com aqueles que sofrem.

Considerações finais

A realização desta pesquisa permitiu concluir e evidenciar que as formações dos profissionais de saúde ainda são calcadas em um saber técnico e que há muito pouco ou nada sobre como lidar com o processo de morrer de quem se cuida. Não obstante, observou-se que os profissionais que trabalham em cuidados paliativos, devido aos pressupostos do mesmo e de uma vivência de fazer cuidados paliativos em final de vida, foram buscar aprender, por necessidade de aprofundamento, sobre como cuidar da unidade de cuidado integralmente, estando atentos às necessidades de cada um, o que acaba por perpassar o saber técnico. Disso florescem comportamentos que são caracterizados como de apego, que resultam no desenvolvimento de uma base segura e que podem ser compreendidos como fatores de proteção para um luto complicado da unidade de cuidado. Estes comportamentos, frutos da prática dos cuidados paliativos, são identificados e percebidos como de rotina e naturais neste contexto, o que pode dificultar a percepção dos profissionais sobre a dimensão e influência positiva e adaptativa destes para a prevenção de luto complicado. Isto pode ser entendido pela falta de conhecimento sobre o processo de morrer e processo de luto, por isso a importância da educação dos profissio-

nais em relação a estes assuntos. As autoras compreendem que a percepção dos membros da equipe sobre a influência de suas ações no processo de luto pode contribuir para a busca de aprimoramento e qualificação diante do processo de morrer do paciente.

Ressalta-se que os participantes foram questionados sobre experiências pessoais em cuidados paliativos, porém estas informações não foram utilizadas com o cuidado de que os objetivos do estudo não fossem desviados. Este fato foi considerado uma limitação. Ademais, uma outra limitação da pesquisa foi o não acesso aos profissionais das áreas de fisioterapia e nutrição, os quais em sua maioria fazem parte do corpo de colaboradores dos hospitais, porém não têm a inserção formal nas equipes de cuidados paliativos.

Por fim, o presente estudo permitiu que as autoras pudessem pensar em investigar a questão do acompanhamento pós-óbito como fator de proteção para luto complicado, na medida em que pode ser utilizado como ferramenta de identificação de fatores de risco e proteção para luto complicado. Além disso, tal acompanhamento pode acabar por evidenciar o quanto os profissionais de saúde, através de seus comportamentos de apego, podem ser considerados fatores de proteção para luto complicado.

Referências

- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London: Routledge.
- Araujo, T. C. C. F., & Negromonte, M. R. O. (2010). Equipe de saúde: vinculação grupal e vinculação terapêutica. In M. H. P. Franco (Org.), *Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade* (pp. 73-100). São Paulo, SP: Summus.
- Azoulay, E., Curtis, R., Mosenthal, A.C., Mulkerin, C.M., Puntillo, K., & Siegel, M.D. (2012). Palliative care in the ICU. *Journal of Palliative Medicine*, 15(2), 168-174. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.9599>
- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa, & I. Galriça Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trad.) Lisboa: Edições 70.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda* (Vol. 1: *A natureza do vínculo*). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Bromberg, M. H. P. F. (2000). *A psicoterapia em situações de perdas e lutos*. Campinas, SP: Livro Pleno.
- Carlet, J., Thijs, L. G., Antonelli, M., Cassell, J., Cox, P., Hill, N. et al. (2004). Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care. *Intensive Care Medicine*, 30(5), 770-784. <https://doi.org/10.1007/s00134-004-2241-5>
- Forte, D. N. (2011). *Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI* (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Forte, D. N. (2009). Estratégias de comunicação em cuidados paliativos. In F. S. Santos (Org.), *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer* (pp. 223-231). São Paulo, SP: Atheneu.
- Franco, M. H. P. (2002). *Estudos avançados sobre o luto*. Campinas, SP: Livro Pleno.
- Franco, M. H. P. (2014). Luto antecipatório em cuidados paliativos. In M. H. P. Franco & K. K. Polido, *Atendimento psicoterapêutico no luto* (pp. 27-35). São Paulo, SP: Zagodoni.
- Franco, M. H. P. (2010). Por que estudar o luto na atualidade? In M. H. P. Franco (Org.), *Formação e rompimento de vínculos* (pp. 17-42). São Paulo, SP: Summus.
- Fumis, R. R., Nishimoto, I. N., & Deheinzelin, D. (2008). Families' interactions with physicians in the intensive care unit: the impact on family's satisfaction. *Journal of Critical Care*, 23(3), 281-286. <https://doi.org/10.1016/j.jcrrc.2007.04.004>
- Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief and the search for significance: toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31-65. <https://doi.org/10.1080/10720530500311182>
- Gurgel, W. B., Mochel, E. G., & Miranda, M. C. (2010). Educação para a morte: análise da formação tanatológica dos graduandos de Enfermagem da UFMA. *Cadernos de Pesquisa*, 17(2), 61-68.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Hudson, P. L., Girgis, A., Mitchell, G. K., Philip, J., Parker, D., Currow, D. et al. (2015). Benefits and resource implications of family meetings for hospitalized palliative care patients: research protocol. *BMC Palliative Care*, 14, 73. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0071-6>
- Hudson, P. L., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Clifton, D., Crewdson, M. et al. (2012). Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(6), 696-702. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0466>
- Klass, D., & Walter, T. (2001). Processes of grieving: how bonds are continued. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 431-448). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo/FAPESB.
- Lanken, P. N., Terry, P. B., Delisser, H. M., Fahy, B. F., Hansen-Flaschen, J., Heffner, J. E. et al. (2008). An official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177(8), 912-927. <https://doi.org/10.1164/rccm.200605-587ST>
- Liberato, R. (2015). O luto do profissional de saúde: a visão do psicólogo. In G. Casellato (Org.), *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido* (pp. 115-182). São Paulo, SP: Summus.
- Maciel, M. G. S. (2008). Definições e princípios. In R. A. Oliveira (Coord.), *Cuidado paliativo* (pp. 15-33). São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Main, M. (2001). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto: atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Apertura Psicoanalíticas*, (8).
- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In R. T. Teixeira, & H. A. Parsons (Orgs.), *Manual de cuidados paliativos ANCP* (2a ed.; pp. 23-30). Porto Alegre, RS: Sulina.
- Melo, A. G. C., & Caponero, R. (2009). Cuidados paliativos: abordagem contínua e integral. In F. S. Santos (Org.), *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer* (pp. 257-267). São Paulo, SP: Atheneu.
- Minayo, M. C. S. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (3a ed.) São Paulo, SP: Hucitec.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre perdas na vida adulta*. São Paulo, SP: Summus.
- Prigerson, H. (2004). Complicated grief. *Bereavement Care*, 23(3), 38-40.
- Rando, T. A., Doka, K. J., Fleming, S., Franco, M. H., Lobb, E. A., Parkes, C. M. et al. (2012). A call to the field: complicated grief in the DSM-5. *Omega (Westport)*, 65(4), 251-255. <https://doi.org/10.2190/OM.65.4.a>
- Ruschel, P. P. (2006). *Quando o luto adoece o coração: o luto não elaborado e infarto*. Porto Alegre, RS: Edipucrs.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., & Duan, N. et al. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>

- Silva, M. J. P. (2001). Percebendo o ser humano além da doença: o não-verbal detectado pelo enfermeiro. *Nursing* (São Paulo), 4(41), 14-20.
- Souza, A. M., Moura, D. S. C., & Pedroso, J. S. (2010). Instrumento de avaliação do luto e suas funções terapêuticas: a experiência de um serviço de pronto atendimento ao enlutado. In M. H. P. Franco (Org.), *Formação e rompimento de vínculos* (pp. 123 -144) São Paulo, SP: Summus.
- Sperling, M. & Berman, W. (1994). *Attachment in adults: clinical and developmental perspectives*. New York, NY: The Guilford Press.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Worden, J.W. (1998). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental* (2a ed.) Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais de saúde mental* (4a ed.) Sao Paulo, SP: Roca.
- World Health Organization. (2004). *Better palliative care for older people*. Geneva: o autor.

Mariana Sarkis Braz

Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo – SP. Brasil.
E-mail: marisarkis@hotmail.com

Maria Helena Pereira Franco

Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo – SP. Professora Titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo – SP. Brasil
E-mail: mhfranco@puccsp.br

Endereço para envio de correspondência:

Av. Dr. Cardoso de Melo, 1032, apartamento 52. CEP: 04548-004.
São Paulo – SP. Brasil.

Recebido 17/05/2016

Reformulado 23/10/2016

Aprovado 14/12/2016

Received 05/17/2016

Reformulated 10/23/2016

Approved 12/14/2016

Recibido 17/05/2016

Reformulado 23/10/2016

Aceptado 14/12/2016

Como citar: Braz, M. S., & Franco, M. H. P. (2017). Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1): 90-105. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>

How to cite: Braz, M. S., & Franco, M. H. P. (2017). Palliative care professionals ofand their contribution to the prevention of complicated grief. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1): 90-105. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>

Cómo citar: Braz, M. S., & Franco, M. H. P. (2017). Profesionales paliativistas y sus contribuciones en la prevención del duelo complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1): 90-105. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>