O OLHAR DA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE LUTO

Rebeca Gonçalves Trevisano¹, João Vitor de Almeida², Dra. Carla Alessandra Barreto³

Resumo

Introdução: As concepções de morte e luto são resultados de um longo processo histórico, marcado por diferentes influências culturais e sociais. Diante da efemeridade da vida e sendo a morte inerente à mesma, existe a necessidade de compreender qualitativamente a morte e o morrer na área da saúde pelos profissionais, a fim de embasar suas atitudes diante desses quadros em seu cotidiano. **Objetivo:** Discutir as representações sobre o luto, a morte e as competências dos profissionais de enfermagem nos diversos contextos dinâmicos da sua atuação. Considerando as complicações oriundas dessas situações, definidas dentro do luto patológico, e como a assistência integral e o preparo profissional podem modificar esse atual cenário. **Método:** Revisão de literaturas abrangendo a importância do cuidado do processo de luto e atenção quanto as suas complicações pelos profissionais de enfermagem. **Considerações finais:** Observa-se que o processo de luto mal desenvolvido acarreta em patologias para as pessoas envolvidas, fazendo-se necessário o atendimento, cuidado e prestação de serviços de enfermagem de maneira holística, crítica, reflexiva e principalmente, humanizada. **Palavras-chave:** Luto. Morte. Enfermagem.

1. Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara – FAESB
2. Prof^º Docente do Curso de Enfermagem na Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara - FAESB
3. Dra Docente do Curso de Enfermagem na Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara - FAESB

Introdução

O presente artigo tem como objetivo caracterizar a pluralidade de representações que podem ser associados ao luto e discutir a partir do olhar do profissional da enfermagem, o qual atua diretamente no luto “físico”.

Considerando a necessidade da humanização, compreensão e aplicação da observação holística para indivíduos que enfrentam o luto, pelos profissionais da saúde, a discussão fundamenta-se na percepção do luto como um processo que transpõe a morte física, abrangendo a perda de vínculos, conforme Kovács (1992, p. 150) "a morte como perda nos fala em primeiro lugar de um vínculo que se rompe, de forma irreversível, sobretudo quando ocorre perda real e concreta". Desta forma, as

considerações têm como finalidade minimizar complicações e patologias decorrentes desse processo, as mesmas podem se apresentar das mais variadas formas, tais como a estagnação do desenvolvimento ou até mesmo o aparecimento de quadros depressivos, melancólicos e de psicopatias (OLIVEIRA, 2001), a fim de alcançar o estágio da aceitação de maneira mais saudável possível.

A pluralidade significativa do luto, claramente descrita por Freud em sua obra “Luto e Melancolia”, entende a reação à perda, não necessariamente de um ente querido, mas algo que tome as mesmas proporções, sendo a perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto.

Compreendendo toda uma diversidade de perdas, incluindo a ruptura afetiva, incapacidade física, morte, estatuto, saúde, divórcio, migração, perda de emprego, entre outras, o luto é visto como um constructo multidimensional, um jogo complexo de reações fisiológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais (REED, 1998). Alguns fatores podem influenciar a forma como as pessoas vivenciam o luto, de acordo com Worden (1983) são: características do morto; natureza da relação de vinculação; circunstâncias da perda; história pessoal; personalidade e variáveis sociais.

O luto é uma reação emocional a uma perda significativa, um processo natural e a recuperação diante da perda. É visto como um processo mental no qual o equilíbrio físico é restabelecido após a perda de um ente querido, sendo uma resposta mental a qualquer perda significativa e a mais comum à dor que, normalmente é acompanhada pela perda de interesse em relação ao mundo exterior, preocupação com as memórias do objeto perdido e diminuição da capacidade de investir em novos relacionamentos (HAGMAN, 1996).

Representações, significados e características históricas do luto.

A perda objetal, ligada ao princípio de desenvolvimento psíquico humano, fundamenta-se na teoria das relações objetais relacionadas ao simbolismo e como o luto se desenvolve nesse aspecto, sofrendo influências da infância em todo o desenvolvimento humano (KLEIN, 1940).

Seu mundo interior, aquele que vinha construindo desde o início da vida, foi destruído em sua fantasia de quando ocorreu a perda real. A reconstrução desse mundo interior caracteriza o trabalho de luto bem-sucedido (KLEIN, 1940, p.406).

Os estágios do luto, sistematizados e descritos por Elisabeth Kubler- Ross (1996) são: negação, raiva, barganha, depressão e por fim, aceitação.

A negação é caracterizada pela defesa psíquica, onde o indivíduo nega o problema, evitando falar sobre o assunto e fugindo da realidade.

É a partir desse aspecto que surgem os sentimentos, traduzidos por Ross (1996), como a raiva, uma revolta para com o mundo e percepções de injustiças pessoais.

O ápice desse movimento emocional leva ao terceiro estágio, a barganha. O sujeito que vivencia o luto negocia e faz promessas, sejam para si, outros ou mesmo, muito comumente, para entidades divinas.

A depressão é um estágio complexo e delicado, na perspectiva de Freud, (1917), a melancolia em decorrência do luto poderá desenvolver, em certas pessoas, uma disposição mórbida patológica, como apresentada nesse estágio.

Segundo Worden (1983), a intensidade e a duração das reações, peculiares nos indivíduos, podem ser mais relacionadas à patologia do luto do que o comportamento específico comumente esperado, como o pranto.

O luto patológico, conforme Worden (1983) pode ser definido como a “intensificação do luto a um nível em que a pessoa se encontra destroçada, originando um comportamento não adaptativo face à perda, permanecendo interminavelmente numa única fase, impedindo a sua progressão com vista à finalização do processo de luto.”.

O último estágio, da aceitação, não envolve a perda da sensibilidade ou uma superação da situação, mas uma aproximação da realidade, obtendo a mínima estrutura necessária para seguir com esse processo natural.

Strobe, Strobe e Hansson (1993) descrevem o luto como processo individual, que varia de pessoa para pessoa, de momento para momento e que envolve muitas dimensões do ser humano.

Dessa forma, os estágios podem ser experienciados de inúmeras maneiras, com reações, tempo e características peculiares diante do processo de perda, principalmente ao se tratar da quebra do elo físico, onde o doente e sua família podem vir a atravessar essas etapas antes mesmo da concretização da morte propriamente, como em quadros de doenças terminais ou velhice, no qual a dor existencial da vivência perfaz a depressão e encontra na morte e no luto o descanso ou alívio para esta conjuntura. Demonstrando que a sistematização de Elisabeth K. Ross é uma base orientadora, para melhor compreensão dos profissionais da saúde, frente a esse extenso e complexo processo.

A consciência do processo de morte e do luto são atributos intrínsecos a humanidade. Por muito tempo filósofos ocidentais e civilizações buscaram refletir sobre a temporalidade da vida. A busca pela pedra filosofal, o milagroso “El dolrado”, ervas milagrosas com o poder da imortalidade, dentre outras diversas fontes de juventude e eternidade, construíram inúmeros mitos e narrativas a cerca da possibilidade de remediar a morte (BIRREN; SCHROOTS, 2001).

As inúmeras tentativas de encontrar perenidade para vida humana caracterizam a sensibilidade referente a não aceitação da efemeridade da existência e a morte física.

Durante séculos esse processo se modificou, tanto conforme a cultura como as necessidades dos homens dentro dos papéis sociais desempenhados de acordo com a cronologia determinada.

O livro “História da Morte no Ocidente” dividido em dois volumes, chamados “o homem diante da morte” de Philippe Ariès retrata a morte e seu processo durante os séculos em sua realidade dinâmica, partindo de registros históricos, como fontes literárias, litúrgicas, testamentárias, epígrafes, etc. Apresentando maneiras de se apropriar e ritualizar a morte.

Conforme Ariès (1977) na Idade Média a morte representava uma despedida. Nesse processo, poderiam ocorrer cerimônias públicas em que o moribundo pedia perdão aos familiares, amigos, ou os mesmos podiam ir à casa da família e realizar suas despedidas, manifestando a dor e a tristeza. Dentro desse contexto, a morte repentina, sem as devidas homenagens se faziam as mais temidas. Outro aspecto relevante seria a utilização dessas cerimônias devido ao temor de ser enterrado vivo.

No final da idade média do século XV para o XVI, a morte torna-se algo desprezível e repulsivo. Insere-se o uso de caixões de madeira a fim de esconder o corpo. Nesse período, de acordo com Ariès (1977) o conceito de vida na morte postularia que o individuo morto tinha o poder de cura, através de seu material orgânico, como secreções, unhas, cabelos, que eram utilizados na confecção de remédios.

Um exemplo clássico dessa representação é em relação a tribos, como os indígenas brasileiros Tupiniquins, que praticavam o canibalismo com os inimigos de guerra e até mesmo parentes, a fim de, ao comer a carne do forte guerreiro, ganhar sua força e bravura. O historiador John Monteiro (2007, s/p), diz que “Eles acreditavam que o individuo ganha força pela assimilação de outros, poderosos e perigosos, sejam guerreiros inimigos, sejam parentes mortos.”

No século XIX, a morte adquiriu foco literário e artístico, acompanhando o romantismo do período. A morte envolvia aspectos religiosos e espirituais como a fuga, o reencontro com pessoas queridas e elevação do espírito. Álvares de Azevedo, escritor da segunda geração do romantismo, também denominada “ultrarromântica” ou mesmo “mal do século”, no mesmo ano de sua morte escreveu a poesia lida em seu enterro, “Se eu morresse amanhã”, encarando a morte com os versos:

Se eu morresse amanhã, viria ao menos, fechar meus olhos minha triste irmã;
Minha mãe de saudades morreria. Se eu morresse amanhã! [...] Mas essa dor da vida que devora a ânsia de glória, o dolorido afã... A dor no peito emudecerá ao menos, se eu morresse amanhã! (AZEVEDO, 1853, p. 57).

Outro exemplo da visão da morte no período pode ser visto no trecho retirado do “Livro de Sonetos”, mais precisamente do “Soneto da Fidelidade”, escrito por Vinicius de Moraes (1957, p.22):

“E assim, quando mais tarde me procure a morte, angústia de quem vive [...]. Eu possa me dizer do amor (que tive): Que não seja imortal, posto que é chama mas que seja infinito enquanto dure.”

A visão do período romântico compreende o fim da vida como algo inevitável e aceitavelmente comum, a morte física como um ato de melancolia dramatizado e esperado tanto diante das angústias da vida como pelas felicidades do amor.

Posteriormente, conforme Ariès (1977), a partir do século XX, a morte assume uma nova representação, como algo constrangedor e que deveria ser evitado. Sendo ainda que, seu processo deveria ocorrer preferencialmente em hospitais ou instituições próprias para que houvesse um isolamento nessa situação que deveria ser evitada. Ocorre uma supressão do luto, opondo-se as manifestações na idade média, às pessoas buscam nesse período esconder a vivência da dor.

Para Doll e Py (2007), apesar de visões contrárias e historiadores que sugerem que todos os modelos históricos e sociais concebem a morte com temor e sofrimento, atualmente o processo de morrer é concretizado, muitas vezes, por um acordo realizado entre a família e os profissionais.

Já Ariès (1977) denomina esse fenômeno como “domesticação da morte”, no qual a família exerce o papel coadjuvante no processo em relação às decisões. Tal processo restringe aos familiares e aos doentes o direito de cuidar e ser cuidado por pessoas próximas, ao mesmo tempo em que cria sentimentos de impotência, tristeza, frustração e dor que abalam o princípio de onipotência da equipe de saúde, frequentemente responsabilizados pelo processo de cura dos pacientes (PY, 2004).

O estudo da morte e fenômenos associados vem despertando maior interesse acadêmico e conseqüentemente gerando uma abertura maior para se discutir e refletir de maneira mais natural sobre a morte e o luto. Compreendem-se os conceitos sobre esse processo de acordo com Kastenbaum (1977 apud KOVÁCS, 1992) afirma que deve considerar a morte sobre duas concepções. A primeira traz a morte do outro, o medo do abandono, da separação, envolvendo a consciência da ausência do outro e sua falta. A segunda traz o medo da própria morte, a consciência da própria finitude, o medo do que está por vir, como será e quando ocorrerá.

A escritora Susan Sontag, escreveu livros sobre doença e morte, como “A doença como metáfora” e o romance “*Death Kit*”, a mesma sofria de câncer, o qual levou a sua morte aos 71 anos, não aceitando, no entanto, sua condição. Seus últimos meses foram citados por David Rieff, seu filho, na obra “Nadando em um mar de morte – Memórias de um filho”, no qual menciona o fato de que ao mesmo tempo em que ela era obcecada pela morte, tinha pavor da mesma. Essa relação constrói a exemplificação dos dois conceitos descritos por Kastenbau.

É importante compreender que “A vivência da morte varia de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família e de indivíduo para indivíduo.” (FERREIRA, 2005, p.43).

Gutierrez e Ciampone (2006) afirmam que diante da dor é comum às famílias recorrerem à fé como fonte de ajuda, buscando na religião o significado da vida e da morte. Por isso a assistência espiritual de acordo com suas crenças é considerada como gesto de amor e compreensão por eles.

A diversidade religiosa e as representações da morte e do luto em cada uma delas devem ser respeitadas pelos profissionais envolvidos nesse processo. De acordo com Barros (2000), a religião é uma das dimensões mais importante da vida humana, à medida que:

Ela influencia o sentido da vida e da morte, o modo como se encara o mundo e os homens, as alegrias e o sofrimento, o modo como se vive a vida familiar (atitude em frente ao divórcio, ao aborto, ao número de filhos, etc.), a maneira como se interpreta e vive a sexualidade, a tolerância ou o racismo, a política, a profissão (Psicologia da religião, 2000, p.5).

O cristianismo, religião predominante no Brasil, abrangendo 86,8% de sua população (IBGE, 2010), observa a morte sob dois aspectos. No primeiro, o espírito da pessoa falecida vai para o céu, inferno ou purgatório. Já em outras denominações a morte é um descanso até o juízo final. Conforme apresenta as escrituras sagradas: “E o pó volte a terra, como o era, e o espírito volte a Deus, que o deu.” (Bíblia, Velho Testamento, Eclesiastes, 12:7, p. 514). [...] “Nunca mais se porá o teu sol, nem a tua lua minguará; porque o Senhor será a tua luz perpétua, e os dias do teu luto findarão.” (Bíblia, Velho Testamento, Isaías, 60:20, p.556).

No espiritismo Kardecista, por outro lado, a morte, de acordo com Allan Kardec, é a passagem para o verdadeiro mundo. Sendo que a existência das encarnações determina a importância da alma, do espírito e o corpo físico considerado apenas matéria. O livro dos espíritos diz a respeito dos sentimentos das atribulações da vida e morte,

“[...] Se soubermos impor silêncio as nossas lamentações, haveremos de nos felicitar quando estivermos fora desta prisão terrena, como o paciente que sofria se felicita a se ver curado, por haver suportado com resignação um tratamento doloroso” (KARDEC, 2008, p. 300).

Em outra perspectiva, conforme a psicóloga Bel Cesar cita sobre a morte na doutrina budista tibetana:

A morte não é compreendida como um evento isolado, mas como uma mudança de um ciclo infindável de mudanças. Ela é uma realidade natural, uma oportunidade muito especial de transformarmos nossa mente confusa num estado mental de profunda paz. Nesse sentido, a morte não é vista como algo mórbido e temido, mas como uma bela oportunidade de crescimento espiritual. (2016, s/p)

Ainda sobre o luto nessa vertente do budismo,

Durante 49 dias são feitas várias rezas e cerimônias – esse é o período em que o falecido se encontra no *bardo*. No Tibete as famílias fazem peregrinações a lugares sagrados, doações para projetos espirituais e se encontram com mestres para rezar (o maior consolo de um tibetano é saber que um mestre está rezando pelo seu parente) (CESAR, 2016, s/p).

Rodrigues (2006), afirma que as diversas crenças parecem caminhar para o mesmo final: morte e passagem; morte e libertação; convívio eterno com o criador; ressurreição; reencarnação; morte fecunda, entre outras, ou seja, as crenças unificam-se na ideia de passagem de um mundo a outro.

Essas passagens, cerimônias e rituais, consistem na despedida do ente querido, prestação das últimas homenagens à pessoa, principalmente quanto ao respeito do corpo. Ancillotti e Prestes confirmam essa concepção através das descrições sobre a tanatopraxia, que corresponde à aplicação de técnicas como utilização de produtos químicos, desinfecção e maquiagem a fim de retardar o processo biológico de decomposição, restaurar a face e o corpo (muito comum em casos de acidentes) ou prolongar o tempo de conservação do corpo para prestação de homenagens.

Ressaltando, dessa forma, a importância e tenacidade da representação do corpo na despedida, bem como a essencialidade da ética e segurança técnica dos profissionais na preparação e desempenho dos procedimentos diante do óbito.

O preparo da equipe de enfermagem frente à morte.

Segundo Kovács (2003) a morte como transição remete a representação das crenças e convicções espirituais do ser humano. É um acontecimento inevitável, que ocorre com todos, porém é a passagem da realidade para o desconhecido. Isso gera diversas opiniões e pensamentos, inclusive o medo. Sendo que o mesmo é uma resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal, atingem todos os seres humanos, independente de crenças, raças, sexo, idade.

Encarar falecimentos a todo instante, a morte física essencialmente, tornou-se encargo basilar para os trabalhadores da área da saúde, em especial ao profissional da enfermagem, que por sua vez é quem presta os cuidados integrais ao paciente e a família (MENEZES, 2003). Logo é exigido deles preparo e aperfeiçoamento para atendimento desses pacientes e familiares ante a dor e o sofrimento (HENNEZEL; LELOUP, 1999).

A proximidade com a dor e o sofrimento parece provocar nos enfermeiros uma empatia importante para o vínculo terapêutico, o que proporciona uma melhor assistência de Enfermagem, mas ao mesmo tempo um desgaste emocional íntimo ligado à dificuldade no lidar com a terminalidade (CHAVES; MASSAROLLO, 2009).

Estudos sinalizam que o que mais importa aos pacientes são os elementos vivos da base do núcleo cuidativo, ou seja, ser acolhido com responsabilidade e verdadeiro vinculam de afeto (MERHY; ONOCKO, 1997). Logo, a atuação frente ao processo de morte e momento de falecimento físico humano compreende, além dos procedimentos operacionais, o apoio pleno as pessoas envolvidas nesse percurso.

O cuidar requer dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, empatia, sensibilidade, envolvimento, percepção aguçada, interação, conhecimento e crença. Sendo assim, com esses quesitos o cuidado será eficaz e apresentará resolutividade no que se refere à relação com o paciente e sua família nesse processo doloroso. É necessário que os profissionais reflitam diariamente sobre o rito de passagem da vida para a morte, dessa forma poderão cuidar com qualidade, oferecendo o suporte necessário aos que necessitam nestas horas difíceis (ALENCAR; LACERDA; CENTO, 2005).

De acordo com Azeredo et al. (2010), a experiência da morte não é vivenciada apenas pelos profissionais da área da saúde, é também vivenciada pelos estudantes que tem como seu objeto de estudo o ser humano. Por este motivo, eles se defrontam cotidianamente com a doença, com a dor e com a morte. Muitos cursos de formação de profissionais da saúde estão carentes, em seus currículos, de disciplinas que abordem a morte, o luto e o processo de morrer, a morte no sentido de sua inexorabilidade, não como uma inimiga a vencer, mas como uma etapa da vida que necessita ser cuidada (AZEREDO et al., 2010).

Ainda no que tange a formação acadêmica, infere-se que a morte, por ser um dos fenômenos mais intrigantes ao ser humano, por despertar geralmente, apreensão e medo, uma vez que demarca a terminalidade humana, necessita dos profissionais um preparo prévio e específico para trabalhar com este evento em seu cotidiano de trabalho (VELADO, 2008).

Azeredo et al. (2010), propõe a criação de espaços de discussão nos quais as emoções decorrentes da formação possam ser compartilhadas como uma forma de minimizar as consequências de lidar todos os dias com a morte e ter outro ser humano como seu objeto de estudo. Além disto, recomenda-se que algumas disciplinas enfatizem as emoções geradas no aluno em função de sua formação, não somente de forma teórica, mas por meio de observação e apresentação de casos, propiciando sua aproximação com pessoas em diferentes fases do desenvolvimento.

Considerando-se esta realidade, do mesmo modo cogita-se o desenvolvimento de estratégias que possam ser desenvolvidas junto aos profissionais, permitindo-os vivenciar estes momentos saudavelmente. Neste sentido, os autores mencionam que para o manejo da morte é essencial conhecer os sentimentos que os enfermeiros vivenciam em seu cotidiano de trabalho. O autoconhecimento é uma questão importante a ser trabalhada, no intuito de melhorar a maneira de lidar com situações que impliquem um manifesto de emoções profundas, principalmente as relacionadas com a morte, considerada por muitos um tabu (AGUIAR et al., 2006).

Logo, pode-se perceber que a morte é um aspecto crucial na vida do profissional de enfermagem, ressaltando a essencialidade da necessidade de debate do tema desde os cursos de graduação, realizando a desconstrução e quebra desse preconceito. Com a inclusão do tema na formulação dos planos de ensino, busca-se a formação de enfermeiros mais críticos e reflexivos, capacitados para atuar em cenários diversos na saúde que abrangem tanto a vida como a morte, visando o entendimento da temática como algo natural e inerente aos seres humanos, somados a capacidade de atuar de maneira integral no atendimento tomando medidas profiláticas para possíveis complicações.

Entende-se ademais, que o cuidado ao paciente ainda que prioritário da enfermagem, no contexto da humanização, precisa ser visto como um dever de cada pessoa e não um dever exclusivo de uma classe profissional, ressaltando a importância da capacitação envolvendo a equipe multidisciplinar. Para compreender a dimensão do cuidado em sua totalidade, do ponto de vista existencial, o mesmo encontra-se presente em todas as situações e acontecimentos, o que significa que ele existe na natureza e em todas as situações de fato (BACKES et al. 2006).

No aspecto da humanização, incluir os familiares nesse processo é essencial para a integralidade do cuidado e valorização da necessidade de alívio dos sofrimentos psicológicos e espirituais presentes no processo de morte e morrer. Assim, cabe ao enfermeiro priorizar as preocupações e anseios da família em luto durante a assistência a fim de prepará-los para aceitar a perda e lidar com a dor (CHAN et al., 2013). Neste sentido, enfatiza-se a importância da inclusão dos familiares nas tomadas de decisões sempre que possível, almejando satisfazer as necessidades da família que vivência o luto (BLOOMER et al., 2013).

Nesse contexto é esperado que o enfermeiro saiba quando e como responder as indagações da família. Para isso este deve conhecê-la e manter-se próximo a ela numa atitude de respeito. Familiares podem apresentar desconfortos decorrentes da vivência do processo do morrer, como a ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático, além de outras complicações. Nessa situação, a intervenção deve ter foco na comunicação com as famílias, podendo ter efeitos significativos no intuito de minimizar estas consequências (LAUTRETTE et al., 2007).

Um quadro de agravamento patológico nesse contexto, em especial se já há uma condição preexistente, é em relação à toxicomania, que consiste no consumo compulsivo de álcool e drogas (AMORA, 2008). Vários autores associam a toxicomania tendo como função o enfrentamento de um quadro de melancolia. Havendo uma impossibilidade de realizar um luto, a toxicomania serviria de suporte para esta espera, para este impasse (HASSOUN, 1996).

Outro aspecto patológico refere-se à neurose e a psicose, conforme Freud (1924) expressaria um conflito entre o eu e o isso, e as psicoses, entre o eu e a realidade. Representando dessa forma os seres em sua complexidade diante do processo da morte e do luto.

O luto anormal, proposto por Klein (1940), corresponde a uma não superação da posição depressiva do desenvolvimento, que é crucial para o forte estabelecimento de objetos bons no mundo interior e para se sentir seguro no mesmo. Nesta versão patológica do luto há uma interminável ligação com o objeto perdido, e uma indiferença pela perda, resultado de um abafamento de sentimentos. Podendo causar uma psicose grave caso o ego recorra a uma fuga para os objetos internos bons, ou uma neurose caso o ego recorra a uma fuga para objetos externos bons.

Compara-se o luto a um caminho difícil que apesar de doloroso há de ser seguido, não tendo atalhos para atravessá-lo. Aquele que volta na metade do caminho e não o atravessa por completo, posterga e prolonga a dor (ONT, 2013), o que teria como consequência o possível desenvolvimento das patologias citadas.

A partir da visão holística e humanizada dos profissionais, deve-se inserir a multidisciplinaridade e competência técnica no ambiente de trabalho. É necessário considerar a discussão multidisciplinar em relação aos objetivos do cuidado centrado no paciente e sua família. Ao mesmo tempo em que se busca minimizar o desconforto do paciente, procura-se maximizar a assistência à dor e ao sofrimento da família (CURTIS, 2008).

Considerando o preparo dos profissionais, uma ferramenta benéfica que pode ser utilizada no atendimento é a “escuta ativa”, pode ser traduzida como uma acolhida sensível e calorosa, onde o profissional estabelece com os familiares uma posição de respeito e empatia (ONT, 2013), contribuindo para melhor construção da relação profissional-paciente/cliente e prática clínica mais assertiva e adequada.

Considerações finais

Como foi abordado nas discussões existe uma enorme variável dentro do complexo processo de morte e luto, que envolve o paciente em si, seus familiares e os profissionais que atuam de diversas maneiras dentro das etapas desse contexto. Apesar de o luto ser um fator natural a todos os seres humanos, são perceptíveis os sentimentos negativos em relação à perda do próximo e mesmo a sua própria finitude, gerando muitas vezes o luto patológico, que acarreta uma gama de complicações que envolvem aspectos depressivos, vícios, e pode ser representada de forma ampla como uma falha no próprio luto, por consideráveis razões peculiares a cada indivíduo.

Logo, no cenário atual, a capacitação dos profissionais, principalmente da enfermagem, que entra em contato direto e cotidiano com os pacientes e seus acompanhantes, é essencial para auxiliar nesse processo, bem como, prevenir os fatores patológicos prejudiciais. Essa capacidade do enfermeiro é positiva tanto para o atendimento e prática técnica como para si próprios em relação, por exemplo, a saúde psicológica. A estruturação profissional deve considerar debates sobre o tema a fim de aliar a técnica, habilidades de diálogo e atendimento integral, gerando um âmbito de trabalho mais confortável e seguro para os profissionais e garantindo a maior qualidade para os pacientes e familiares nesse momento de fragilidade.

Referências

AGUIAR I. R., et al. **O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal**. Acta Paul Enferm. 2006; 19 (2): 131-7.

ALENCAR, S.C.S.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. L. **Finitude Humana e Enfermagem: Reflexões sobre o des(cuidado) integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer**. Rev. Fam. Saúde desenvolvimento, Curitiba, v7, n2, p.171-180, mai/ago, 2005.

AMORA, A. A. S. **Minidicionário Soares Amora da língua portuguesa**. Saraiva, 18ª edição, p. 728, São Paulo, 2008.

ANCILLOTTI, R.; PRESTES, L. **Manual de Técnicas em Necropsia Médico-Legal**. São Paulo, Rubio, 2009.

ARIÈS, P. (1977). **História da morte no ocidente** (P.V. Siqueira, Trad.). Rio de Janeiro (RJ): Francisco Alves.

AZEREDO N. S. G.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A. (2010). **O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina**. Rev. Bras. Educ. Med. Rio de Janeiro, 35 (1), p. 37-43.

AZEVEDO, A. "Se eu morresse amanhã". *Poemas irônicos, Venenosos e Sarcásticos*. Ministério da cultura, Fundação Biblioteca Nacional, Departamento nacional do livro, 1853, p. 57.

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. **A humanização hospitalar como expressão da ética**. Revista Latino-americana de Enfermagem, vol. 14, nº 01, jan-fev 2006.

BARROS, J. **Psicologia da religião**. Coimbra: Almedina, 2000.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Traduzida por João Ferreira de Almeida. Imprensa Bíblica Brasileira, 1º ed., 2015.

BIRREN, J.E. e SCHROOTES, J.J. (2001). **The History of Geropsychology**. *Handbook of the Psychology of Aging*, 1-25. San Diego (CA): Academic Press (cap.1).

BLOOMER M.J.; MORPHET J.; O'CONNOR M.; LEE S.; GRIFFITHS D. **Nursing care of the family before and after a death in the ICU – an exploratory pilot study**. Aust Crit Care. 2013; (26):23-28. Disponível em: < [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(12\)00023-9/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(12)00023-9/fulltext)>. Acesso em: 02/03/2019.

CESAR, B. **O luto no Budismo**. Entrevista disponível em: < <http://vamosfalarsobreoluto.com.br/2016/01/09/o-luto-no-budismo/>> Acesso em: 28/10/2018.

CHAN H.Y.L.; LEE L.H.; CHAN C.W.H. **The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit**. Support Care Cancer. 2013; 21(6):1551-6. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s00520-012-1692-4>>. Acesso em: 02/03/2019.

CHAVES A. A. B. e MASSAROLLO M. C. K. B. **Perception of nurses about ethical dilemmas related to terminal patients in Intensive Care Units**. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2011 Sept 14];43(1):30-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_04.pdf

CURTIS, J. R. **Caring for patients with critical illness and their families: the value of the integrated clinical team**. Respir Care. 2008;53(4):480-7.

DOLL, J. e PY, L. (2007). O idoso na relação com a morte: Aspectos éticos. In:_____. Neri, A.L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**, 279-300. (Cap.12). Campinas (SP): Alínea.

FERREIRA, P. **Algumas considerações para compreensão da ansiedade perante a doença terminal e a morte**. Sinais Vitais, 58, p. 41-45. São Paulo, 2005.

FREUD, S. Luto e Melancolia (1917 [1915]). In:_____. **A história do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914- 1916)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1996. P. 245-263.

FREUD, Sigmund. **Neurose e Psicose**. Rio de Janeiro: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 1924.

GUTIERREZ B. A. O. e CIAMPONE M. H. T. **Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva**. Acta Paul. Enferm 2006; 19(4):456-61.

HAGMAN, G. **Mourning: a review and a reconsideration**. Journal of Psycho-Anal, 76; p. 909-925, 1996.

HASSOUN, J. **La crueldad melancólica**. Rosario: Homo Sapiens Ediciones, 1996.

HENZE M. e LELOUP J. Y. **A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade**. Petrópolis: Vozes; 1999.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: Diversidade cultural**. Rio de Janeiro, 2010.

KARDEC, A. **O livro dos espíritos**, Ide. - Inst. De Difusão Espírita, 1º edição, 2008.

KLEIN, M. O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos (1940). In:_____. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)**. Obras Completas de Melanie Klein. Vol. I, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KOVÁCS, M. J. (1992). **Morte, separação, perdas e o processo de luto**. In: Kovács, M. J. (Org.), *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 149-164). São Paulo: Casa do Psicólogo, 3a ed.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a Morte. Temas e Reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LAUTRETTE A., DARMON M., MEGARBANE B., JOLY L. M., CHEVRET S., ADRIE C, et al. **A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU**. N Engl J Med. 2007;356(5):469-78.

MENEZES R. A. **Tecnologia e “Morte Natural”**: o morrer na contemporaneidade. Rev. Saúde Coletiva. 2003; 13(2):129-147.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MONTEIRO, J. **Como eram os rituais de canibalismos dos índios brasileiros**. Superinteressante, São Paulo, 2007.

MORAES, V. **Livro de sonetos: Soneto da fidelidade**. Poesia Sempre, p. 22. Rio de Janeiro, 1957.

OLIVEIRA, T. M. **O Psicanalista Diante da Morte**. São Paulo: Mackenzie, 2001.

ONT (Organização Mundial de Transplantes). **Manual de Comunicação de Más Notícias**, 2013.

PY, L. (2004). **Velhice nos arredores da morte: a interdependência na relação entre idosos e seus familiares**. (1ª Ed.). Porto Alegre (RS): EDIPUCRS.

REED, M. D. **Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved**. Consultado em 15 de Novembro de 2018 através de Pro Quest Psychology Journals.

RODRIGUES J. C. **Tabu da morte**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

ROSS, E. K. **Sobre a morte e o morrer**. Martins Fontes, 7ª edição, p. 51-151. São Paulo, 1996.

STROEBE, M., STROEBE, W. e HANSSON, R. (1993). **Handbook of Bereavement: theory, research and intervention**. Cambridge: University Press.

VELADO, F. V. **O Fenômeno da Morte**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2008, 137f.

WORDEN, J. (1983). **Grief Counselling & Grief Therapy**. London and New York: Tavistock Publications.