

## O luto nos hospitais entre os profissionais de saúde

### *Mourning in hospitals among health professionals*

Maria Teresa Alexandre

A morte chega cedo,  
Pois breve é toda vida  
O instante é o arremedo  
De uma coisa perdida.  
O amor foi começado,  
O ideal não acabou,  
E quem tenha alcançado  
Não sabe o que alcançou.

E tudo isto a morte  
Risca por não estar certo  
No caderno da sorte  
Que Deus deixou aberto.

– Fernando Pessoa

A morte faz parte do percurso de vida de todos os seres humanos. Todos vamos passar por ela e o modo como cada um de nós a experimenta é diferente e único. Pode ser vivenciada com sentimentos muito diversos tais como, angústia, incerteza, tristeza, medo, ansiedade, revolta ou até alegria, paz interior e serenidade.

Os profissionais de saúde, pela inerência da sua profissão, confrontam-se diariamente com a morte dos seus doentes. Em algumas especialidades médicas, mais do que noutras, isto é verdade. Medicina Interna, Oncologia, Hematologia, Medicina Intensiva e Emergência Médica são as áreas onde estes profissionais estão mais expostos.

Para a maioria dos médicos o hospital é a realidade do dia-a-dia. É o local que consome a maior parte do nosso tempo. Vivê-lo da melhor forma possível e criar bem-estar à nossa volta (especialmente entre os

doentes) faz parte dos nossos desejos.

Reflectir sobre a forma como devemos lidar com a morte dos nossos doentes, preservando a nossa integridade emocional, mas sem perda de empatia tornou-se premente nos tempos que correm. Analisar este tema constitui uma oportunidade de rever práticas e atitudes.

Para perceber melhor a abordagem da morte pelos profissionais de saúde é necessário reflectir na mudança sociocultural que ocorreu ao longo dos tempos. A forma como as sociedades antigas encaravam a questão da morte e o modo como actualmente a percebemos.

Na Idade Média a morte era vivida com muita naturalidade. Era encarada como fazendo parte da vida, como um momento colectivo, que dizia respeito a toda a comunidade. Os ritmos da morte eram aceites e cumpridos sem fatalismos com a crença firme “na passagem” para um mundo melhor. O homem estava ancorado à religiosidade e a crença na vida depois da morte confortava e fazia diminuir o medo. Os mortos eram sepultados no interior das igrejas sem que o mundo dos vivos fosse perturbado pela sua presença. Nesta altura, as manifestações do luto eram espontâneas e a dor exaltada.

Com o fim da idade Média foi imposto à família um período de reclusão para enfrentar a perda e para que o morto não fosse esquecido.

No século XIX inicia-se a chamada “crise contemporânea da morte”, em que esta passa a ser vista como assunto interdito. Deixou de ser aceite como uma transição natural e necessária e passa a ser vista como algo mau e temível. A morte passa a ser sentida como ruptura, acontecimento doloroso, e até mesmo como um fracasso. O principal elemento deixa de ser o morto para passar a ser a família. O luto torna-se excessivo e os mortos são afastados para cemitérios fechados, tentando evitar o contacto e proximidade com o mundo dos vivos. Sobretudo em meios urbanos (já que em meios rurais as mudanças de comportamentos colectivos obedecem a outros ritmos) deixou de se morrer em casa, lugar da vida quotidiana, junto da

Serviço de Medicina II do Hospital de Curry Cabral  
Instituto Português de Oncologia de Lisboa  
Recebido para publicação a 24.09.10  
Aceite para publicação a 15.01.12

família, para se ocupar os hospitais de forma solitária; é a chamada deslocação do local da morte.

Os avanços tecnológicos na medicina permitiram prolongar a vida aos doentes. A morte foi substituída pela doença. Começa então a tornar-se difícil saber quando é que uma doença conduz à morte, uma vez que existem inúmeras maneiras de prolongar a vida. Os profissionais de saúde passaram a ter algum domínio sobre a morte dos seus doentes, tornando-se, aos olhos da família e da sociedade, nos grandes responsáveis pela manutenção, ou não, da vida humana.<sup>1</sup> A decisão da morte como que passa das mãos de Deus para a mão dos médicos. É a chamada “medicalização da morte”, tornando-se num tema mais técnico-científico que moral ou ético. A morte fica a cargo dos profissionais de saúde. A consequência deste fenómeno torna-se na dificuldade em saber “quando parar”. Os doentes tornam-se vítimas de procedimentos invasivos desnecessários que lhes são impostos, quando já gravemente debilitados, numa fase já fora das possibilidades de cura, para tentar obter, a todo e qualquer custo, o prolongamento das funções vitais.

A morte é escondida por aqueles profissionais aos próprios doentes, à família e aos outros doentes, impedindo-os de se prepararem para o Momento Final. Com rituais próprios, a família do doente é avisada por telefone e a preparação do corpo é feita por agências funerárias, ao invés da família. Embeleza-se o defunto de modo a esconder a aparência de morte, tentando-se aparentar um sono profundo. “Tudo é conduzido no sentido dos vivos permanecerem o mínimo tempo possível na presença do morto” (Paül 2001). Kubler-Ross (2001) é ainda mais directa ao referir que hoje em dia o morrer é solitário, mecânico e desumano. Assiste-se a uma profunda rejeição da própria morte. Esta torna-se no novo tabu da modernidade.

Para além das mudanças acima referidas, saliento ainda a menor mortalidade aparente, pelo desaparecimento das epidemias mortíferas e a diminuição drástica da mortalidade infantil, nos países mais desenvolvidos.

O mundo contemporâneo, deslumbrado pelos progressos técnico-científicos, já não tem a espiritualidade como valor dominante. Domina-o uma cultura hedonista, que confunde felicidade com prazer e sobrealimenta o ter, ao invés do ser.

Perdeu-se o sentido da vida, esquecendo-se portanto também o sentido da morte e do dever. Daí que

quando esta chega encontra-nos indefesos perante ela, sem modelos para seguir, órfãos da necessária aprendizagem social que nos deveria modular para poder enfrentar o nosso final.

Em paralelo, num sector minoritário, cresce a consciência de legitimidade moral e respeito pela autonomia do doente e pela importância da qualidade de vida e pela dignidade da morte. Surgem os cuidados paliativos.

O hospital tornou-se lugar de morte – é um facto inegável – e os profissionais de saúde não estão preparados para a acolher, mas apenas para lutar contra ela, mesmo que essa luta já esteja perdida.

Recentemente alguns autores têm reflectido sobre a perspectiva do profissional de saúde face à morte. Como encara ele a morte dos seus doentes? Que efeitos tem isso sobre a sua estrutura emocional? Também existem lutos complicados neste grupo de profissionais? Como podem ajudar no luto dos seus doentes? Que estratégias adoptar para prevenir o *burnout*?

BM Mount, em 1986, já abordava a questão de que a repetida experiência da “perda” pelos médicos oncologistas constituía uma fonte importante de stress pessoal, com alguma prevalência do alcoolismo, cirrose, suicídio e divórcios. Na etiologia destas situações, era apontada a morte como factor existencial, enfatizando a nossa natureza finita, mas também lutos acumulados e não resolvidos, excesso de informação para gerir, stress inerente ao trabalho de equipa e ineficácia dos tratamentos.

Nas estratégias propostas para fazer frente a esta situação Mount destacava o reforço positivo por parte dos colegas, a criação de metas realistas, o estabelecimento de limites próprios e de prioridades, a clarificação do papel das equipas no sistema organizacional, a criação de condições de trabalho favoráveis, a clarificação de problemas passados mal resolvidos<sup>2</sup> e fazer exercício físico.

É esperado, em relação a um médico, que seja honesto, que tenha compaixão e conhecimento para guiar e confortar o doente e a família nas horas mais dolorosas. Mas o tempo para fazerem o seu próprio luto e chorarem os seus doentes muitas vezes não existe. O que provoca acumulações de situações sucessivas de lutos que não conseguiram ser resolvidos, provocando extravasamento emocional.

Quando já não há espaço para armazenar mais lutos, o profissional perde a capacidade para se compadecer e investir nos doentes. Assim, as atitudes dos

profissionais podem traduzir uma relação distante, fria, desumanizada, tornando-se entraves na relação de empatia e compreensão. Isto influencia a prestação de cuidados nos doentes terminais, motivação e satisfação no trabalho. Muitas vezes são adoptadas posturas de negação da situação, manutenção de relações superficiais com os doentes, estabelecimento de rotinas e protocolos, sem atenção à individualidade dos doentes, com o argumento da falta de tempo e indisponibilidade para ouvir e permanecer junto dos doentes. O stress do trabalho invade a vida privada.<sup>3,4</sup>

Num dos poucos estudos efectuados em hospital de agudos, DM Tse *et al*, 2006, estudaram a percepção dos médicos e enfermeiros no suporte ao luto de familiares de doentes que eles acompanharam. As dificuldades referidas foram as seguintes: lidar com as emoções dos familiares, especialmente a não-aceitação da situação expressada através do choro, gritos e atitudes de agressividade sobre os profissionais, o embaraço em lidar com as questões colocadas pelos familiares relativamente à reanimação cardio-respiratória para prolongar a vida e também, por parte dos enfermeiros, o stress na comunicação da notícia da morte, quando os médicos não estavam presentes.

Alguns profissionais referiram que as experiências pessoais de luto prévio tinham sido potencialmente úteis e benéficas na empatia com os familiares. A conclusão do estudo foi que estes profissionais não se sentiam preparados para comunicar a morte e ajudar os familiares na tarefa do luto. As razões apontadas foram as seguintes: falta de treino, de experiência, de tempo e medo de errar. Medo das reacções emocionais dos familiares e das suas próprias emoções, enquanto pessoas. Para a maioria dos médicos o seu trabalho tinha terminado com a morte do doente. Raramente a família foi referenciada ao serviço de apoio ao luto. A necessidade de treinar os profissionais de saúde nesta área foi uma das ideias que o estudo lançou, podendo ajudar à compreensão das necessidades destes familiares.<sup>5</sup>

Para Martim Donohoe, 2002, que se debruçou sobre a problemática do ensino dos estudantes de medicina, o desenvolvimento de competências no lidar com a morte pode ser desenvolvido através da leitura e reflexão em grupo de literatura seleccionada de modo a facilitar a introspecção e discussão.<sup>6</sup>

Monika Renz *et al*, 2009, mencionam situações muito concretas em que os médicos têm dificuldade em lidar com as esperanças irrealistas dos doentes e

das famílias, o que muitas vezes dificulta o processo de luto nos próprios profissionais. A incapacidade para falar a verdade pode muitas vezes deixar sentimentos de culpa. Por sua vez, as esperanças e as negações de certos doentes e famílias poderão tornar-se numa cruz muito difícil de carregar.

A incapacidade para aceitar as limitações conduz os clínicos a sentimentos de culpa. É a síndrome *there must be something else you can do*. Os doentes muitas vezes esperam milagres e podem persuadir os médicos, devido à sensação de falha ou insucesso, a optar por tratamentos e intervenções demasiado agressivas e sem sentido para a fase em que o doente se encontra, ao invés da transição progressiva para a terapêutica paliativa.<sup>7</sup>

Os médicos fazem sacrifícios pessoais pelos seus doentes, através do seu tempo, sono, *hobbies* e vida familiares para poderem ter mais tempo para os doentes. Se não sentem que os sacrifícios são recompensados pode ser conduzidos a situações de exaustão pessoal e de perda de eficácia laboral.<sup>8</sup>

Os estudos sobre o stress e *burnout* indicam que os profissionais de saúde com maior nível de compaixão pelos seus doentes são os mais vulneráveis a esta síndrome de exaustão, de despersonalização e de perda de capacidades pessoais para trabalhar, sendo que 25 a 50% dos oncologistas experimentam *burnout*. A nível profissional, o pouco treino que recebem na sua formação para comunicar más notícias e lidar com as reacções emocionais dos doentes pode conduzir a stress emocional acrescido. Também a falta de suporte ou tensões no local de trabalho e o excesso de responsabilidades profissionais agravam o problema. A nível pessoal, destacam-se os problemas nos relacionamentos e a falta de tempo para si: profissionais que se sentem incapazes de ser bons maridos/mulheres/pais devido às exigências laborais sofrem elevado risco de *burnout*.

Os oncologistas, e outros especialistas sobretudo em meio hospitalar, confrontam-se diariamente com a transcendência, sofrimento, incerteza e mortalidade. A prática espiritual e a crença podem ser fonte de luz e de esperança no meio da escuridão e proporcionar um contexto possível para lidar com a morte e com o sofrimento.

Petter Beatty, 2004, médico oncologista, deixa-nos um testemunho muito pessoal sobre o seu próprio luto familiar e de como isso alterou o seu modo de estar como médico. Desde a morte da sua mulher,

com cancro, mudou a sua prática clínica, a maneira de encarar o luto dos familiares dos seus doentes, dando-lhes então outra relevância e contributo através de uma abordagem mais empática. Como ele refere: *“I am now mindful of an emotional territory I had never explored professionally as a physician – a landscape of grief, loss and longing. I am beginning to understand the meaning of the death of a cancer patient on the family’s life”*.<sup>9</sup>

O desenvolvimento de capacidades e competências para comunicar más notícias e lidar com as respostas emocionais ajuda a minimizar a precipitação do stress. Permitir a existência de tempo pessoal para fazer o luto das próprias perdas poderá trazer saúde, preservando assim a atitude de compaixão e impedindo o rompimento de relações pessoais. A limitação do horário de trabalho, com horário flexível e estabelecimento de momentos de partilha entre os colegas também minimiza o *burnout*. Identificar e reflectir sobre aspectos existenciais poderá ser uma ocasião para crescimento pessoal. Encontros regulares com os colegas para discutir o luto, os erros, sofrimento e alterações pessoais, ajudam a fortalecer os laços entre os colegas.<sup>10</sup>

Muitas vezes os profissionais de saúde bloqueiam a expressão de emoções por parte dos doentes e familiares, em vez de facilitarem a verbalização de stress e de preocupações emocionais.<sup>11</sup> Um estudo efectuado recentemente em 535 médicos (radioterapeutas, especialistas em medicina paliativa e oncologistas) acerca do acompanhamento destes profissionais no luto, concluiu que poucos eram aqueles que mantinham por rotina apoio aos familiares no processo de luto. Entre as práticas específicas foram referidas por exemplo, os telefonemas às famílias e algumas vezes (poucas) as cartas de condolências ou a participação em cerimónias ou rituais funerários. Os médicos de medicina paliativa foram aqueles que apresentaram taxas mais elevadas de *follow-up* no luto, isto porque, estes profissionais, dada a sua formação específica, têm incorporado esta tarefa nos seus actos clínicos.<sup>12</sup>

O luto oferece ao profissional a oportunidade de participar no processo de “cura” das famílias ao clarificar certas situações, episódios ou vivências dos doentes podendo vir a diminuir algumas situações de ansiedade culpa. É neste período que se deve ajudar as famílias a ultrapassar o momento de tragédia pessoal.<sup>13</sup> Escrever cartas de condolência aos familiares

em luto pode contribuir para uma melhoria na sua resolução, sendo benéfico para ambas as partes. No conteúdo da carta não deverão estar expressos aspectos clínicos do doente, mas apenas sentimentos em relação ao sentido da perda.<sup>14</sup>

O trabalho com doentes em fase terminal torna mais próxima a dor das próprias perdas, maiores níveis de ansiedade, em relação aos medos pessoais das actuais ou potenciais perdas.<sup>15</sup> Kubler-Ross defendia e educação sistemática para lidar com o luto e a inclusão destas competências básicas nos *curricula* dos profissionais de saúde.

Num estudo em Winconsin, efectuado em 130 médicos de família, em 2001, (Yamey G. *et al.*) foram seleccionadas as cinco práticas que ajudavam a promover o bem-estar: passar tempo com a família e amigos, actividades religiosas e espirituais, auto-cuidado, procura de sentido no trabalho e estabelecimento de limites no mesmo e ainda a adopção de uma filosofia de vida saudável (ter atitude positiva dando ênfase ao sucesso).<sup>16</sup>

Como profissional de saúde, todas estas questões estão muito presentes no meu dia-a-dia. Lido frequentemente com as dificuldades de comunicação de maus prognósticos de sobrevida e não fico indiferente às reacções dos meus doentes. Muitas vezes nos Serviços estas situações não são discutidas e, por isso, cada um as resolve da forma que entende.

O ideal seria a existência de espaços de discussão pré-definidos e que cada um de nós deixasse de ter vergonha de assumir que sofre, que chora e que é frágil, que não dormiu, que determinada situação lhe deixou sentimentos de culpa e que também precisa de ajuda. Só aceitando a nossa fragilidade estaremos capazes de compreender a fragilidade do outro.

Sem dúvida, que em todo este processo somos nós que aprendemos com os nossos doentes e quando nos deixamos tocar pelas suas vivências crescemos muito em maturidade.

*“Many of our patients have faced far greater life struggles than we have. The lessons they have learned about courage, grief, hope, and gratitude could have much to teach us, if we but recognized that in the school of life, they are the experts, and we the novices”*<sup>17</sup> ■

## Agradecimentos

Ao Dr. António Panarra, Chefe de Serviço e à Dr.<sup>a</sup> Ana Grilo, Assistente Hospitalar Graduada, ambos do Serviço de Medicina II do Hospital de Curry Cabral.

## Bibliografia

1. Silva I, Radomile ME, Vizelli A, Santos M. A morte no contexto hospitalar: a visão de uma equipe de enfermagem. O portal dos psicólogos, [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt) 2008; 1-18.
2. Mount M. Dealing with our losses. *Journal of Clinical Oncology* 1986; 4 (7): 1127-1134.
3. Pereira MA. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis (Santa Catarina)* 2005; 14 (1): 33-37.
4. Prigerson H, Jacobs S. Caring for bereaved patients: all the doctors just suddenly go. *JAMA* 2001; 286 (11): 1369-1376.
5. Tse DM, Yung GI, Wu KK, Suen MH, Ko FY. Perception of doctors and nurses on the care and bereavement support for relatives of terminally ill patients in an acute setting. *Hong Kong J Psychiatry* 2006; 16: 7-13.
6. Donohoe M. Reflections of physician-authors on death: literary selections appropriate for teaching rounds. *Journal of Palliative Medicine* 2002; 5 (6): 843-848.
7. Renz M, Koeberle D, Cerny T, Strausser F. Between utter despair and essential hope. *Journal of Clinical Oncology* 2009; 27 (1): 146-149.
8. Shanafelt T, Adjei A, Meyskens FL. When your favorite patient relapses: physician grief and well-being in the practice of oncology. *Journal of Clinical Oncology* 2003; 21(13): 2616-2619.
9. Beatty P. On the death of a spouse: reflections of a medical oncologist. *Journal of Clinical Oncology* 2004; 22 (5): 959-960.
10. Berry S. Just say die. *Journal of Clinical Oncology* 2008; 26 (1): 157-159.
11. Razavi D, Delvaux N, Marchal S et al. Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomized study. *British Medical Journal of Cancer* 2002; 87: 1-7.
12. Chau N, Zimmermann C, Clement M, Taback N, Krzyzanowska M. Bereavement practices of physicians in oncology and palliative care. *Arch Intern Med* 2009; 169(10): 963-971.
13. Casarett D, Kutner J, Abraham J. Life after death: a practical approach to grief and bereavement. *Ann Intern Med* 2001; 134: 208-215
14. Bedell S, Cadenhead K, Graboyes T. The doctor's letter of condolence. *N Engl J Med* 2001; 345 (15): 374.
15. Srivastava R. The art of letting go. *N Engl J Med* 2007; 357: 3-5.
16. Moeda A, Antunes MI. Ao encontro da morte: o impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2005; 21: 353-357.
17. George R. Life's Lessons Lost ... and learned. *Journal of Clinical Oncology* 2010; 28 (10): 1806-1807.