

SUS

Desafios, Conquistas e Caminhos para o Futuro

II Edição

Organizadores:

Caroline Taiane Santos da Silva
Luis Filipe Oliveira Duran
Naiara Paula Ferreira Oliveira

Sistema Único de Saúde: Desafios, Conquistas e Caminhos para o Futuro

II EDIÇÃO

Organizadores:

Caroline Taiane Santos da Silva
Luis Filipe Oliveira Duran
Naiara Paula Ferreira Oliveira



Copyright © Editora Humanize
Todos os direitos reservados

A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação do
copyright (Lei 5.988/73 e Lei 9.61/98)

Organizadores

Luis Filipe Oliveira Duran
Caroline Taiane Santos da Silva
Naiara Paula Ferreira Oliveira

Diagramação e Editoração

Luis Filipe Oliveira Duran
Caroline Taiane Santos da Silva
Naiara Paula Ferreira Oliveira

Corpo Editorial

Adriana Modesto Caxias
Andréa do Socorro Campos de Araújo Sousa
Bruna Rafaela da Silva Sousa
Fabíola Raquel Tenório Oliveira
Ingrid Inez Amaral Tillmann
Katia Simone Kietzer

Publicação

Editora Humanize

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (Editora Humanize, BA, Salvador)

C634g QUEIROZ, Clesia Carneiro Da Silva Freire.
GP35383

Sistema Único de Saúde: Desafios, Conquistas e Caminhos para o Futuro- 2^o ED
1 livro digital; ed. I; il.

ISBN: 978-65-5255-087-3

1. Saúde 2. Sus 3. Multiprofissional
I. Título

CDU 610

Índice para catálogo sistemático

1. Saúde	01
2. Sus	17
3. Multiprofissional	19

APRESENTAÇÃO

A segunda edição da obra *Sistema Único de Saúde: Desafios, Conquistas e Caminhos para o Futuro* apresenta uma atualização aprofundada e necessária sobre o panorama da saúde pública no Brasil, à luz das transformações sociais, políticas e sanitárias dos últimos anos. Com uma abordagem crítica e interdisciplinar, o livro reúne especialistas de diversas áreas que analisam o SUS não apenas como uma política pública, mas como uma conquista civilizatória em constante construção.

Entre os temas abordados, destacam-se a ampliação do acesso aos serviços de saúde, os impactos das crises sanitárias recentes — como a pandemia de COVID-19 —, os desafios da gestão e do financiamento, as desigualdades regionais, a valorização dos profissionais da saúde e a importância da participação social para o fortalecimento do sistema.

Esta nova edição traz capítulos inéditos, dados atualizados e reflexões sobre os rumos que o SUS pode trilhar diante das demandas emergentes da sociedade brasileira. Trata-se de uma leitura indispensável para pesquisadores, estudantes, gestores, profissionais da saúde e todos que se dedicam à defesa de um sistema público, universal, integral e equânime.

SUMÁRIO

1. A SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL COMO DISPOSITIVO ESTRATÉGICO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO TRABALHO: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA PSICANÁLISE 6
2. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO LUTO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA..... 20

A SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL COMO DISPOSITIVO ESTRATÉGICO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO TRABALHO: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA PSICANÁLISE

CLINICAL-INSTITUTIONAL SUPERVISION AS A STRATEGIC DEVICE FOR PROMOTING OCCUPATIONAL HEALTH PROMOTION: CONSIDERATIONS FROM PSYCHOANALYSIS

RENATA ROSA DA COSTA

Mestre em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

MARIA ISABEL ROSA DA SILVA ARELLO

Doutoranda e Mestra em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Bom Jesus do Itabapoana-RJ, Brasil.

RESUMO

Introdução: Nos Centros de Atenção Psicossocial, as equipes deparam-se com sofrimento agudo, alta vulnerabilidade e contradições sociais. Nesse contexto, a psicanálise pode trazer contribuições significativas à escuta da singularidade e ao acolhimento da radicalidade em jogo no sofrimento psíquico e nas situações sociais críticas. Diante da complexidade e do volume de demandas, podem surgir desânimo, sensação de fracasso, defesas emocionais e desamparo entre profissionais. Esses fatores fragilizam as/os profissionais e comprometem o trabalho de construção de vínculos e redes. **Objetivo:** Apontar a relação entre adoecimento de trabalhadoras/es e a precarização da luta antimanicomial e do SUS devido a descontinuidade do trabalho. Defender a relevância dos espaços coletivos, enfatizando o lugar da supervisão clínico-institucional. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa, seguida de articulação dos achados com perspectivas de autores que dialogam entre saúde coletiva, saúde mental, saúde do trabalhador e psicanálise nas instituições. **Resultados:** O adoecimento produzido pelo processo de trabalho nos CAPS pode incorrer em absenteísmo e/ou presenteísmo. A contradição de oferecer cuidado em saúde mental e não contar com a garantia do cuidado de si revela-se como fator crítico no campo. Tal conjuntura potencializa a descontinuidade do trabalho, construído especialmente a partir das tecnologias de natureza relacional. A efetividade da Reforma Psiquiátrica e a manutenção da luta antimanicomial dependem do enfrentamento dessas questões e a supervisão clínico-institucional aparece como lugar favorável nessa direção. **Considerações finais:** A supervisão clínico-institucional é um espaço oportuno, onde o tema da saúde do/da trabalhador/a pode ser tratado transversalmente. O reconhecimento da complexidade e dos desafios e potencialidades do trabalho em equipe, pode promover, além de acolhimento, novas (re)significações da prática e da função da coletividade. Assim, o cuidado com a equipe pode qualificar o trabalho, produzindo impactos na atenção aos usuários e nas tessituras da Rede.

Palavras-chave: Atenção psicossocial; saúde do trabalhador; supervisão clínico-institucional; psicanálise.

ABSTRACT:

Introduction: At the Psychosocial Care Centers (CAPS), teams encounter acute suffering, high vulnerability, and social contradictions. In this context, psychoanalysis can offer significant contributions by listening to individual uniqueness and embracing the radical aspects at play in psychic suffering and critical social situations. Faced with the complexity and volume of demands, feelings of discouragement, failure, emotional defenses, and helplessness may arise among professionals. These factors weaken the staff and compromise the work of building bonds and networks. **Objective:** To highlight the relationship between worker illness and the precarization of the anti-asylum movement and Brazil's Unified Health System (SUS), due to the discontinuity of care work. To advocate for the importance of collective spaces, emphasizing the role of clinical-institutional supervision. **Methodology:** A narrative literature review was conducted, followed by an articulation of the findings with the perspectives of authors who engage in dialogues among public health, mental health, occupational health, and psychoanalysis in institutional settings. **Results:** Illness resulting from the work process in CAPS may lead to absenteeism and/or presenteeism. The contradiction of providing mental health care without ensuring self-care emerges as a critical issue in the field. This scenario amplifies the discontinuity of work—constructed especially through relational technologies. The effectiveness of the Psychiatric Reform and the maintenance of the anti-asylum struggle depend on addressing these issues, and clinical- institutional supervision appears as a favorable arena in this direction. **Conclusions:** Clinical- institutional supervision is an opportune space where the topic of worker health can be addressed transversally. Recognizing the complexity, challenges, and potentialities of teamwork can promote, beyond support, new (re)significations of practice and collective function. Thus, caring for the team can enhance work quality, producing impacts on user care and the textures of the care network.

Keywords: Psychosocial care; Worker health; Clinical-institutional supervision; Psychoanalysis.

INTRODUÇÃO

A presença da psicanálise nas instituições públicas de assistência à saúde é notória. No campo multidisciplinar da saúde mental, seus conceitos muitas vezes circulam em discussões clínicas promovidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços

que possuem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A missão preconizada pela luta antimanicomial de promover um cuidado não tutelar coaduna com a ética da psicanálise, “na medida em que ela toma distância dos espelhismos e do ideal de querer o bem do outro” (BROIDE, 2017, p. 83).

Nascidos da influência do modelo italiano de reforma, o dispositivo político e clínico de atenção psicossocial responde ao mandato legal de oferecer cuidado comunitário em saúde mental, tornando obsoletas as práticas manicomiais. Os CAPS assumem a tarefa de estruturar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais a nível municipal, atuando como seus principais articuladores e orientadores da política de saúde mental no território (BRASIL, 2015).

Desde sua regulamentação pelas Portarias de 1992 e 2002, até a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria 3.088/2011, os CAPS representam um avanço expressivo em direção à integralidade, à reintegração social e à desinstitucionalização.

A Portaria 3.088/2011 assinala que as atividades nos Centros de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos - grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe (BRASIL, 2011). Proposta contra-hegemônica num contexto em que testemunhamos e vivenciamos o avanço do neoliberalismo, forma de vida que propõe “um tipo de individualização baseado no modelo de empresa” (DUNKER, 2021, p. 11).

Ricardo Antunes (2018) descreve que está em jogo um crescente processo de individualização do trabalho e de ruptura dos laços de solidariedade, bem como a quebra da capacidade de acionamento das estratégias coletivas de defesa entre trabalhadores e trabalhadoras, a qual se encontra na base dos processos de adoecimento psíquico dos mesmos.

Lancetti (2006) chamou atenção para o que nomeou como complexidade invertida. Na saúde mental, procedimentos realizados em enfermarias e cenários hospitalares são procedimentos de baixa complexidade e que tendem à simplificação ao passo que ações que ocorrem no território geográfico e existencial são ações altamente complexas que exigem trabalho coletivo e laços de solidariedade.

Tal complexidade é expressa ainda pelo volume crescente de demandas, especialmente em territórios vulnerabilizados ou subfinanciados, o que tem ocasionado significativa sobrecarga aos profissionais da saúde mental. Lima, Sampaio e Souza (2024)

descrevem falas de trabalhadores e trabalhadoras de CAPS que relatam milhares de prontuários, filas de espera, atendimentos insuficientes e alternativas improvisadas para dar vazão ao trabalho.

O trabalho em saúde mental demanda dedicação de tempo e compreensão das especificidades de diferentes condições clínicas. Além disso, envolve o enfrentamento de situações complexas, como o manejo de comportamentos agressivos, episódios de violência e risco de suicídio, assim como a condução de questões sociais frequentemente associadas a populações em situação de alta vulnerabilidade (DICKENS; PICCIRILLO; ALDERMAN, 2023). Populações as quais estão submetidas a um desamparo social promotor do desamparo discursivo, uma vez que são nomeadas por termos e falas que condenam ou excluem (ROSA, 2018).

Além disso, nos serviços de saúde mental, os corpos das equipes técnicas estão constantemente expostos às tensões do cuidado, tornando-os vulneráveis a situações de violência. Agressões verbais e físicas, bem como lesões decorrentes desses episódios, são experiências que podem fazer parte do cotidiano dos serviços, evidenciando a precariedade das condições de trabalho e os riscos implicados no exercício diário da atenção psicossocial (BIZARRI et al., 2020). Nessa direção, encontramos no célebre livro “Clínica Peripatética” a seguinte orientação: “O terapeuta é quem vai habitar o limite, a tensão própria do trabalho antimanicomial. Trabalho do qual se substitui o muro do manicômio pelo corpo do terapeuta” (LANCETTI, 2006, p.104).

A prática institucional tem um caráter normatizador a partir de um saber prévio que quando associado aos ideais de bem e de cura, impõe a profissionais e usuários do serviço uma série de obrigações que terminam por desconsiderar a subjetividade tanto de uns quanto de outros (RINALDI, 2006). Nesse contexto, o sofrimento e o adoecimento dos/as profissionais são facilmente negligenciados, o que contribui para o comprometimento dos vínculos terapêuticos e também fragiliza e/ou inviabiliza a inventividade e a responsabilidade coletiva que deveriam estar no cerne da atenção psicossocial.

Dunker e Neto (2022) descrevem que atualmente:

(...) o sofrimento dos trabalhadores em saúde mental está mais relacionado à toxicidade da vida institucional e a redução da relação clínica com pacientes do que ao confronto trágico com a experiência da psicose ou da drogadição. Postos como uma espécie de último reduto antes da barbárie que é a miséria, a indigência discursiva e real, tais

trabalhadores vivem de forma turbinada o processo de precarização que caracteriza o capitalismo à brasileira (DUNKER & NETO, 2022, p. 20).

A clínica ensina que o sofrimento traz consigo uma demanda de reconhecimento e se transforma conforme é reconhecido, através de uma escuta (MORETTO, 2023). Ensina também que o trabalho pode produzir saúde quando há lugar para a criação coletiva e pessoal e quando há possibilidade de reconhecimento da/o profissional em sua atividade (SILVA & RAMMINGER, 2014). Diante disso, apostamos na supervisão clínico institucional - dispositivo historicamente ocupado por psicanalistas - como um lugar favorável para promoção de saúde do trabalhador.

Assim, a supervisão clínico-institucional, instituída formalmente no âmbito dos CAPS em 2005, emerge como um instrumento de qualificação capaz de fortalecer as equipes frente a impasses institucionais, fomentar a elaboração coletiva, mediar o diálogo com a gestão e trazer legitimidade à complexidade do cuidado no âmbito da saúde mental (CUNHA, 2022). Ao fortalecer o caráter coletivo, essa supervisão pode atuar como espaço de resistência à fragmentação assistencial e para reafirmar os princípios da Reforma Psiquiátrica no cotidiano dos serviços.

Nessa direção, o objetivo deste capítulo é explorar a relação entre o adoecimento das trabalhadoras e trabalhadores dos CAPS e a precarização da luta antimanicomial e do SUS, resultantes da descontinuidade dos processos de trabalho. Pretende-se defender, ainda, a relevância dos espaços coletivos e da supervisão clínico-institucional como dispositivos estratégicos capazes de resgatar a vitalidade dos vínculos, promover a escuta e sustentar a força do coletivo no contexto do cuidado institucional.

METODOLOGIA

Tipo de estudo e delimitação

No primeiro momento da pesquisa, o percurso metodológico contemplou a realização de revisão bibliográfica do tipo narrativa com o intuito de conhecer o estado da arte das produções publicadas acerca do tema. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa a partir da coleta de dados bibliográficos, com objetivo exploratório, a fim de investigar a relação entre o adoecimento de trabalhadores e trabalhadoras dos CAPS e a precarização das políticas de saúde mental.

Estratégia de busca

A partir da temática estudada, foi conduzida a busca nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed, utilizando os descritores (DeCS/MeSH) em português e inglês “saúde ocupacional”, “serviços de saúde mental” e “esgotamento profissional”, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi utilizado o operador booleano AND para o refinamento das buscas. O recorte temporal da pesquisa compreendeu o período de dez anos (2014-2024).

A chave de busca utilizada foi composta pela seguinte combinação: (“saúde ocupacional” OR “*occupational health*”) AND (“serviços de saúde mental” OR “*mental health services*”) AND (“esgotamento profissional” OR “*burnout*”). Os filtros utilizados foram: artigos disponíveis na íntegra, publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram identificados 29 artigos na busca preliminar (vide tabela abaixo). Para a realização da filtragem dos dados, fez-se necessário o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão da amostragem. Os critérios de exclusão adotados foram: estudos duplicados; artigos que abordam a temática do adoecimento de profissionais de saúde que atuam em outros dispositivos (como na Estratégia de Saúde da Família e no setor terciário); artigos que se detém aos impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais das equipes assistenciais; artigos que foram publicados fora do recorte temporal estabelecido na pesquisa; em função do acesso indisponível ao documento na íntegra. Após *screening* e verificação de texto completo, restaram 3 artigos elegíveis — 2 de SciELO e 1 de LILACS.

Base de dados	Encontrados	Selecionados	Excluídos
SciELO	15	2	13
PubMed	13	0	13
LILACS	1	1	0
Total	29	3	26

Extração de dados e síntese

De cada artigo incluído, foram extraídos: autores, ano, país; tipo de estudo e abordagem metodológica; principais achados sobre adoecimento e precarização; conceitos teóricos utilizados.

A análise foi conduzida por sintetização temática, organizando-se os achados em categorias emergentes que dialogam com autores de referência das áreas de saúde coletiva, do trabalhador e psicanálise.

Construção teórico-conceitual

Em um segundo momento, foi realizada uma articulação entre os achados da literatura e a perspectiva de autores que promovem debates entre saúde coletiva, saúde mental, saúde do trabalhador e psicanálise nas instituições. Essa articulação teórico-conceitual visa sustentar a análise da supervisão clínico-institucional como dispositivo estratégico de cuidado à equipe e de fortalecimento das práticas antimanicomiais no contexto do SUS.

Dessa forma, buscamos promover um “diálogo verdadeiramente interdisciplinar” (Broide, & Broide, 2020, p. 160) — um diálogo que preserva o rigor ético, técnico e clínico da psicanálise, ao mesmo tempo em que permanece aberto à interlocução com outras áreas do conhecimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sabemos que as equipes que atuam nos CAPS cotidianamente buscam, através das mais diversas atividades - atenção à crise, construção de projetos terapêuticos singulares, acompanhamento territorial, articulação de redes intersetoriais, atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares, matriciamento, participação em reuniões, fomento de fóruns e assembleias -, fazer valer a superação do modelo e das mentalidades manicomiais (AMARANTE, 2007).

Tal tarefa exige a tecitura de redes de cuidado que incidem em situações sociais críticas - cenários nos quais a exclusão e a discriminação social, bem como o sofrimento agudo e a vulnerabilidade se presentificam. Quanto aos efeitos da exposição a esse cenário, Broide e Broide (2020) destacam:

Quando o atendimento nas situações sociais críticas não é burocratizado, e o sujeito fala, deparamo-nos com situações transferenciais da maior complexidade. Geralmente, o que se apresenta é a morte ou violência eminentes, a multiplicidade das situações difusas, caóticas como o campo e os laços que o sujeito habita. O técnico facilmente perde o rumo diante da quantidade de urgências que se apresentam de modo simultâneo em seu trabalho. É comum um sentimento de confusão, desalento e desamparo. Em situações-limite frequentemente ocorrem perguntas do tipo (...) o que é fazer com a sensação de constante fracasso? (BROIDE & BROIDE, 2020, p. 27).

Aos desafios próprios à atenção psicossocial, soma-se a flagrante precarização do trabalho na contemporaneidade. Precisamos nos atentar aos efeitos da penetração da lógica neoliberal nas relações trabalhistas que se dão no contexto das instituições de saúde.

Antunes (2018) explicitou que a flexibilização como síntese ordenadora dos fatores que fundamentam as alterações na sociabilidade do capitalismo contemporâneo se expressa nas relações de trabalho através da diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada. Destaca, ainda, o desmonte da legislação trabalhista, a forte sensação de tempo comprimido e a pressão pela capacidade imediata de resposta dos trabalhadores e trabalhadoras às demandas.

Nas palavras de Dunker et al (2021):

Dar mais serviços a alguém do que pode realizar, atribuir mais controles e responsabilidades do que alguém é capaz de cumprir no horário regular de trabalho, criar metas inexequíveis para “puxar ao máximo” os esforços do trabalhador, criar políticas de competição entre departamentos e sistemas predatórios de bônus são exemplos de como o aumento de sofrimento, segundo a racionalidade da gestão e principalmente da microgestão, extrai valor de condições precárias de trabalho. (DUNKER et al, 2021, p.247)

É em meio a todo esse contexto que nos deparamos com equipes técnicas atendendo situações extremas, que expõem seus corpos a inúmeros atravessamentos, com poucos recursos metodológicos e pouca retaguarda institucional. Configuração que muitas vezes resulta em desmotivação e na constatação do baixo rendimento do trabalho, com a consequente dificuldade e pouca adesão da população atendida às ações propostas. “Essas equipes que enfrentam valorosamente o seu cotidiano dirigido aos excluídos, encontram-se diante do desamparo”, alertam Broide e Broide (2020, p.28). Destacam, ainda, que a impotência dos profissionais frente a precariedade facilmente gera movimentos defensivos que se erguem diante da complexidade e da miséria com a qual devem lidar.

Essa conjuntura eleva ainda mais o risco do comprometimento da saúde dos/as profissionais e o risco da descontinuidade dos processos de trabalho, uma vez que os CAPS dependem de tecnologias leves. Para Merhy (2002), as tecnologias leves são aquelas que operam no campo das relações interpessoais, da escuta qualificada, da construção de vínculos e do cuidado. Elas são consideradas imprescindíveis na produção do ato terapêutico e constituem o núcleo central da clínica ampliada e da humanização do cuidado em saúde.

O adoecimento gerado pelo processo de trabalho nos CAPS pode manifestar-se por meio de absenteísmo — quando o trabalhador se afasta do posto — e presenteísmo — ato de trabalhar enfermo ou estar presente no local de trabalho em condições que demandariam a ausência do profissional (ZUZELO, 2017), o que resulta em uma presença desimplicada. Quando há absenteísmo ou presenteísmo, a co-construção clínica e as tecnologias relacionais — interações coletivas, escuta construída, projeto terapêutico compartilhado — se fragmentam, comprometendo a qualidade da assistência e produzindo impactos à saúde mental da trabalhadora e do trabalhador.

Tanto o presenteísmo quanto o absenteísmo referem-se à chegada a um limite, que é a indisponibilidade. A contagiosa sensação de fracasso/ impotência acomete os corpos das equipes técnicas, tornando-os tensos, reativos e indisponíveis. Moretto (2023) assinala que a indisponibilidade do profissional de saúde no encontro com as pessoas por ele cuidadas pode ter efeitos iatrogênicos, na medida em acaba por gerar ainda mais desamparo.

Responder ao impossível como se fosse uma impotência pessoal pode ser uma forma de negá-lo. Há um sofrimento que advém da relação do sujeito com o impossível. “Diferenciar impossibilidade de impotência nos permite afirmar, [...] que frente ao impossível, cabe o luto, frente ao possível, cabe a luta (MORETTO, 2013 *apud* MORETTO, p. 4). Luta! Palavra cara ao movimento antimanicomial.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica e a continuidade da luta antimanicomial exigem o enfrentamento concreto das condições que fragilizam o trabalho em saúde mental. Nesse contexto, a supervisão clínico-institucional se apresenta como um espaço estratégico, pois contribui para a construção de ações integradas de cuidado, fomenta processos formativos no cotidiano dos serviços e aproxima teoria e prática na produção de saber sobre o trabalho realizado nos CAPS e na rede (CUNHA, 2022).

A supervisão, tempo de intervalo no fazer exacerbado dos serviços, promove um espaço

grupal de compartilhamento da experiência que possibilita o reconhecimento dos limites e das possibilidades apresentados em cada situação. Permite, ainda, o desvelamento de tramas transferenciais e do sentimento de impotência. Espaço potencial para abertura de brechas através das quais os trabalhadores e as trabalhadoras possam se deslocar de uma vivência angustiada e impotente para uma experiência de busca e construção de saber.

Quando se desvia de um caráter pedagógico, de fechamento de sentidos, o espaço da supervisão opera na direção da circulação da palavra e da “exploração do que ainda não foi dito no escutado” (BROIDE, 2017, p.100), possibilitando a tessitura da confiança, apontada como fundamental a um trabalho cooperativo por Dejours (2022). Este, defendendo a tese de que em determinadas condições é possível o trabalho desenvolver caráter emancipatório. Alertou-nos: “Toda regra de trabalho trata simultaneamente a relação com o real do trabalho e com o viver junto. Toda regra de trabalho é a um só tempo regra técnica e regra de saber viver” (DEJOURS, 2022, p.92).

A supervisão pode promover o exercício de esvaziamento de certezas cristalizadas (BROIDE, 2017), indispensável no âmbito da saúde mental, considerando que a relação com a alteridade está no centro da discussão nesse campo e “abrigar e tolerar o estranho é permitir que ele nos desestabilize permanentemente, deslocando nossas certezas” (KEHL, 2004, p.102). No campo da saúde mental, a supervisão clínico-institucional é um dispositivo historicamente ocupado por psicanalistas, o que não garante o desvelamento, a circulação e o esvaziamento mencionados.

No que diz respeito à presença da psicanálise nas instituições, Broide e Broide (2020) situam como desafio a manutenção da experiência psicanalítica em seu rigor ético, técnico e clínico sem que a mesma seja descharacterizada e, ao mesmo tempo, sem que seja supervalorizada frente aos demais saberes. Nessa direção, apostar que sustentar essa postura pode favorecer o fundamental diálogo com profissionais de outros campos do conhecimento.

Aqui, torna-se importante salientarmos que nos referimos à psicanálise escrita no Brasil por psicanalistas que têm se dedicado a praticar e teorizar sua presença nas instituições inspirados por conceitos formulados por Freud e Lacan. Nessa direção, apoiamo-nos na concepção de escuta como escuta do inconsciente (RINALDI, 2006), instrumento fundamental que quanto mais situa a fala como fonte do mal entendido (MORETTO, 2023) mais se afina e recolhe dos fenômenos de linguagem, das descontinuidades e embaraços do discurso a maneira particular de cada sujeito, a

dinâmica particular de cada equipe.

Apostamos na concepção de escuta como ferramenta de transformação quando quem fala se escuta e situa o sofrimento e a impotência advindos da relação com o impossível (MORETTO, 2023). No que diz respeito a este, a consideração pela dimensão sociopolítica do sofrimento nos orienta quanto aos determinantes sociais e econômicos geradores de desamparo social e discursivo tanto nas/nos profissionais quanto na população acompanhada (ROSA, 2018).

Ressaltamos, com Dejours (2022), que há mecanismos de defesa inconscientes apresentados por trabalhadores e trabalhadoras frente ao sofrimento e ao sentimento de indignidade e frustração no trabalho. Destacamos, ainda, a defesa contra a angústia e a canalização da agressividade contra a impotência expressas na impulsão para o trabalho ágil. Dunker et al (2021) assinalam que há uma gestão desse sofrimento pela lógica neoliberal, que extrai produtividade e desempenho desses mecanismos.

Num trabalho que se faz sobretudo a partir do estabelecimento de vínculos e redes, no qual cada membro da equipe suporta as relações vinculares e transferenciais (LANCETTI, 2003) o reconhecimento e manejo da multiplicidade transferencial nas equipes pode ser tomado como recurso metodológico gerador de saídas inventivas/ não defensivas (BROIDE & BROIDE, 2020) para os impasses que se colocam na oferta de cuidado em saúde mental.

Defendemos a supervisão clínico institucional como espaço favorável no qual a escuta da narrativa sobre casos e situações pode situar os não ditos e a nomeação dos limites e dos impossíveis diante dos quais as equipes atuam, já que "falar para um psicanalista é contar-se" (MORETTO, 2023, p.3). Ocasão em que se cria a oportunidade de algum manejo da angústia no trabalho, uma vez que a "angústia é um afeto Real que irrompe no corpo sem encontrar representação simbólica por meio das palavras" (MORETTO, 2023, p.3).

Recuperando o conceito de trauma proposto por Freud, Moretto (2023) destaca que o fracasso do testemunho frente a um outro indiferente confere caráter traumático a uma vivência de mal estar/sofrimento. Nessa direção, sublinhamos como uma situação crítica a condição de oferecer cuidado em saúde mental e não contar com o reconhecimento de seu sofrimento no espaço onde o trabalho é posto em questão.

Apostamos, assim, na supervisão clínico institucional como lugar oportuno onde, em meios aos tantos desafios e impossíveis, se torne viável a possibilidade da promoção

de saúde no trabalho, criando-se condições para que o mesmo seja artesanalmente tecido como trabalho vivo (DEJOURS, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção da psicanálise nas instituições precisa coadunar o rigor ético, técnico e clínico à postura dialógica frente aos demais campos do conhecimento, de modo que se possa promover um trabalho verdadeiramente multidisciplinar entre as diferentes áreas que compõem o campo da atenção psicossocial. Essa interlocução torna-se imprescindível diante da radicalidade do sofrimento psíquico e das situações sociais críticas manejadas no âmbito da saúde mental.

Frente a essa complexidade, bem como em função da precarização das condições laborais, importantes aspectos do trabalho podem se ver comprometidos e a saúde do trabalhador, em risco. Isso porque o adoecimento das trabalhadoras e trabalhadores não é apenas consequência das condições materiais adversas, mas também da fragilização dos vínculos, da sobrecarga institucional e da descontinuidade dos processos coletivos de cuidado. Nesse sentido, quando o trabalho em saúde mental é prejudicado, toda a base da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial se vê ameaçada. Assim, torna-se urgente compreender que cuidar dos profissionais é também uma forma de cuidar da política pública.

Nessa direção, a supervisão clínico-institucional, ao promover espaços de escuta, elaboração e (re)construção coletiva das práticas, constitui-se como um lugar estratégico e oportuno para que o tema da saúde dos/as trabalhadores/as seja abordado de forma transversal, integrada às práticas cotidianas de cuidado. Mais do que um dispositivo técnico, ela se configura como um território de escuta, elaboração coletiva e de implicação ética, no qual o sofrimento relacionado ao trabalho pode ser nomeado e tratado. Assim, ao integrar aspectos clínicos e institucionais, a supervisão fortalece o vínculo entre os integrantes da equipe, fomenta a multidisciplinaridade e sustenta a gestão compartilhada da clínica, elementos esses que são essenciais para a sustentação de práticas antimaniciais.

Ao reconhecer a complexidade do trabalho em equipe, a supervisão possibilita não apenas o acolhimento dos afetos e impasses que atravessam o fazer profissional, mas

também a produção de novas (re)significações sobre o próprio lugar do profissional e da coletividade nos serviços de saúde mental. Contribui, ainda, com a construção de metodologias de trabalho alinhadas às singularidades dos usuários e às demandas do território.

Ao promover o cuidado com quem cuida, a supervisão contribui para a sustentação das práticas inventivas e éticas que caracterizam a atenção psicossocial. Como efeitos, pode produzir impactos na qualidade da atenção aos usuários e o fortalecimento das articulações em rede, essenciais ao trabalho no âmbito da saúde mental.

Em síntese, fortalecer práticas coletivas contribui com a preservação dos princípios da Reforma Psiquiátrica, favorecendo a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras e resgatando a dimensão política da clínica. A supervisão clínico-institucional, nesse contexto, é um pilar fundamental para a manutenção e o fortalecimento de uma atenção psicossocial comprometida com o cuidado pautado na lógica antimanicomial e com a transformação das relações institucionais.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.
- AZEVEDO, D. S. et al. Risco de síndrome de burnout em enfermeiros da saúde mental. **Revista de Enferm. UFPR** Online, v. 13, 2019.
- BIZZARRI, J. V. et al. Aggression and violence toward healthcare workers in a psychiatric service in Italy: a retrospective questionnaire-based survey. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 208, n. 4, p. 299–305, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas, 2005, Brasília. Anais [...]. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BROIDE, E. E. **A extensão da intenção na escuta analítica de supervisão**. In: BROIDE, E. E. **Supervisão Como Interrogante da Práxis Analítica: Desejo de Analista e a Transmissão da Psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2017.
- BROIDE, J.; BROIDE, E. E. **A transmissão da psicanálise na supervisão clínico - institucional**. In: BROIDE, J.; BROIDE, E. E. **A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções**. 3. ed. São Paulo: Escuta, 2020.

CUNHA, V. C. A. Supervisão clínico-institucional no Centro de Atenção Psicossocial **e na Rede de Atenção Psicossocial**. Instituto Conasems, 2022.

DEJOURS, C. **Trabalho Vivo II**: Trabalho e emancipação / Christophe Dejours; tradução de Franck Soudant. São Paulo: Blucher, 2022.

DICKENS, G.; PICCIRILLO, M.; ALDERMAN, N. Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, v. 22, n. 6, p. 532– 544, 2013.

DUNKER, C.; PAULON, C.; SANCHES, D.; LANA, H.; LIMA, R.; BAZZO, R. Para uma arqueologia da Psicologia neoliberal brasileira. In: SAFATLE, V. L.; JUNIOR, N. S.; DUNKER, C. (Orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. 1. ed.; 2. reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

DUNKER, C. I. L.; NERO, F. K. **Psicanálise e saúde mental**. 2. ed., ampliada. Porto Alegre: Criação Humana, 2022.

KEHL, M. R. Civilização partida. In: NOVAES, A. (Org.). **Civilização e Barbárie**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. p. 101–124.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LIMA, I. C. S.; SAMPAIO, J. J. C. S; FERREIRA-JUNIOR, A. R. Trabalho e riscos de adoecimento na Atenção Psicossocial Territorial: implicações para a gestão do cuidado em saúde mental. **Revista Saúde Debate**, v. 47(139), pp. 878-892, out-dez 2023.

LIMA, I. C. S.; SAMPAIO, J. J. C.; SOUZA, K. C. A. Implicações da precarização do trabalho para gestão laboral e do cuidado na Atenção Psicossocial Territorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, e34071, 2024.

MERHY, E. E. Em busca do cuidado: o cotidiano de trabalho nas unidades de saúde.

3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORETTO, M. L. T. **A importância da escuta do sofrimento na formação e nas práticas de cuidado em saúde**. Revista Espaço Pedagógico, Passo Fundo, v. 30, e15531, 2023.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ROSA, M. D. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2. edição, 2018.

SILVA, C. O. d.; RAMMINGER, T. O trabalho como operador de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4751–4758, 2014.

TREICHEL, C. A. S. et al. Satisfação e sobrecarga de trabalho em profissionais da saúde mental. **Revista Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, 2024.

ZUZELLO, P. R. Going to work while sick: the phenomenon of sickness presenteeism. **Holistic Nursing Practice**, [S.l.], v. 31, n. 1, p. 59–61, 2017.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO LUTO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

COPING STRATEGIES FOR GRIEF AMONG
HEALTHCARE PROFESSIONALS: AN INTEGRATIVE
REVIEW

VERA LÚCIA HERIRNGER

Psicóloga e mestrandna em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria- UFSM

KAREN CRISTIANE PEREIRA DE MORAIS

Enfermeira, doutoranda em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria- UFSM

NARA MARILENE OLIVEIRA GIRARDON PERLINI

Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM

RESUMO

Objetivo: O estudo teve como objetivo identificar as evidências científicas sobre o apoio psicológico oferecido aos profissionais da saúde atuantes em ambiente hospitalar, com foco nas estratégias de enfrentamento do luto diante da morte de pacientes. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases LILACS, Indexpsi, Medline e Scopus, entre junho e julho de 2024. Foram incluídos seis artigos publicados em português e inglês, classificados como estudos qualitativos ou descritivos (nível 4 de evidência). **Resultados e Discussão:** Os resultados apontaram que a exposição constante à morte gera impacto emocional significativo nos profissionais da saúde, manifestando-se em sofrimento psíquico, estresse e desgaste emocional. As estratégias de enfrentamento identificadas incluem o distanciamento emocional, a busca por apoio psicológico, espiritualidade e atividades de autocuidado. Observou-se que o luto vivenciado por esses profissionais é frequentemente invisibilizado e tratado como “luto não reconhecido”, o que reforça a necessidade de políticas institucionais voltadas ao cuidado emocional. A discussão evidencia que ações como grupos de apoio, rodas de conversa, supervisão clínica e práticas integrativas contribuem para o fortalecimento da saúde mental e a humanização do cuidado. **Considerações Finais** Portanto cuidar de quem cuida é essencial para garantir a qualidade da assistência e promover ambientes de trabalho emocionalmente saudáveis. Recomenda-se que futuras pesquisas ampliem o debate e proponham intervenções estruturadas voltadas à gestão do luto em contextos hospitalares.

Palavras-chave: Luto; Profissionais de saúde; Apoio psicológico; Saúde mental; Humanização.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to identify scientific evidence on the psychological support offered to healthcare professionals working in hospital settings, focusing on strategies for coping with grief after patient death. **Method:** This is an integrative literature review conducted in the LILACS, Indexpsi, Medline, and Scopus databases between June and July 2024. Six articles published in Portuguese and English, classified as qualitative or descriptive studies (level 4 evidence), were included. **Results and Discussion:** The results indicated that constant exposure to death has a significant emotional impact on healthcare professionals, manifesting as psychological distress, stress, and emotional exhaustion. Coping strategies identified include emotional distancing, seeking psychological support, spirituality, and self-care activities. It was observed that the grief experienced by these professionals is often made invisible and treated as "unrecognized grief," which reinforces the need for institutional policies focused on emotional care. The discussion highlights that actions such as support groups, discussion groups, clinical supervision, and integrative practices contribute to strengthening mental health and humanizing care. **Final Considerations:** Therefore, caring for those who provide care is essential to ensuring quality care and promoting emotionally healthy work environments. It is recommended that future research broaden the debate and propose structured interventions focused on grief management in hospital settings.

Keywords: Grief; Healthcare professionals; Psychological support; Mental health; Humanization.

INTRODUÇÃO

A morte, embora seja um evento inevitável, desperta emoções intensas, como dor e raiva, que não afetam apenas os pacientes e seus familiares, mas também os profissionais de saúde. A exposição constante a situações de perda pode, com o tempo, gerar reações emocionais e psicológicas significativas nesses trabalhadores, comprometendo sua saúde mental e a qualidade do cuidado prestado. Segundo Faria e Figueiredo (2017), o contato frequente com a morte torna esses profissionais especialmente vulneráveis, uma vez que o falecimento de um paciente impacta todos os envolvidos, despertando sentimentos de sofrimento e angústia comumente compartilhados nesse contexto.

O apoio psicológico configura-se como uma estratégia essencial para minimizar os impactos negativos da vivência da morte e promover o bem-estar dos profissionais da saúde. Assunção e Baquião (2022) destacam a importância desse suporte no enfrentamento dos desafios emocionais por esses trabalhadores. O luto vivenciado por estes, entretanto, muitas vezes, se apresenta como um “luto não reconhecido”. De acordo com Dias (2023) este tipo de luto é caracterizado pela impossibilidade de ser expresso ou vivido de forma aberta, seja por imposições sociais ou por negação interna do próprio enlutado, especialmente quando o vínculo com o falecido não é socialmente validado ou quando o sofrimento do profissional não é legitimado como luto.

No exercício da prática em saúde, cujo propósito central é a preservação da vida e a promoção da cura, a morte costuma ser percebida como um fracasso. Diante dessa compreensão, muitos profissionais recorrem a estratégias defensivas como o distanciamento e a desconexão emocional para lidar com experiências que despertam sentimentos intensos de tristeza, impotência e estresse (PUENTE-FERNÁNDEZ *et al.*, 2020). Nesse contexto, o luto vivenciado por esses profissionais tende a ser silenciado ou invisibilizado, especialmente em ambientes hospitalares marcados por alta demanda assistencial, escassez de recursos e ritmo de trabalho acelerado (Ramos *et al.*, 2024). Embora vínculos afetivos significativos sejam frequentemente estabelecidos entre profissionais e pacientes, o sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde é, em grande parte, negligenciado tanto nas esferas institucionais quanto na dimensão subjetiva (FUNK, PETER, ROGERS, 2017).

Diante do exposto, o enfrentamento do luto entre profissionais da saúde constitui um desafio relevante e ainda pouco visibilizado no contexto hospitalar. A constante

exposição à morte, somada às exigências emocionais e estruturais do trabalho, pode gerar sofrimento psíquico e comprometer a qualidade da assistência prestada. Assim, torna-se essencial que as instituições de saúde reconheçam e acolham o luto desses profissionais, promovendo espaços de escuta, apoio psicológico e educação emocional.

Investir em estratégias de cuidado voltadas ao bem-estar dos trabalhadores é, portanto, uma ação fundamental para fortalecer não apenas a saúde mental das equipes, mas também a humanização do cuidado em saúde. Dessa forma, este estudo teve como objetivo identificar a produção científica as evidências disponíveis sobre o apoio psicológico oferecido aos profissionais atuantes em ambiente hospitalar, com ênfase nas intervenções voltadas para o enfrentamento da perda e do luto decorrente do falecimento dos pacientes.

MÉTODO

Este estudo consiste em ser uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa permite categorizar os estudos sobre a temática feitos anteriormente (CESNIK, SANTOS, 2012). A questão de revisão desenvolvida foi: Quais estratégias de enfrentamento do luto são utilizadas em ambiente hospitalar pelos profissionais da saúde? Construiu-se então, para construção desta foi utilizada a estratégia PICo. A sigla PICo representa o acrônimo População, Interesse, Contexto. Onde a população foi considerada os profissionais da saúde, interesse o apoio psicológico e o contexto do ambiente hospitalar em momento de perda ou luto de pacientes.

A busca ocorreu nos meses de junho e julho de 2024, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Indexpsi através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Medline e Scopus. Foram considerados artigos em português, inglês ou espanhol, não houve limitação de anos de publicação na pesquisa realizada, para assim, se ter uma maior abrangência de artigos a respeito do tema. Foram excluídos artigos repetidos, os que no momento de leitura do título e do resumo não trabalhavam a temática.

Para a operacionalização da busca, foi desenvolvida a seguinte estratégia conforme quadro 1. Destaca-se que as bases Medline e Scopus foram utilizados descritores em idioma inglês para alcançar mais estudos

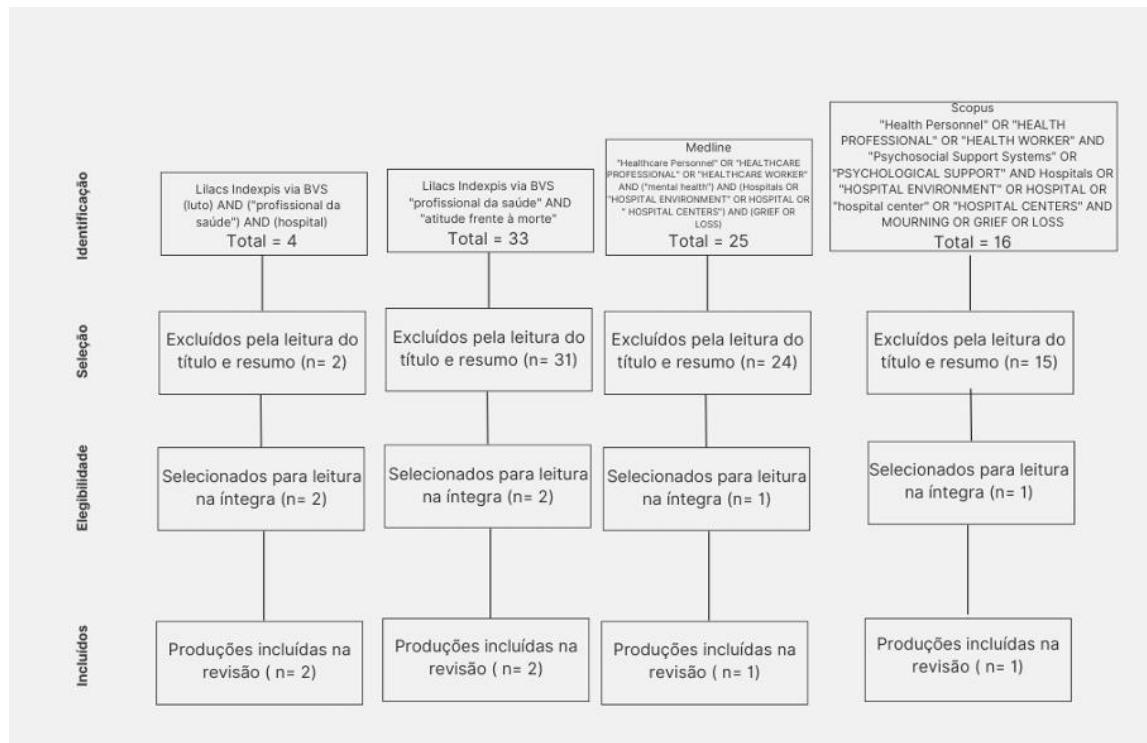
Quadro 1. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados selecionadas e seus respectivos resultados obtidos. Santa Maria, RS, Brasil, 2025.

Base de dados	Estratégia	Resultados
LILACS	(luto) AND ("profissional da saúde") AND (hospital),	4
Indexpsi	"profissional da saúde" AND "atitude frente à morte"	33
MEDLINE	"healthcare personnel" or "healthcare professional" or "healthcare worker" and ("mental health") and (hospitals or "hospital environment" or hospital or " hospital centers") and (grief or loss)	25
Scopus	"health personnel" or "health professional" or "health worker" and "psychosocial support systems" or "psychological support" and hospitals or "hospital environment" or hospital or "hospital center" or "hospital centers" and mourning or grief or loss,	16
Total		78

Fonte: Autor, 2024.

Ao total forma analisados para este estudo seis artigos. As recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma) foram adaptadas no que contempla esta revisão (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção e inclusão de estudos primários na revisão adaptado do Prisma.



Fonte: Autor, 2024

Os seis estudos mantidos para revisão foram lidos na íntegra, a partir desta etapa, foi houve a delimitação do tema de apoio psicológico para os profissionais da saúde atuantes em ambiente hospitalar no momento de perda ou luto de seus pacientes. A partir da análise dos seis artigos incluídos no corpus do estudo, foi possível fazer a síntese da caracterização a qual se encontra no quadro abaixo (Quadro 2).

Quadro 2. Síntese das evidências sobre o apoio psicológico para os profissionais da saúde atuantes em ambiente hospitalar no momento de perda ou luto de seus pacientes.

Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2024.

Autor/ Título/ Ano	Objetivo	Metodologia
Serafim, Camilo,Carizanic, Gervasio, Carlos, Salim/ Atenção à mulher em situação de óbito fetal intrauterino: vivências de profissionais da saúde/ 2022	Compreender as experiências de profissionais de saúde da atenção obstétrica em relação à situação de óbito fetal intrauterino	Estudo qualitativo, com estrevista semiaberta, com 11 profissionais saúde atuantes diretamente em na atenção a saúde da mulher e atenção obstétrica
Kovacs/ Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional /2010	Objetivos: a) Aquecimento e sensibilização para abordar as dificuldades principais; b) Aprofundamento do tema trazido pelo grupo; c)Planejamento dos cuidados ao cuidador pensado pela equipe de trabalho, tendo em vista suas necessidades; d) A metodologia utilizada durante as diversas fases do trabalho atividades em grupo. Uma modalidade de cuidado é o plantão psicológico	Estudo qualitativo com a proposta de cuidados ao cuidador, aplicado em profissionais da saúde
Müncher, Quintana, Vasconcelos/ Estratégias de Enfrentamento Utilizadas por Profissionais do SAMU Frente à Iminência de Morte de Pacientes / 2022	Verificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de uma equipe do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) frente situações de iminência de morte de pacientes, além de avaliar a correlação entre coping e ansiedade, depressão e estresse	quantitativa que utilizou o DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) e o Inventário de Estratégias de Coping para avaliar as estratégias de enfrentamento
Cunha, Ferreira, FrizzoII, GalonII, Rodrigues/ Significados atribuídos à morte segundo a perspectiva de profissionais de saúde da área de oncologia/2021	compreender a construção dos significados da morte pelos profissionais de saúde frente ao cuidado à pessoa com câncer.	estudo qualitativo que utiliza entrevistas semiestruturadas interpretadas através de análise temática.
Cybulska, Zolnowska , Schneider-Matyska , Nowak , Starczevska , Grochans ,Cymbaluk-Ploska/ Analysis of Nurses' Attitudes toward Patient Death/2022	Analizar as atitudes dos enfermeiros em relação à morte de um paciente, levando em consideração as emoções que eles vivenciam e a percepção geral da morte	pesquisa quantitativa que envolveu 516 enfermeiros, utilizando métodos de levantamento diagnóstico com instrumentos específicos (Death Attitudes Profile Revisited, Scale of Fear and Fascination with Death, e um questionário demográfico).
Lamiani, Borghi, Poli, Razzini, Colosio, Vegni/Hospital Employees' Well-Being Six Months after the COVID-19 Outbreak: Results from a Psychological Screening Program in Italy/2021	Descrever um programa de triagem psicológica desenvolvido em um grande hospital universitário em Milão, Itália, e avaliar os resultados psicológicos dos funcionários e fatores associados.	pesquisa quantitativa que utilizou um levantamento eletrônico para coletar dados sociodemográficos e informações sobre a experiência com COVID-19, além de três escalas para avaliar ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Os dados foram analisados usando regressão logística multivariada.

Fonte: Autor, 2024

Dos estudos analisados os seis artigos enquadram no Nível 4 de evidência, caracterizados por serem estudos qualitativos ou descritivos. Os artigos analisados, quatro estão escritos em português e dois em inglês. Essa distribuição linguística reflete a diversidade de fontes utilizadas na pesquisa, abrangendo tanto a produção científica nacional quanto internacional. A presença significativa de artigos em português destaca a contribuição dos pesquisadores nacionais, enquanto os artigos em inglês evidenciam a integração e diálogo com a comunidade científica global.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de lidar com a morte e o luto no ambiente hospitalar representa um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais da saúde, uma vez que a vivência constante da finitude humana desperta emoções intensas e complexas. Embora esses trabalhadores reconheçam a morte como parte natural do ciclo da vida, o contato repetido com situações de perda gera impacto emocional significativo, refletindo-se em sofrimento psíquico e desgaste profissional. Diversos estudos apontam que, diante dessa realidade, os profissionais adotam diferentes estratégias de enfrentamento, que vão desde o distanciamento emocional até a busca por apoio psicológico e espiritual.

Com relação à análise dos resultados obtidos pelos autores em seus estudos, constata-se a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a morte dos pacientes. Embora compreendam que a morte é um fenômeno natural, conforme destacado por Kovacs (2010, p. 424), "a dor e a morte estão presentes no seu cotidiano", é inevitável que a perda abala emocionalmente os profissionais. Serafim et al. (2010, p. 5) ressalta que "as situações de perda são vistas de múltiplas formas, levando em conta as subjetividades e os repertórios de vivências durante a trajetória de cada um", sublinhando a diversidade de reações individuais diante do luto. Além disso, o medo da morte também permeia a experiência dos profissionais, pois enfrentar a morte do outro frequentemente os leva a refletir sobre sua própria mortalidade.

Cybulská et al. (2022) identificaram que emoções como medo, tristeza e desamparo surgem ao considerar o processo de morte e morrer, evidenciando a complexidade emocional envolvida no trabalho hospitalar. No que tange ao apoio psicológico, o artigo de Kovacs (2010) demonstra como essas intervenções podem transformar um ambiente estressante. Ela enfatiza a importância de "cuidar do cuidador", proporcionando aos profissionais de saúde um espaço para expressar sua dor pela perda de pacientes. Kovacs sugere que atividades de lazer, terapia e cursos de aperfeiçoamento sobre o tema podem ajudar os profissionais a lidar melhor com a morte, reduzindo inclusive os casos de Burnout. Além disso, o estudo de Lamiani et al. (2021) apresenta um modelo de intervenção psicológica que auxilia os profissionais em ambientes hospitalares a gerenciar seu sofrimento psíquico, reforçando a eficácia do apoio psicológico nesse contexto.

Cunha et al (2021) neste artigo foi feito uma pesquisa on-line com 34 profissionais da saúde e obteve como resultado de que a morte para o profissional da saúde em muitos momentos é tratada como algo inerente ao ciclo de vida, e estes criam para si significados para este momento como: término de sofrimento, pensamentos mais voltados para o lado religioso citando uma certa vontade superior. Traz a gestão como membro importante neste processo de criação de meios de apoio para o enfrentamento da morte citando espaços para cuidado em saúde mental, práticas integrativas, cursos e grupos de estudo a respeito de temáticas como morte, comunicação de más notícias. Mas não deixa de fora a responsabilidade na formação acadêmica com disciplinas específicas sobre a finitude.

Neste sentido, München et al (2022) também traz a importância de um espaço de diálogo no ambiente de trabalho referente a temática, na análise de seus resultados estes trouxeram que os profissionais do SAMU tendem a utilizar as seguintes estratégias de enfrentamento a morte iminente de pacientes “resolução de problemas, autocontrole e reavaliação positiva”. Ao discutirmos esta temática trazemos à tona a importância de cuidar de quem cuida, por mais que estes trabalhadores da saúde tenham conhecimento técnico do ato de cuidar, não os retira a humanidade e o sentir, se distanciar pode ser um meio para tentar não se afetar tão profundamente pela perda, tratando a morte como algo esperado, em muitos casos. Porém, o profissional é ser humano que nutre emoções e pode vir a sofrer pela perda, e, se este ambiente puder proporcionar apoio nestes momentos, qualificação, momentos de escuta, trocas entre 16 membros da equipe, poderá assim, contribuir para melhorar a qualidade do trabalho e diminuir o adoecimento.

Como limitação deste estudo, destaca-se o número reduzido de pesquisas incluídas na revisão, além da escassez de estudos que avaliem, de forma consistente, a eficácia das intervenções voltadas ao manejo do luto. A realização da revisão integrativa, ao abordar o luto vivenciado por profissionais da saúde diante da morte dos pacientes, traz à tona a discussão sobre a forma de luto frequentemente invisibilizada o chamado “luto não reconhecido” ou “luto não aceito”. Tal abordagem pode contribuir para ampliar o debate e o conhecimento sobre o tema, promovendo maior sensibilização quanto à importância de oferecer estratégias que permitam a esses profissionais vivenciarem seu luto de maneira legítima, ética e emocionalmente saudável.

Embora os profissionais da saúde tenham conhecimento técnico e frequentemente tentam se distanciar emocionalmente para lidar com a perda, estes são seres humanos, e

como tal, suscetíveis ao impacto emocional dessas experiências. Proporcionar um ambiente de trabalho que ofereça qualificação contínua, espaços de escuta e oportunidades para trocas entre membros da equipe pode não apenas melhorar a qualidade do atendimento prestado, mas também promover a saúde mental e o bem-estar desses profissionais. Investir no cuidado de quem cuida é, portanto, uma estratégia fundamental para proporcionar um sistema de saúde mais humano e sustentável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que o enfrentamento do luto entre profissionais da saúde constitui um tema de grande relevância, mas ainda pouco explorado no âmbito científico e institucional. A morte, embora seja parte inevitável do ciclo da vida, continua sendo um evento que provoca intensas repercussões emocionais e psicológicas nos trabalhadores da saúde, que diariamente lidam com situações de perda em seu ambiente de trabalho. O contato constante com a finitude humana pode desencadear sofrimento psíquico, sentimento de impotência e desgaste emocional, comprometendo tanto o bem-estar desses profissionais quanto a qualidade da assistência prestada.

As evidências encontradas apontam que o luto vivenciado pelos profissionais da saúde é frequentemente invisibilizado ou tratado como um “luto não reconhecido”, o que reforça a necessidade de promover espaços institucionais de escuta, acolhimento e apoio psicológico. Estratégias como grupos de apoio, rodas de conversa, supervisão clínica, capacitações sobre o tema da morte e do morrer, além de práticas integrativas de cuidado emocional, mostraram-se eficazes na literatura para amenizar o impacto emocional e favorecer o enfrentamento saudável do luto.

Constata-se, portanto, a importância de que as instituições hospitalares e os gestores reconheçam o sofrimento emocional de suas equipes, implementando políticas e programas permanentes de cuidado psicológico voltados aos profissionais da saúde. Investir em ações que promovam o autocuidado, a escuta empática e o fortalecimento das relações interpessoais representa um passo essencial para a humanização do trabalho em saúde. Assim, cuidar de quem cuida é mais do que uma necessidade ética é um compromisso com a sustentabilidade emocional e a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes.

Dessa forma, recomenda-se que futuras investigações ampliem o escopo dessa temática, contribuindo para o desenvolvimento de práticas institucionais mais sensíveis e humanizadas frente à morte e ao sofrimento dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, O. da S.; BAQUIÃO, L. A. *Luto na equipe de saúde*. Revista Saúde em Foco, [S. l.], p. 807-902, 2022. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2022/09/LUTO-NA-EQUIPE-DA-SA%C3%A9-p%C3%A1g-887-a-902.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2024.
- CESNIK, V. M.; SANTOS, M. A. dos. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S. l.], p. 339-349, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/mWmSpwFPgKLRFRTsYTpMnBN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2024.
- CUNHA, J. H. S.; FERREIRA, L. A.; FRIZZO, H. C. F.; GALON, T.; RODRIGUES, L. R. Significados atribuídos à morte segundo a perspectiva de profissionais de saúde da área de oncologia. **Revista de Enfermagem UERJ**, [S. l.], p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/52717/38556>. Acesso em: 15 jul. 2024.
- CYBULSKA, A. M. et al. Analysis of nurses attitudes toward patient death. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph192013119>. Acesso em: 15 jul. 2024.
- DIAS, J. R. S. Profissional da saúde e a experiência de um luto não reconhecido. **Revista Cathedral**, p. 191-196, 2023. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/668/202>. Acesso em: 15 jul. 2024.
- FARIA, S. de S.; FIGUEIREDO, J. de S. *Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar*. Psicologia Hospitalar, v. 15, n. 1, p. 44-66, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v15n1/15n1a05.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2024.
- FUNK, L. M.; PETERS, S.; ROGER, K. S. The emotional labor of personal grief in palliative care: balancing caring and professional identities. **Qualitative Health Research**, v. 27, n. 14, p. 2211-2221, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28891373/>. Acesso em: 22 jun. 2025.
- KOVACS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, p. 420-429, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf. Acesso em: 15 jul. 2024.
- LAMIANI, G. et al. Hospital employees' well-being six months after the COVID-19 outbreak: results from a Psychological Screening Program in Italy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18115649>. Acesso em: 15 jul. 2025.
- MÜNCHEN, M. A. B.; QUINTANA, A. M.; VASCONCELLOS, S. J. L. Estratégias de enfrentamento utilizadas por profissionais do SAMU frente à iminência de morte de pacientes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, p. 67-85, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/66480/41875>. Acesso em: 15 jul. 2024.
- PUENTE-FERNÁNDEZ, D. et al. Nursing professionals' attitudes, strategies, and care practices towards death: a systematic review of qualitative studies. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 52, n. 3, p. 301-310, 2020. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12550>. Acesso em: 20 jun. 2025.

RAMOS, C. M. O. et al. Death as a companion: experiences of health professionals with bereavement. **Trends in Psychology**, 2024. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s43076-024-00426-8>. Acesso em: 20 jun. 2025.