

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DAS ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO (*COPING*) DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE
LIDAM COM A MORTE E O MORRER**

Bolsista: Raquel Helena Assayag, FAPEAM

Manaus

2014

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DAS ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO (*COPING*) DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE
LIDAM COM A MORTE E O MORRER**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**RELATÓRIO FINAL
PIB-SA/0085/11**

**Revisão Bibliográfica acerca das estratégias de enfrentamento (coping) dos
profissionais de saúde que lidam com a morte e o morrer**

**Bolsista: Raquel Helena Assayag, FAPEAM
Orientadora: Profa. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida**

**MANAUS
2014**

Todos os direitos deste relatório são reservados à Universidade Federal do Amazonas, ao Laboratório de Investigação em Ciências Cognitivas (LABICC) da Faculdade de Psicologia e aos seus autores. Parte deste relatório só poderá ser reproduzida para fins acadêmicos ou científicos.

Esta pesquisa, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas, foi desenvolvida pelo Laboratório de Investigação em Ciências Cognitivas (LABICC).

RESUMO

Diante da dificuldade social em lidar com a morte, deparar-se com ela no meio profissional pode ser um evento vital estressor. Assim sendo, pesquisadores constataram que profissionais da área de saúde adotam estratégias de enfrentamento para lidar com esta situação, dependendo de como a percebem. Estas respostas de adaptação são concebidas pela teoria cognitivo-comportamental como estratégias de *coping*. Para avaliar quais são elas, foram criados diversos instrumentos baseados no conceito de *coping*, como o Inventário de Estratégias de Enfrentamento, de Lazarus e Folkman (1985). Diante disso, este estudo se propõe a fazer uma revisão bibliográfica a respeito de como os profissionais de saúde enfrentam a morte em seu cotidiano laboral, a partir da classificação dos estudos por ano de publicação, bem como identificação de quais são as categorias profissionais mais avaliadas em pesquisas, quais instrumentos são comumente utilizados para aferir estratégias de coping e qual a metodologia de pesquisa mais utilizada nesses estudos. A pesquisa bibliográfica foi realizada através de bases de dados como Scielo, Pubmed e Periódicos Capes, utilizando-se como termos de busca *coping, health professionals, death, profissionais da saúde e morte*. Os achados foram condensados nos resultados do presente trabalho, através da elaboração de uma tabela.

Palavras-chave: morte; profissionais de saúde; instrumentos de avaliação; coping.

ABSTRACT

Given the social difficulty dealing with death, face with her in professional environment can be a stressful life event. Thus, researchers have found that health professionals adopt coping strategies to deal with this situation, depending on how they perceive it. These adaptive responses are conceived by cognitive-behavioral theory and coping strategies. To evaluate what they are, many tools were created based on the concept of coping, such as Coping Strategies Inventory, Lazarus and Folkman (1985). Thus, this study aims to do a literature review about how health professionals face death in their everyday work, from the classification of studies by year of publication, as well as identifying what are the most valued professional categories on surveys, which are commonly used instruments to assess coping strategies and how further research methodology used in these studies. A literature search was conducted through databases such as SciELO, PubMed and Periódicos Capes, using as search terms coping, health professionals, death, health professionals and death. The findings were condensed on the results of this work, through the preparation of a table.

Keywords: death; health professionals; assessment tools; coping.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Modelo de Processamento de Stress e Coping (Lazarus e Folkman, 1984).....	31
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Base de dados, ano de publicação e produções a partir dos descritores coping, profissionais de saúde e morte	37
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 Histórico da percepção humana sobre a morte.....	11
2.2 A morte em culturas não Ocidentais	19
2.2.1. A morte na cultura Judaica.....	20
2.2.2. A morte na cultura Islâmica.....	21
2.2.3. A morte na cultura Africana.....	22
2.2.4. A morte na cultura Japonesa.....	23
2.3. Sobre as reações dos profissionais de saúde diante da morte.....	25
2.4. Sobre as estratégias de enfrentamento (coping) na Teoria Cognitivo Comportamental.....	27
3.METODOLOGIA.....	3
3.1 Tipo de pesquisa	33
3.2 Materiais	34
3.3 Procedimentos	34
4. RESULTADOS	34
4.1. Estudos sobre coping em profissionais de saúde: instrumentos, metodologia e resultados.....	34
4.2. Classificação dos estudos por ano de publicação a partir dos descritores coping, profissionais de saúde e morte.....	38
4.3. Análise e discussão dos resultados encontrados.....	39
5. CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS	42

1- INTRODUÇÃO

Na teoria Cognitivo Comportamental (TCC), a percepção é um fenômeno psicológico bastante relevante, por se traduzir no modo como o indivíduo internaliza as situações que vivencia, ou seja, por mediar a relação entre o indivíduo e as demandas do meio externo a ele, resultando em respostas comportamentais específicas. Em outros termos, a avaliação perceptiva precede nossas ações. Segundo Dobson e Dozois (2001) “há sempre um processamento cognitivo e avaliação de eventos internos e externos que podem afetar a resposta a esses eventos”. Interessa à TCC conhecer de que modo reagimos às situações a partir da percepção que temos delas. No presente trabalho delimitamos este interesse da abordagem à como os profissionais de saúde têm percebido situações de morte em seu cotidiano laboral, e conseqüentemente, como reagem a esta situação, a nível cognitivo e comportamental.

Aqui uniremos então o conceito de percepção a outro conceito da teoria cognitivo comportamental: o de estratégias de enfrentamento (*coping*). Estratégias de enfrentamento (*coping*) são justamente respostas cognitivas e comportamentais que traduzem o modo como percebemos e reagimos às situações estressoras, com base em Lazarus e Folkman (1984).

Sendo assim, se desejamos conhecer a postura dos profissionais de saúde diante da morte, devemos investigar suas estratégias de enfrentamento frente a ela. De modo mais específico, objetivamos, através de revisão bibliográfica, conhecer quais são as categorias profissionais mais avaliadas em pesquisas, através de quais instrumentos são avaliadas e quais metodologias de pesquisa são mais comumente utilizadas para tanto, além de classificar estes estudos segundo o ano de publicação.

Para realização deste estudo, alguns textos tiveram importância fundamental, tais como os livros: “Sobre a morte e o morrer”, de Elizabeth Kubler-Ross (2008) e “História

da Morte no Ocidente”, de Phelippe Ariès (2003); além de artigos científicos como: “Morte: uma visão psicossocial” de Combinato e Queiroz (2006) e “O conceito de *coping*: uma revisão teórica”, de Antoniazzi, Dell`agio e Bandeira (1998).

Neste trabalho, lançamos mão da **hipótese** de que, por a morte ser constituída, ao longo da História, como objeto de repulsão por parte da sociedade, os profissionais de saúde podem refletir essa repulsa e apresentar uma carga de estresse maior diante da morte em seu cotidiano laboral, demandando certas estratégias de enfrentamento (*coping*) para lidar com a situação.

Ao iniciar este estudo, pensamos e debatemos também a respeito do por que realizá-lo e também como realizá-lo. Quanto ao primeiro aspecto, **por que** desenvolver esta temática, o que mais nos motivou fora a originalidade do tema morte, bem como a escassez de estudos que aliassem uma análise histórica da morte a estratégias de enfrentamento (*coping*) em profissionais de saúde. Outra motivação presente na escolha deste tema fora a possibilidade de alertar os leitores, da área de saúde ou não, para o questionamento das atitudes percebidas como naturais, em um processo de tomada de consciência de como nossas percepções são constituídas historicamente e como são refletidas em nosso cotidiano relacional e laboral.

Quanto à **como** realizar o trabalho, optamos por utilizar a revisão bibliográfica como método de pesquisa, utilizando os descritores **profissionais de saúde, morte, instrumentos de avaliação de estratégias de *coping*** para pesquisa em bases de dados como Periódicos Capes, Scielo, Pubmed e Pepsic.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1- Histórico da percepção humana sobre a morte

Ao iniciar este estudo, não debatemos sobre o que vem a ser percepção por um acaso. A percepção que temos da morte não é natural. O modo como lidamos com ela subjetivamente é resultado da internalização, ainda que esta seja muito particular, que fazemos da concepção de morte presente na nossa sociedade, a qual é resultado de um longo processo histórico, marcado por diferentes sistemas econômicos, sociedades e costumes. A morte, que, no senso comum, muitas vezes aparece como naturalmente triste e repudiada, não é assim por natureza. Ela nem sempre foi percebida desse modo, nem sempre ocorreu este emparelhamento entre uma coisa e outra. Antes de falarmos sobre a relação dos profissionais de saúde diante da morte e do morrer, então, explanemos mais o histórico da morte ao longo do tempo na cultura Ocidental (COMBINATO e QUEIROZ, 2006).

Na idade média, a morte era vivida não como a inexistência de algo, um não ser. Ela era provida de qualidade existencial, assim como a vida. Existiam cerimônias e rituais dos quais muitas pessoas participavam, sendo que muitos destes rituais eram festivos. As mortes ocorriam geralmente em casa e o indivíduo falecia próximo aos seus familiares. As manifestações afetivas eram vividas sem pesar excessivo (COMBINATO e QUEIROZ, 2006). Segundo Philippe Aries (2003):

“Era importante que os parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes. Levavam-se as crianças – não há representação de um quarto de moribundo até o século XVIII sem algumas crianças. E quando se pensa nos cuidados tomados hoje em dia para afastar as crianças das coisas da morte! Enfim, a última conclusão e a mais importante: a simplicidade com que os ritos da morte eram aceitos e cumpridos, de modo cerimonial, evidentemente, mas sem caráter dramático ou gestos de emoção excessivos.”

Os defuntos eram enterrados em valas, sem caixão; e isto acontecia na própria igreja, para que os santos protegessem os moribundos do inferno. Os ricos eram enterrados no interior das igrejas e os pobres, no seu pátio. As pessoas que frequentavam o local compartilhavam, então, o mesmo ambiente dos mortos, não havendo um marcante sentimento de repugnância (ARIES, 2003). Como fora mencionado, nesta época até as crianças participavam das cerimônias adultas, e o seu contexto social lhes permitia lidar de modo mais natural com as questões do corpo, como as impurezas corporais, o sexo e a morte. Aí percebemos a construção perceptual de morte desde a infância, resultante da interação entre o indivíduo e seu meio. Nas famílias aristocráticas, por exemplo, a natalidade era grande e a mortalidade também era, de modo que estes acontecimentos eram mais naturais para as pessoas. Não havia um repúdio às impurezas corporais, já que as condições higiênicas eram ruins; nem à sexualidade, ainda que fosse infantil; nem à morte, ainda que o corpo do falecido fosse impuro (LANE e CODO, 2012).

Na baixa Idade Média, já ocorreram algumas modificações na concepção de morte. Esta passou a ser mais temida, pelo fato de a Igreja intermediar a ida da alma ao paraíso ou ao inferno, dependendo do comportamento do indivíduo durante a vida. As pessoas passaram a ser tementes a Deus, uma figura que pode ser muito boa, mas também extremamente punitiva, levando as pessoas a temer a própria morte. Os corpos dos mortos também passaram a ser colocados em caixões (ARIES, 2003). Na Idade Moderna, entre os séculos XV e XVIII, com o surgimento do capitalismo e avanço da industrialização, as características públicas e coletivista das sociedades medievais foram se modificando. As pessoas passaram a viver nos burgos, fortalezas que serviam de habitações, e cada família foi se fechando em si mesma. Era o surgimento da propriedade privada. As crianças, que na Idade Média eram criadas um tanto coletivamente, passaram a ter relações mais triangulares, centradas em si próprias, no pai e na mãe. A relação com os

demais geralmente era mais comercial que afetiva. Desta reclusão familiar, surgiram os sentimentos de privacidade e individualidade. A variedade de estímulos sociais a que a família era exposta diminuiu bastante, surgiu o modelo familiar monogâmico, o sentimento de infância e o repúdio a questões relacionadas ao corpo como a falta de higiene, o sexo e a morte; o que repercute até os dias de hoje (LANE e CODO, 2012).

O repúdio a estas questões tem um fundamento histórico. Com o avanço científico da medicina, a falta de higiene foi considerada um risco em potencial às pessoas. Conseqüentemente, o contato dos vivos com os mortos foi bastante reduzido. Houve uma separação entre eles. Parece que as cidades tinham de ser desinfetadas dos mortos assim como do lixo. Ao longo da Idade Moderna e especialmente já no século XIX da Idade Contemporânea, ocorreu uma mudança gradativa do local onde aconteciam os enterros, que passaram a ser feitos mais em cemitérios que em igrejas. Os cemitérios eram locais mais distantes, e os rituais de morte que eram presenciados por boa parte da sociedade passaram a ser mais privativos. Para os doentes, surgiram os hospitais semelhantes aos atuais, nos quais o indivíduo era afastado do contato social enquanto era tratado. (COMBINATO e QUEIROZ, 2006). Quanto ao repúdio sexual, um exemplo é que a família burguesa adotava a opinião médica de insalubridade da masturbação e outras práticas sexuais, principalmente na criança. Percebemos então, através do sexo, da higiene e da morte o distanciamento da sociedade em relação ao corpo, o qual era tão familiar (LANE e CODO, 2012). A oposição à morte e o primor pelas condições de higiene encontra reforço na característica capitalista de produtividade. O que afastava a sociedade da produtividade, o que contrariava a ideia de progresso, era repellido. A morte contraria diretamente o progresso humano. O corpo do morto é improdutivo, compromete as condições sanitárias do ambiente, e conseqüentemente, a produtividade dos outros indivíduos que lhe cercam. A doença, por remeter à morte, também não é mais encarada

com muita naturalidade. Ela passa a ser vista como algo a ser evitado ou tratado com urgência; e a morte, retardada o máximo possível. Os hospitais fornecem então à sociedade a possibilidade de reestabelecer as condições produtivas do indivíduo, enquanto o isola do convívio social. É claro que não levamos um ente querido ao hospital porque estamos preocupados com a manutenção do sistema capitalista, mas por influência indireta dele, a percepção de que a morte é algo estagnante nos leva a retardá-la ao máximo. Passamos então, de uma familiaridade com a morte e o corpo do morto à dificuldade em aceita-los. E da morte ocorrida em casa à morte ocorrida nos hospitais, em contato direto não necessariamente com a família, mas com a figura do profissional de saúde (COMBINATO e QUEIROZ, 2006).

É importante mencionar que o capitalismo estende-se até os dias atuais, mas surge na Idade Moderna, entre os séculos XV e XVIII, em um contexto de grandes mudanças, marcadas pela quebra de diversos paradigmas religiosos, filosóficos e sociais. O início deste processo se dá no século XV, com Renascimento, um movimento cultural inspirado em ideais Humanistas de valorização da razão e liberdade humanas. Ocorre uma maior intelectualização do homem através de pesquisas e experimentações sobre as relações entre os fenômenos naturais. Vários conhecimentos científicos ganharam força neste período, fazendo com que muito do que antes era explicado pela Igreja Católica fosse redefinido por conhecimentos técnicos, embasados não no pensamento mágico religioso, mas em um método científico que explica eventos através das relações causais definidas. No século XVI, ocorreu a Reforma Protestante, um movimento de opositores da Igreja Católica que concebeu o homem não como uma marionete divina, mas um ser responsável por seu destino, contribuindo ainda mais para o questionamento dos dogmas da Igreja Católica. Posteriormente, já no século XVIII, surge o Iluminismo, um movimento intelectual que priorizava o uso da razão no questionamento de dogmas outrora

estabelecidos, como os religiosos. Foi um movimento guiado por grandes pensadores, incluindo Rosseau, famoso pelo lema: “Igualdade, liberdade, fraternidade”, que deu ímpeto à Revolução Francesa. Com o desenvolvimento da Revolução Industrial, contemporânea do movimento Iluminista, acreditou-se que a razão, a ciência e a tecnologia poderiam levar o homem ao progresso tão desejado (COTRIM, 2006).

É nesse contexto que o sistema feudal é lentamente substituído pelo capitalismo, ocorrendo o liberalismo econômico, o avanço científico, o primor pela razão e o consequente desligamento do poderio da Igreja Católica. Segundo Crespo (2003), a morte começava a se afastar do pensamento religioso e, os homens, através do domínio da razão, começaram a questionar um destino proposto por Deus, passando a acreditar em si mesmos como agentes deste destino. Assim sendo, podemos dizer que a Igreja Católica Tradicional perdeu muito de seu poder com o avanço da Ciência, e uma consequência disso, é o progresso da Medicina e suas explicações racionais em detrimento das explicações sobrenaturais dos fatos e da fé exacerbada. Não dizemos aqui que a Igreja Católica é sinônima de fé, pois sendo uma instituição social, envolve outras questões, como poder e dominação. Porém, assim como a Igreja fora sendo questionada, a fé também cedeu muito espaço à razão. Vemos então, a figura do cientista ou do profissional de saúde ganhando poder, enquanto a figura do religioso perdendo o poder. Com o avanço da Medicina, o homem desafia a morte desenvolvendo a cura de diversas doenças, criando formas de preveni-las ou trata-las. Porém, sem jamais conseguir evitar a morte. Esta representa uma limitação à Medicina, à Ciência. É incômoda, frustrante. Um sinal de que, apesar de todo nosso ímpeto de progresso, há algo que não podemos vencer, algo que a razão não explica. O homem não é agente do seu destino do modo como desejava. Talvez neste momento, apenas a fé, que outrora cedeu boa parte de seu espaço à razão e que exige uma difícil submissão do homem a algo superior a ele, nos trouxesse um

conformismo, uma aceitação de que jamais poderemos estar no controle de tudo (COTRIM, 2006). Já entre os séculos XIX e XX da Idade Contemporânea, já estão presentes na sociedade os hospitais modernos do modo como os conhecemos: um local de cuidados médicos que inclui prevenção e tratamento de doenças, além de ser um novo ambiente para a ocorrência da morte, momento no qual o médico está presente e não mais necessariamente a família do paciente ou uma figura religiosa. Quanto a esta presença religiosa, ainda durante um bom tempo, permaneceu a figura do capelão, atualmente já pouco conhecida. Tem início também a constituição de uma equipe interdisciplinar de cuidados ao paciente, inicialmente constituída por médicos e enfermeiros e, mais recentemente por demais profissionais, como psicólogos, por exemplo. O que ocorre é que muitas vezes a morte ocorrida no hospital é muito impessoal, sendo que o morto nem sempre recebe um acompanhamento afetuoso no momento de sua partida. Como comentamos anteriormente, ocorre também a expansão dos cemitérios, que em outros séculos já estava presente, porém, com pouca representatividade. Estes eram dedicados ao enterro de uma baixa parcela da população, como indigentes, suicidas e escravos. Com o avanço da individualidade da qual falamos, o início da propriedade privada e evolução das políticas sanitárias, uma maior parcela da população passou a ser enterrada em cemitérios, onde os mortos têm um local próprio e permanecem afastados dos vivos, não os podendo contaminar. A morte, então, mudou de lugar: das casas para os hospitais, e depois de ocorrida, das igrejas para os cemitérios. Podemos notar que a sociedade se afastou do tema: os mortos têm agora um local próprio para si, não havendo significativo compartilhamento de espaço entre vivos e mortos, o que ocorria no tempo dos enterros em igrejas (COMBINATO e QUEIROZ, 2006). Temos então, após todo o contexto histórico que fornecemos, a morte como algo indesejável. A sociedade lentamente abraça o sistema capitalista, no qual as pessoas concentram-se em burgos (protótipos das

idades). Emergem, nesse momento, a propriedade privada, o avanço da ciência, as políticas de higienização e a criação de hospitais com seus profissionais de saúde. Não somos mais tão familiarizados com o contato com o corpo, seja na forma do sexo, das impurezas ou da morte. O corpo do morto representa uma possível fonte de contaminação para os demais. As mortes que geralmente aconteciam em casa, no seio da família, agora ocorrem cada vez mais nos hospitais, para onde os doentes são levados. Morrer contraria o nosso potencial de progresso, a razão não é capaz de frear a morte.

Então, no início, falamos que nossa percepção subjetiva de morte deriva da social, que deriva da construção histórica. Agora podemos compreender isto melhor. A morte, que nas sociedades medievais era vista como algo familiar e natural, passa a ser percebida de maneira negativa ao longo da História, devido ao advento do sistema capitalista e seu ideal de progresso, e dos movimentos históricos como o Renascimento e o Iluminismo que contribuíram para a desvinculação entre a razão, o progresso e a morte. Aí está constituída uma nova configuração perceptual histórica da morte. Este é o contexto para a percepção social da morte, no qual a sociedade muitas vezes desconhece o processo histórico de como ela veio a se tornar algo negativo, mas ainda assim, lida com ela deste modo. Podemos notar a presença da construção histórica no âmbito social através do repúdio que a sociedade no geral tem em relação à morte. Praticamente ninguém gosta de tocar no assunto, é tabu. Os velórios são discretos e neles as pessoas vestem preto, uma cor associada ao luto, ao pesar. Há muitas pessoas que não suportam estar em um cemitério, ou até mesmo um hospital. Quem enterra o morto é um terceiro, o coveiro, e não alguém da família. É incomum haver cerimônias festivas de morte, na verdade, há muita tristeza e lágrimas no velório ou enterro. Por fim, a partir da percepção social de morte, temos a subjetiva. Ela ocorre quando internalizamos, de modo muito particular a cada indivíduo, a atitude em relação à morte da sociedade em que estamos inseridos. É

devido ao caráter perceptual subjetivo, que algumas pessoas encaram o fato com mais naturalidade ou mais sofrimento, porque, ainda que estes indivíduos compartilhem a mesma sociedade, viveram experiências diferentes dentro dela. No geral, porém, muitos de nós não conseguimos lidar bem com a morte, pois internalizamos o caráter essencialmente negativo que ela tem em nossa sociedade.

Todos estamos inseridos nesse processo, inclusive as pessoas que mais convivem com a morte em seu cotidiano: os profissionais de saúde. Cada um deles, como seres subjetivos, internalizaram o sentido da morte de um modo muito particular, mas todos estão situados em um contexto social e histórico em que ela é repelida. Para boa parte deles, então, é difícil lidar com tanta proximidade da situação, o que pode fazer com que adotem diferentes estratégias de enfrentamento em relação a ela. São estas estratégias que o presente estudo se propõe a investigar.

2.2. A morte em culturas não Ocidentais

Em comparação com os estudos sobre a morte no Ocidente, são poucas as referências bibliográficas científicas dedicadas à concepção de morte em outras culturas. As buscas foram realizadas, então, quase unicamente em endereços eletrônicos como blogs ou enciclopédias virtuais. Utilizaremos, como exemplos de culturas divergentes da Ocidental, a Japonesa, a Africana, a Islâmica e a Judaica, dentre diversas outras existentes. Importante salientar, antes de tudo, que nos referimos aqui às **tradições** destas culturas, o que não significa dizer que todo o seu povo as segue atualmente.

2.2.1. A morte na cultura Judaica

Para os judeus, a morte é vista como um acontecimento natural, inerente à condição humana. Quando morre um judeu, devem-se fechar imediatamente os seus olhos, para que se desprenda do mundo físico e possa contemplar o mundo espiritual. Posteriormente, é recomendável que o corpo do falecido seja lavado, pois assim como o

indivíduo é limpo após nascer, deve morrer purificado também. O corpo já lavado é então envolto apenas em uma mortalha branca, que simboliza simplicidade e pureza perante Deus. A mortalha é inclusive objeto de nivelamento social, pois a veste iguala ricos e pobres no momento da morte (CHEVRA KADISHA, 2014). Coroas de flores e caixões ornamentados não devem estar presentes no enterro, pois representam a ostentação e idolatria ao morto. Desse modo, as sepulturas devem ser simples também. Durante o enterro algumas pessoas rasgam a própria roupa, em um sentido de catarse psicológica do sofrimento pela perda. Há também o pronunciamento do “Kadish”, um hino de louvor à Deus que pode ser feito em enterros, como uma oração aos mortos. Ao saírem do cemitério, as pessoas devem deixar uma pedrinha sobre a lápide, simbolizando que o falecido não fora esquecido. É tradicional também lavar as mãos ao sair do local, não por questão de higiene, mas porque a água simboliza a vida, maior que a morte. Já em casa, a família do morto encontra-se em luto (shivá), e deve fazer uma refeição à base de ovos cozidos, pois estes simbolizam a fonte de uma nova vida. Ao longo de trinta dias, os familiares costumam ficar em casa, usar roupas rasgadas, recusar-se a fazer a barba ou pentear-se, e até cobrir os espelhos, pois estes refletem o mundo físico. É um período de reclusão da família e desligamento de atividades mundanas (CHEVRA KADISHA, 2014). Podemos constatar que na cultura judaica, há toda uma preparação para a morte. O cuidado com o moribundo não é impessoal, pelo contrário: é orientado por uma série de procedimentos tradicionais da cultura. Existem sim as manifestações de luto, mas, por serem plenamente vividas e não negadas, favorecem a aceitação da perda do ente querido por parte dos familiares.

2.2.2. Morte na cultura Islâmica

A morte na cultura Islâmica guarda semelhanças com a judaica. Assim como os judeus, os islâmicos/ muçulmanos fazem uma lavagem no corpo do morto, na intenção

de purifica-lo da condição terrena. Diferentemente dos judeus, porém, não faz parte da tradição utilizar caixões, de modo que o corpo é embrulhado apenas em uma mortalha, e enterrado com o rosto em direção à Meca. Muitas vezes para tanto é necessário levantar o rosto do morto ou virá-lo de lado para que sua cabeça aponte para a direção correta. Após a colocação do cadáver na cova, é construída uma parede de tijolos de barro em sua proximidade, para que não caia terra sobre o defunto. Assim como na tradição Judaica, é feita uma oração tradicional durante o enterro, conhecida como "Deus é o Maior - Allah Akbar". Interessante mencionar também que os muçulmanos repudiam manifestações de pesar excessivo, como chorar em demasia, bater no próprio rosto, rasgar as roupas, invocar o auxílio do morto e acariciar o túmulo, pois, para eles, este desespero significa negar a unidade de bênção e paz de Deus. Mesmo após o enterro, não faz parte da tradição fazer reuniões ou celebrações de luto. (ADAMGY e ALY, 2014).

Quanto às crenças sobre o local de destino após a morte, a ida do indivíduo ao paraíso ou ao inferno depende das ações e crenças que tiveram na terra. Portanto, os islâmicos acreditam na vida após a morte, mas também creem no Juízo Final de Alá, quando os mortos levantarão dos túmulos em ressurreição e serão conduzidos ao Paraíso ou ao Inferno (ARBIB, 2014).

Na cultura Islâmica o que mais chama a atenção é o repúdio às manifestações de pesar excessivo, pois isto significa, em termos ocidentais, “não ter fé” em Deus, ou seja, o homem deve entender a morte como manifestação de uma vontade divina superior à sua, contra a qual não há motivo para rebelar-se. Os islâmicos creem que a morte não é o fim, por isso não se deve entrar em luto profundo. Nesta cultura tradicional, não é possível observar a morte como sendo um tabu.

2.2.3. Morte na cultura Africana

Na cultura africana da Costa do Marfim, os rituais de falecimento envolvem não

apenas os familiares, mas todos os membros da aldeia, que devem comparecer ao funeral. Não importa se as pessoas estão ocupadas com outros afazeres, elas devem adiá-los e ir à cerimônia. É o chefe da aldeia que, ao ser comunicado do falecimento, dá ordens a um tocador de tambor para que reúna todos através do som de seu instrumento. Quem fica responsável pelos procedimentos a serem realizados durante o enterro é um ancião da aldeia, símbolo de sabedoria. Este ancião derrama vinho de palma (extraído de palmeiras) dentro da cova e pronuncia algumas palavras invocando os ancestrais, pedindo que protejam os integrantes da comunidade. Posteriormente, as pessoas presentes devem beber o resto do vinho e, ao acabar a cerimônia, devem lavar as mãos e os pés em uma mistura de água e plantas medicinais, no intuito de purificar-se da morte (PIME, 2014).

Quanto às crenças do povo africano, atribui-se muita importância aos ancestrais, pois são eles que, em uma vida pós-morte, determinam os acontecimentos da aldeia. Nesse sentido, é importante que a cerimônia de despedida de um falecido seja do modo como ele desejava, pois quando encontrar os ancestrais, contará a eles tudo de bom que a comunidade lhe preparou em seu funeral, fazendo com que os ancestrais fiquem satisfeitos e retribuam positivamente à aldeia. Por isso também, as cerimônias fúnebres têm um caráter comemorativo, com música, dança, comida ou até partidas de futebol, dependendo do que o falecido gostava. É comum também sacrificar animais em homenagem aos ancestrais (PIME, 2014).

É observável que, nas aldeias africanas, há um propósito em cuidar do corpo do falecido. Ele merece honrarias que talvez não tenha obtido nem mesmo em vida, pois, ao encontrar os ancestrais, contará a eles tudo que lhe fora proporcionado em seu velório, fazendo com que estes ancestrais recompensem os vivos por isso. Dentre as culturas debatidas aqui, esta é a última que poderia ser acusada de imparcialidade em relação ao corpo do falecido, pois trata-lo bem tem uma finalidade para os próprios vivos.

2.2.4. A morte na cultura Japonesa

No Japão, há duas religiões predominantes: o budismo e o Xintoísmo, sendo esta uma religião específica dos japoneses. O Xintoísmo, enquanto crença religiosa confunde-se com tradições culturais e históricas, sendo na realidade um conjunto de tudo isso. Os funerais japoneses são, também, uma mistura de hábitos budistas e xintoístas, a ponto de as pessoas muitas vezes não saberem mais diferenciar os ritos de um e de outro.

Tradicionalmente, os funerais são feitos na casa da própria família, com o cuidado de preparar o corpo do morto para o sepultamento de modo que fique limpo e com uma aparência boa e saudável, isso tudo na presença das demais pessoas que acompanham o funeral. Essa preocupação com a aparência do morto deve-se à vontade de oferecer-lhe uma despedida bela. A tendência crescente na sociedade japonesa é que profissionais façam este trabalho, não mais os familiares. As pessoas que comparecem ao velório, inspiradas na tradição budista, costumam entregar à família do falecido quantias em dinheiro dentro de um envelope (MORTE PARA VIVOS, 2009). Esta situação familiar, porém, está em constante modificação. O filme “A partida” retrata a vida de um rapaz que foi contratado como “nokanshi”, o profissional que falamos ser responsável pela preparação do corpo de pessoas falecidas. Executando procedimentos tradicionais da cultura japonesa, em meio a uma sociedade cada vez mais distante das tradições, o rapaz oculta sua profissão por ela ser vista como vergonhosa. Desse modo, é possível observar a crescente negação da cultura Japonesa tradicional, na qual a relação entre vivos e mortos era mais aceitável (ALMEIDA, 2014).

A cultura Japonesa, hoje em dia, torna-se mais próxima da Ocidental, pois também valoriza muito a vida, enquanto nega a morte. As famílias, que tradicionalmente se responsabilizavam pela preparação do corpo do ente querido, atualmente pouco participam do processo de sepultamento, colocando este dever nas mãos de terceiros, ou

geralmente, encaminhando os corpos à cremação, procedimento um tanto mecanicista (SATO, 2014). Uma hipótese a ser levantada é que tamanha semelhança entre a cultura ocidental e japonesa nos aspectos relativos ao comportamento perante a morte, seja oriunda dos avanços científicos e tecnológicos que têm ocorrido em ambas as sociedades. São avanços que fazem do homem uma espécie de Deus, com grande poder sobre o modo e tempo de vida das pessoas. A Medicina é capaz de adiar a morte, enquanto as tecnologias mudam completamente o cotidiano das pessoas. O Japão é um grande país capitalista, e como tal, marcado pela crescente individualidade das pessoas na busca pela liberdade e poder econômico. Como já fora comentado, o fim da vida é uma das poucas coisas que o poder humano não pode deter. Comparando a cultura de morte atual no Japão com as demais, inclusive com a própria Japonesa Tradicional, podemos ver marcantes diferenças nas formas de lidar com o acontecimento. Nas culturas Africana, Islâmica e Judaica, existe a crença e a submissão do poder humano a uma entidade vista como muito mais poderosa. Em todas essas culturas a relação com o morto não é impessoal, cada procedimento em relação a ele é cheio de significado, pois os familiares e/ou a comunidade têm a preocupação de encomendar seu espírito de modo que este fique em paz. Os judeus preocupam-se em deixar uma pedra no túmulo do falecido, indicando que este não fora esquecido; e nas famílias Japonesas Tradicionais, os próprios familiares preparavam o corpo do morto para a cerimônia.

Em muitas culturas, tradições como estas são presentes até hoje, porém, podemos dizer que o mundo está se ocidentalizando e tende a perder as particularidades locais. Na própria África ou no Islã nem todo mundo segue os rituais de morte tradicionais de seu povo. É importante que a morte seja vivenciada com profundidade, para que não seja colocada sempre nas mãos de terceiros, de profissionais a executar procedimentos mecanicistas como vemos em muitos Hospitais do Ocidente.

Um povo que não vê sentido na vida além da sua existência em si mesma também não encontrará sentido em encaminhar um espírito ou preparar um corpo segundo procedimentos ritualísticos. Após a morte, aquele corpo será concebido, então, como algo desprovido de significado e conseqüentemente, será tratado com imparcialidade, tal como observamos atualmente.

2.3. Sobre as reações dos profissionais de saúde diante da morte

Uma autora de grande renome no campo dos estudos acerca da morte é Elizabeth Kubler-Ross, uma psiquiatra que visitava e entrevistava pacientes moribundos nos Hospitais, de modo que estes pudessem falar sobre suas inquietações acerca da doença, da morte, dos conflitos pessoais e até da equipe hospitalar. Sua intenção, notável em seu livro “Sobre a Morte e o Morrer”, é dar aos pacientes a possibilidade de conversar sobre questões que lhes instigam e geralmente são tabus para os familiares ou para a equipe médica, ou seja, as pessoas que os cercam. Muitas de suas entrevistas com pacientes moribundos eram observadas por estudantes das áreas de saúde, fossem em um auditório ou por detrás de um espelho falso. Uma queixa extremamente recorrente por parte dos pacientes entrevistados era o mecanicismo com que costumavam ser tratados pela equipe hospitalar, o que incluía médicos e enfermeiros, em especial. Muitos falaram a respeito da constante pressa dos profissionais, do tratamento objetificado que recebiam, da ressalva dos médicos em falar com eles sobre seu estado de saúde e, conseqüentemente, da pouca participação que tinham nas decisões acerca do próprio tratamento. Eles observaram o quanto a relação interpessoal entre médico e paciente moribundo era permeada de ansiedade, por parte de médicos que projetam nesta relação muito de seu próprio modo de encarar a morte (KUBLER-ROSS, 2008). Em “Sobre a Morte e o Morrer”, Kubler-Ross relata também sua dificuldade inicial em conquistar espaço dentro do Hospital, pois, dentre tantos procedimentos médicos a serem executados, parece que

as questões de relacionamento entre os pacientes e a equipe eram um tanto secundárias e desestimuladas. A autora afirma que só continuou com o trabalho devido à boa receptividade dos pacientes, tendo conquistado a atenção da equipe hospitalar apenas após um longo período, quando esta percebeu os benefícios da atividade realizada. Seu trabalho foi, então, muito valoroso no sentido de aproximar os profissionais de saúde dos pacientes, de modo que tivessem um relacionamento para além das objetivas práticas médicas. Através das atividades de Kubler-Ross, muitos estudantes e profissionais, em especial médicos, puderam lidar melhor com os seus próprios conflitos acerca da morte, para, posteriormente, isso se refletir no cuidado com os pacientes, permeado de maior liberdade e menor ansiedade nas conversas entre eles (KUBLER-ROSS, 2008). Temos, então, um panorama sobre a morte e o morrer retratado por Kubler-Ross no início do século XX, em que eram colocados empecilhos ao trabalho a ser executado pela autora, por não ser uma prática usual conversar com pacientes à beira da morte. Além disso, notamos a necessidade por parte destes pacientes de ter alguém com quem conversar de modo franco, sem máscaras e estados de paz e alegria superficiais. Este panorama sobre o modo de lidar com a morte nos hospitais reforça o que comentamos anteriormente, ou seja, o fato de que falar sobre o tema é um verdadeiro tabu em nossa sociedade, tabu este internalizado inclusive pelos profissionais de saúde. O fato se deve à construção histórica já explanada e tem como consequência a situação retratada por Kubler-Ross em sua prática hospitalar. Assim sendo, os Hospitais muitas vezes se tornam locais onde o paciente é tratado com impessoalidade pela equipe profissional, e onde a morte distancia-se da vivência familiar e íntima da Idade Média. Para demonstrar na prática as mudanças históricas acerca da morte torna-se, então, essencial mencionar o trabalho de Elizabeth Kubler-Ross.

2.4. Sobre as estratégias de enfrentamento (*coping*) na Teoria Cognitivo

Comportamental (TCC)

O interesse em conhecer as formas de adaptação das pessoas às diversas situações esteve presente, inicialmente, sob a conceituação dos mecanismos de defesa, postulados por Sigmund Freud. Os mecanismos de defesa, segundo a Psicanálise, são reações das quais o ego se utiliza para se defender da ansiedade proveniente de conflitos entre as outras instâncias psíquicas: o id e o superego. Enquanto o id contém os impulsos primitivos do ser humano, o superego contém a coerção moral, contrabalanceando o id. As defesas utilizadas pelo indivíduo adulto são originárias de questões passadas, predominantemente infantis. (SCHULTZ e SCHULTZ, 2011). Inicialmente, o conceito de *coping* estava atrelado ao dos mecanismos de defesa da psicanálise, e os estudos concentravam-se em definir quais reações eram mais ou menos maduras. Como resultado das pesquisas, foram encontrados diversos mecanismos do ego, para além daqueles postulados por Freud. Destes, os classificados como não adaptativos ficaram conhecidos como mecanismos de defesa, enquanto os classificados como adaptativos, receberam a alcunha de mecanismos de *coping* (ANTONIAZZI, 1999).

Assim sendo, não se trata simplesmente de uma mudança de nomenclatura para os mecanismos de defesa, pois o conceito de *coping* passou a fazer referência a outro conjunto de estratégias de adaptação. Enquanto as “defesas” são reações rígidas e inconscientes resultantes de eventos passados, os mecanismos de *coping* são reações flexíveis, adaptativas e orientadas para o futuro, não necessariamente inconscientes. A partir desta diferenciação, surgem pesquisadores interessados em estudar especificamente as reações adaptativas a eventos adversos (ANTONIAZZI, 1999). A primeira geração de pesquisas, então, partiu da inicial correlação entre *coping* e mecanismos de defesa à sua diferenciação, através de pesquisas que situaram as reações mais ou menos maduras em

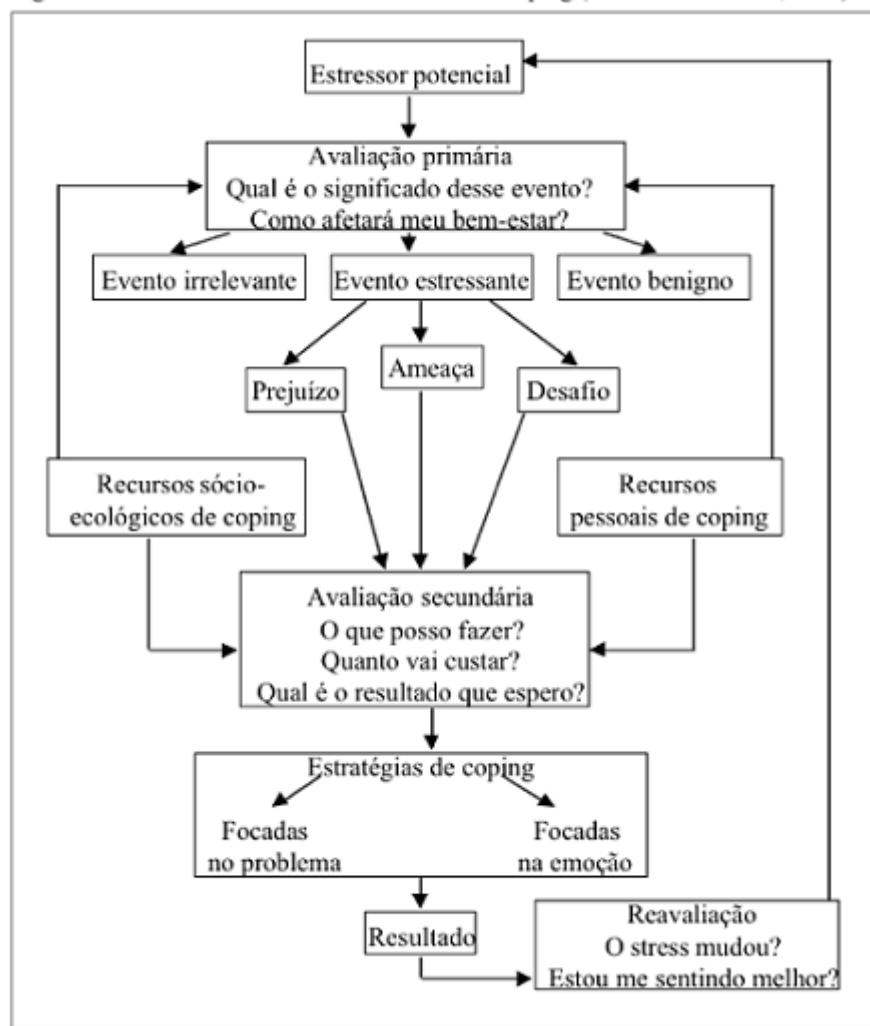
uma escala do normal ao patológico (ANTONIAZZI, DELL`AGIO e BANDEIRA, 1998). Já a partir da década de 60, uma segunda geração de pesquisadores enfatizou os aspectos cognitivos e situacionais das estratégias adaptativas, referentes à interação entre o indivíduo e as condições que o ambiente lhe apresenta. Neste período, tanto o aspectos situacionais quanto os traços de personalidade do indivíduo, foram considerados fundamentais na adoção de certas estratégias frente a situações de estresse. Os principais expoentes desta segunda geração de pesquisadores foram Lazarus e Folkman, que conceituaram *coping* como “esforços cognitivos e comportamentais constantemente alteráveis para controlar demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa” (ANTONIAZZI, DELL`AGIO E BANDEIRA, 1998). Foram estes pesquisadores também que classificaram o coping como podendo corresponder a uma “ação direta” (atividade comportamental) ou a uma “ação intrapsíquica” (atividade cognitiva). Esta divisão pode ser sintetizada nos seguintes estilos de *coping*: focalizado no problema, referente às atitudes comportamentais que visam à solução do problema gerador de estresse; e focalizado na emoção, referente às mudanças cognitivas no modo de perceber o problema. Importante salientar que a adoção de certa estratégia depende de múltiplas variáveis, como o tempo de exposição ao evento estressor e o valor emocional atribuído a ele (ANTONIAZZI, 1999). Uma terceira geração de pesquisadores, observando a frequência e constância de determinadas respostas em cada indivíduo, enfatizou a relação entre *coping* e personalidade. Assim sendo, o indivíduo responderia a situações estressoras de modo coerente com sua individualidade, o que explica a estabilidade na adoção de certas respostas de *coping* ao longo do tempo. Estudos sobre os fatores de personalidade apontam que os traços de otimismo, rigidez, autoestima e locus de controle estão mais relacionados aos modos de enfrentamento, colocando o *coping* como algo mais constante que situacional.

Exemplificando a relação entre coping e personalidade, pessoas com lócus de controle interno acreditam que os eventos ambientais estão mais sob a influência de suas atitudes que de situações externas, como sorte ou azar. Sendo assim, podem ser mais proativas no enfrentamento do estresse que pessoas com lócus de controle externo, as quais veem menor relação entre seus comportamentos e a resolução de problemas (ANTONIAZZI, 1999). A tendência atual em relação ao *coping* é relacioná-lo à manutenção da saúde e ajustamento social, dado que as estratégias visam o retorno ao estado de normalidade saudável do indivíduo. A partir das concepções anteriores sobre enfrentamento, foram definidas amplas categorias que englobam várias estratégias: *coping* de aproximação e *coping* de evitamento. As estratégias de aproximação do problema, como descansar e ter atividades de lazer são vistas como mais relacionadas ao ajustamento e saúde psíquica, enquanto as estratégias de evitação, ao adiarem ou inibirem o enfrentamento do problema, podem ter repercussões negativas na saúde. Geralmente o *coping* focalizado no problema abrange estratégias de aproximação, mais correlacionadas ao ajustamento social, enquanto o *coping* focalizado na emoção, ou seja, no modo de perceber o problema, relaciona-se mais com o afastamento da situação estressora, como fuga ou esquiva. Por este último não ser dirigido à resolução do problema, não costuma ser considerado favorável ao ajustamento do indivíduo (OGDEN, 1999). Neste contexto atual foram realizados estudos sobre as crenças de doença, como o de Moss-Morris, através dos quais foi encontrada grande relação entre crenças e estratégias de *coping*. Os pesquisadores constataram que as representações cognitivas de doenças estavam relacionadas à adoção de determinadas estratégias de *coping*. Por exemplo: As pessoas que percebiam a doença como extremamente paralisante, sem perspectivas de cura, tendiam a apresentar estratégias pouco adaptativas, como descomprometimento comportamental, o que pode contribuir para a piora do quadro de saúde. Neste exemplo,

fica clara a antecedência da avaliação perceptiva do evento estressor em relação à resposta de *coping*, pois esta é influenciada por aquela (OGDEN, 1999).

Também frisando a importância da percepção diante do evento estressor, Lazarus e Folkman (1984) evidenciam o *coping* como sendo um **processo** de três fases: avaliação do problema, estratégias de *coping* e resultados de *coping*, segundo o seguinte modelo:

Figura 1 - Modelo de Processamento de Stress e Coping (Lazarus e Folkman, 1984)



Nesta figura, é possível observar as três fases propostas pelos autores. Inicialmente, ocorre a avaliação perceptiva da situação. Sendo ela percebida como estressora, o indivíduo lançará mão da análise das variáveis envolvidas no processo como, por exemplo, o custo de sua possível resposta. Concluída a fase avaliativa e optando por utilizar uma estratégia de enfrentamento, o indivíduo emitirá uma resposta

comportamental (externa) ou emocional (interna) visando à redução do estresse. Numa perspectiva comportamentalista, toda resposta tem uma consequência, sendo esta o resultado do processo de *coping*.

Lazarus e Folkman (1984), então, chegam à conclusão de que *coping* é uma ação física ou mental, iniciada em resposta à percepção de uma situação estressora, intencionalmente dirigida a um objetivo e conduzida para um evento externo ou estado interno. O objetivo do *coping* é basicamente a redução do estresse (ANTONIAZZI, 1998).

Baron e Kenny (1986), também trouxeram uma contribuição ao estudo do enfrentamento: a diferenciação entre mediadores e os moderadores, ainda que a adaptação destes conceitos ao *coping* tenha sido de responsabilidade de Rudolph, Denning e Weisz (1995). Estes conceitos são referentes às variáveis que influenciam o resultado final do *coping*, tendo como exemplo, a avaliação do custo da resposta, representada no anexo um (1). Enquanto os mediadores estão presentes durante o episódio de enfrentamento, os moderadores correspondem à variáveis pré-existentes ao processo de *coping* que são capazes de influenciar seu resultado final (variável dependente). Como exemplo de mediadores, temos a atenção e a avaliação perceptiva no momento em que ocorre o episódio. Já como exemplo de moderadores, temos as características pessoais do indivíduo, como gênero e fase do desenvolvimento, além das características do contexto e evento estressor (DELL`AGIO, 2000). Os moderadores de Rudolph e colaboradores (1995) podem ser correlacionados aos recursos pessoais e sócio-ecológicos de Lazarus e Folkman (1984), pois ambos simbolizam os recursos disponíveis ao indivíduo ao enfrentar uma situação estressora, condicionando as respostas de *coping* (ANTONIAZZI, DELL`AGIO E BANDEIRA, 1998). Outro ponto importante nos estudos sobre enfrentamento é a diferenciação entre estratégias e estilos de *coping*. Basicamente,

enquanto as estratégias de *coping* fazem referência às providências tomadas durante uma situação específica de estresse, os estilos de *coping* referem-se a modos de enfrentamento relativamente constantes no indivíduo frente às mesmas situações, condizentes com sua personalidade ou simplesmente, reforçados anteriormente (ANTONIAZZI, DELL`AGIO e BANDEIRA, 1998). Várias correlações entre padrões de comportamento e estilos de *coping* já foram realizadas, como a proposta por Mathews (1982), em que pessoas do tipo A, geralmente mais competitivas e impacientes, apresentam modos de lidar com as situações estressoras muito diferentes dos de pessoas do tipo B. Estudos como esse, a respeito de estilos de *coping*, nos permitem relacionar os padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos a diferentes estilos de *coping* (ANTONIAZZI, 1999).

Já as estratégias de *coping*, propostas pelo modelo de Lazarus e Folkman (1984), não nos permitem prever respostas específicas a partir de um estilo pessoal de enfrentamento, visto que as estratégias de *coping* apresentam grande variabilidade em um mesmo indivíduo, dependendo da situação. Dentro deste modelo, os autores propõem, então, o *coping* focalizado no problema e o *coping* focalizado na emoção, já mencionados no presente trabalho e referindo-se a fatores situacionais (ANTONIAZZI, DELL`AGIO e BANDEIRA, 1998).

3- METODOLOGIA

3.1- Tipo de pesquisa

A metodologia utilizada será pesquisa bibliográfica, a qual exige uma coleta de dados baseada no levantamento de referências sobre o tema e anotações em diários de campo, o que compreende a técnica de anotações. Quanto à abordagem do problema, pode-se dizer que é de natureza qualitativa, por referir-se à busca exploratória e descritiva.

A pesquisa inclui levantamento bibliográfico sobre os seguintes descritores: *Coping*, profissionais de saúde, morte, instrumentos de avaliação de estratégias de *coping*.

3.2- Materiais

As buscas bibliográficas serão feitas com bases de dados, como periódicos Capes, Scielo e Pubmed os quais contém diversas bibliografias referentes aos descritores desta pesquisa. Além destes materiais, serão utilizados livros sobre estratégias de *coping* e sobre morte, como “Sobre a morte e o morrer” de Kubler Ross (2008) e “História da morte no Ocidente” de Phelippe Ariès (2003), além de softwares como Endnote e Excel para análise dos dados encontrados.

3.3- Procedimentos

As bibliografias serão classificadas segundo ano de publicação. Nas bases de dados como Scielo e Periódicos Capes serão utilizados os termos de busca: morte, profissionais de saúde, *coping*.

A pesquisa compreenderá 5 fases: identificação do material existente, localização, recuperação, leitura e compilação e fichamento desses materiais.

Através das anotações em diários de campo, serão reunidas as ideias centrais de cada uma das referencias pesquisadas, o que auxiliará na análise e organização dos dados.

4. RESULTADOS

4.1. Estudos sobre *coping* em profissionais de saúde: instrumentos, metodologia e resultados.

Pesquisas apontam o alto índice de estresse a que os profissionais de saúde são

submetidos, não apenas nas relações de trabalho, mas no próprio modo de lidar com as doenças e morte dos pacientes. Kubler-Ross costumava fazer a mediação entre pacientes e seus médicos, de modo que a relação entre eles fosse permeada de menor ansiedade. Sabemos, entretanto, que, na maioria dos Hospitais, não existem muitas pessoas que executem trabalhos como esse, sendo que a morte continua sendo vista como um tabu por muita gente. Sendo assim, os profissionais que lidam com esta situação lançam mão de diversas estratégias de enfrentamento, que já foram avaliadas em muitas pesquisas a partir do uso de diversos instrumentos, os quais nos destinamos a conhecer. Existem diversos instrumentos de avaliação de estratégias de *coping* que podem ser aplicados na área de saúde, semelhantes ou diferentes entre si. Eles podem partir do pressuposto que o *coping* tem relação com traços de personalidade ou apenas com fatores situacionais, por exemplo. Os autores dos inventários podem também elencar números de itens e fatores diferentes em cada questionário. Exemplificando: Amirkham (1990) estabeleceu três (3) fatores nos quais os itens estavam distribuídos, sendo eles solução do problema, procura de suporte social e esquiva. Já Carver e colaboradores (1989) estabeleceram catorze (14) fatores em seu COPE Inventory (ANTONIAZZI, 1999). Também diferentes tipos de escala de mensuração podem ser utilizadas nos inventários. É muito comum o uso da escala Likert, que estabelece níveis de concordância com a afirmação do item, de “discordo” a “concordo totalmente”, por exemplo. Mas também outros tipos de escala podem ser utilizadas em questionários, como a de stapel, na qual a pessoa assinala um valor de -5 a +5 para seu nível de concordância com o item. Para fins de pesquisa quantitativa com profissionais de saúde da ala de queimados de um Hospital, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem foram submetidos à aplicação de um Questionário Sociodemográfico, do Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman e da Job Stress Scale, sendo os dois últimos adaptados para o português. Os dados foram

analisados através do software SPSS. Dentre as três categorias, evidenciou-se que os técnicos de enfermagem são submetidos a mais estresse que médicos e enfermeiros. Em contrapartida, os profissionais da enfermagem como um todo apresentam maior diversidade de estratégias de enfrentamento. A autora conclui que nestes resultados há grande influencia da hierarquia, sendo a categoria médica menos acometida pelo estresse que as demais. (NEGROMONTE e ARAÚJO, 2011). Sobre o Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman, Savoia (1999) acrescenta que:

“é um questionário que contém 66 itens, englobando pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Geralmente o evento é relatado em entrevista, com breve descrição de quem estava envolvido, o local em que se deu o evento e o que aconteceu. Cada administração do questionário centraliza-se no processo de *coping* de uma situação particular e não no *coping* como estilos ou traços de personalidade. A situação é que determina o padrão de estratégias de *coping* e não variáveis pessoais. Tanto Stone e Neal (1984) quanto Folkman e Lazarus (1985) apresentam essa conclusão.”

Em outro estudo quantitativo sobre estresse, com 25 trabalhadores de saúde mental de São Paulo, além do questionário sóciodemográfico elaborado pela pesquisadora, foram utilizados os instrumentos Inventário de Estresse para Adultos de Lipp (2000), o Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman (1985) e a Escala de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref.) (2000). Os resultados da pesquisa mostram que 36% dos profissionais de saúde mental enfrentam estresse, sendo que a maioria encontra-se na fase de resistência, quando o estresse já está instalado e demanda estratégias de enfrentamento. Das estratégias utilizadas, destaca-se a busca por suporte social, resolução de problemas e autocontrole, sendo que afastamento e confronto são as menos utilizadas. Percebe-se que estes profissionais, ainda que não lidem necessariamente com a morte em seu cotidiano, enfrentam o sofrimento mental dos pacientes, mobilizando grandes esforços e estratégias que têm se mostrado adaptativas

(SANTOS e CARDOSO, 2010). Em um estudo realizado com 27 enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva e 10 da Unidade de Transplante Renal e Hemodiálise de um Hospital Universitário, os profissionais responderam aos seguintes inventários: Inventário de Estresse em Enfermeiros (2000), Inventário de *Coping* de Lazarus e Folkman (1985) e Questionário Geral de Saúde de Goldberg (1996). Segundo os resultados, os enfermeiros atuantes na Unidade de Terapia Intensiva apresentavam maiores índices de estresse que aqueles da Unidade de Transplante Renal e Hemodiálise, o que não é tão surpreendente pelo fato de os primeiros enfrentarem situações de maior emergência. De modo geral, porém, os enfermeiros analisados não refletem em seus resultados uma tensão exacerbada, sendo que suas estratégias de enfrentamento são predominantemente focadas no problema, não na emoção (BRITTO e CARVALHO, 2004). Em pesquisa realizada com a equipe de um CTI adulto em um Hospital de Porto Alegre. Objetivava-se identificar as estratégias de *coping* destes profissionais diante de situações estressantes, tais como a morte de pacientes. Para tanto, foi elaborado questionário sócio-demográfico e aplicado o Inventário COPE- Escala de Estratégias de Enfrentamento de Carver et. Al, um questionário de 60 itens em escala Likert de 1 a 4. Através de análise descritiva-quantitativa, os resultados foram expressos em forma de percentagens e médias. Estes resultados apontaram que a estratégia mais utilizada foi a de reinterpretação positiva, que, segundo Carver et. al., contribui para maior realização profissional, sendo um recurso adaptativo (COLOSSI, MOREIRA e PIZZINATO, 2011).

Quanto à categoria médica, foi realizado um estudo qualitativo com estudantes de medicina sobre suas estratégias de enfrentamento diante de situações estressantes inerentes à área. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada. Dentre as estratégias mais utilizadas, estão: valorização dos relacionamentos interpessoais, busca de equilíbrio entre estudo e lazer e reserva de tempo para cuidar da

saúde. Enquanto alguns estudantes relataram conseguir lidar com o estresse, outros precisaram contar com ajuda de um psicólogo e outros nem mesmo conseguem enfrentar a situação (ZONTA e ROBLES, 2006).

4.2. Classificação dos estudos por ano de publicação a partir dos descritores coping, profissionais de saúde e morte.

BASE DE DADOS	ANO DE PUBLICAÇÃO	PRODUÇÕES
SCIELO	2012	1
	2013	2
PERIÓDICOS CAPES	Antes de 2007	1
	2007	1
	2008	3
	2009 a 2010	17
	Após 2010	26
PUBMED (últimos 5 anos)	2009	31
	2010	73
	2011	61
	2012	60
	2013	67
	2014	11

Quadro – Base de dados, ano de publicação e produções a partir dos descritores coping, profissionais de saúde e morte.

Fonte: Produções científicas classificadas por ano de publicação nas bases de dados Scielo, Periódicos Capes e Pubmed.

4.3. Análise e discussão dos resultados encontrados

Nas bases de dados acima analisadas, é possível perceber que estudos sobre *coping* em profissionais de saúde que lidam com a morte são relativamente recentes e escassos, excetuando-se a PUBMED, na qual mais produções são publicadas,

provavelmente, por ser uma base de dados de referência mundial. A nível regional, porém, pode-se perceber, através da base Periódicos Capes, que os estudos reunindo os três unitermos: *coping*, profissionais de saúde e morte, são mais presentes a partir do ano de 2007 até a atualidade, sendo que, antes deste período, pouco se falava sobre o assunto. Na base de dados Scielo, pode-se observar esta situação de modo ainda mais evidente, visto que apenas em 2012 e 2013 foram publicados artigos que compreendessem o tema. Importante salientar que estes estudos concentram-se na área de Enfermagem, sendo esta a categoria profissional mais avaliada em pesquisas sobre *coping*.

Faz-se importante salientar que este movimento crescente de publicações sobre morte e estratégias de enfrentamento em profissionais de saúde é muito positivo, visto que desmistifica o debate sobre a morte, bem como auxilia os leitores a refletir sobre seus modos de enfrentar a temática, em seu cotidiano laboral ou não.

Com base nos estudos explorados e discutidos anteriormente, é possível perceber que não há um padrão fixo de estresse e estratégias de enfrentamento para determinada categoria profissional de saúde. Dentre os achados bibliográficos, porém, como outrora mencionado, há uma predominância de estudos sobre estresse em profissionais da Enfermagem, em relação a médicos e profissionais da saúde mental, como psicólogos. Considerando a recorrente sobrecarga de trabalho a que os enfermeiros são submetidos, sua posição hierárquica no Hospital e maior contato com pacientes terminais, podemos concluir que, de modo geral, sofrem mais estresse que os demais e que, conseqüentemente, constituem a categoria mais analisada em pesquisas.

Todavia, segundo os estudos apresentados, os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, mostram boa capacidade para lidar com o estresse proveniente das condições de trabalho, tendo-se sobressaído estratégias como reinterpretação positiva, resolução de problemas e suporte social. Com base em Ogden (1999), as estratégias de aproximação

do problema estão mais relacionadas ao ajustamento social. Não se pode afirmar se estes resultados expressam uma necessidade dos profissionais de parecer bem, ou se realmente expressam um preparo profissional maior para lidar com questões tão profundas e humanas como a morte. Podemos afirmar, então, que, como fora hipotetizado, lidar com a morte no cotidiano laboral, é sim uma situação estressora para muitos profissionais de saúde, principalmente para aqueles que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva ou demais centros emergenciais. Entretanto, surpreendentemente, nos estudos analisados acima, os profissionais procuram utilizar estratégias de enfrentamento adaptativas para lidar com esse estresse.

Quanto aos instrumentos utilizados, destaca-se o Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman (1985), além do COPE- Escala de Estratégias de Enfrentamento de Carver et. Al. A metodologia de pesquisa mais utilizada, com base nos estudos supracitados, é a quantitativa e, em menor escala, a pesquisa puramente qualitativa.

5. CONCLUSÕES

Acredita-se que o presente trabalho cumpriu com os objetivos propostos, ao passo que foram investigadas as estratégias de enfrentamento dos profissionais de saúde diante da morte em seu cotidiano laboral, as quais se mostraram, de modo geral, adaptativas. Os objetivos específicos, sendo eles: identificação dos instrumentos de avaliação de estratégias de *coping* utilizados nos estudos, identificação das categorias profissionais da saúde avaliadas nas pesquisas sobre estratégias de *coping*, identificação de quais os tipos de pesquisa (qualitativa ou quantitativa) que avaliam estratégias de *coping* diante da morte em profissionais de saúde e classificação dos estudos por ano de publicação também foram alcançados, de modo que os instrumentos mais utilizados na avaliação do coping são Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman (1985) e o COPE-

Escala de Estratégias de Enfrentamento de Carver et. al; as categorias profissionais mais avaliadas em pesquisas são enfermagem e medicina e a metodologia mais utilizada é a quantitativa.

Espera-se que este estudo tenha contribuído de modo a promover o questionamento de práticas cotidianas percebidas como naturais, tais como a relação, muitas vezes, impessoal dos profissionais de saúde com seus pacientes e a concepção de morte como sendo um evento repulsivo.

Ainda que este trabalho tenha cumprido seus objetivos, faz-se importante destacar que os estudos sobre a morte e suas repercussões sociais nunca estarão esgotados, sendo necessário desenvolver mais pesquisas neste sentido.

BIBLIOGRAFIA

ADAMGY, M. Yussuf. M.; ALY, Muhammad. **Regras do Funeral Islâmico**. Disponível em: http://www.religiaodedeus.net/regras_do_funeral.htm. Acesso em: 21 de março de 2014.

ANTONIAZZI, Adriane. **Desenvolvimento de instrumentos para a Avaliação de Coping em Adolescentes Brasileiros.** Universidade do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Curso de pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Novembro, 1999.

ANTONIAZZI, Adriane; DELL`AGIO, Débora; BANDEIRA, Denise. **O conceito de coping: uma revisão teórica.** Estudos de Psicologia, 1998, 3(2), 273-294.

ALMEIDA, Elton. **Crítica do filme A partida.** Disponível em: <http://www.musicaos.com.br/critica-do-filme-a-partida/> Acesso em: 25 de março de 2014.

ARBIB- ASSOCIAÇÃO RELIGIOSA BENEFICENTE ISLÂMICA DO BRASIL. **Juízo final.** Disponível em: <http://www.mesquitadobras.org.br/texto.php?op=93>. Acesso em: 21 de março de 2014.

ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente.** Tradução de Priscila Viana de Siqueira, Rio de Janeiro, Ediouro, 2003.

BRITO, E; CARVALHO, Ana. **Stress, Coping (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva e problemas renais.** Ver. Enfermería Global, n. 4, maio de 2004.

CAPUTO, Rodrigo Feliciano. **O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico.** Revista saber acadêmico, n ° 06 Dez. 2008/ ISSN 1980-5950.

CHEVRA KADISHA. **Regras do Luto.** Disponível em <http://www.chevrakadisha.com.br/regras-do-luto/#32>. Acesso em 21 de março de 2014.

COLOSSI, Emanuelle; MOREIRA, Mariana; PIZZINATO, Adolfo. **Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem de um CTI adulto perante situações de estresse.** Revista Ciência e Saúde, Porto Alegre, v. 4. N. 1, jan-julho de 2010.

COMBINATO, Denise; QUEIROZ, Marcos. **Morte: uma visão psicossocial.** Estudos de psicologia, 2006, 11(2), 209-216.

COTRIM, Gilberto. **Fundamentos da Filosofia: História e grandes temas.** 16ª edição, São Paulo, Editora Saraiva, 2006.

CRESPO, Jorge. **As provas do corpo: os sinais da morte nos séculos XVIII-XIX.** Pro-Posições, v. 14, n. 2 (41) - maio/ago. 2003.

DOBSON, K. DOZOIS, D. **Historical and philosophical basis of cognitive-behavioral therapy.** Handbook of cognitive-behavioral therapies. New York: Guilford; 2001.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer.** Tradução de Paulo Menezes, 9ª edição, São Paulo, Editora WMF Martins Fontes, 2008.

LANE, Silvia; CODO, Wanderlei. **Psicologia Social: O homem em movimento**. São Paulo, Brasiliense, 2012.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

MORTE PARA VIVOS. **Morte e funerais para diferentes povos e culturas**. Disponível em: <http://morteparavivos.blogspot.com.br/2009/11/atendendo-ao-pedido-de-um-internauta.html> . Acesso em: 25 de março de 2014

NEGROMONTE, Maíra; ARAÚJO, Tereza. **Impacto do manejo clínico da dor: avaliação do estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, mar-abril de 2011.

OGDEN, O. **Psicologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

PIME- PONTIFÍCIO INSTITUTO DAS MISSÕES EXTERIORES. **Rituais de Morte Africanos**. Disponível em: <http://www.pime.org.br/mundoemissao/religtradicionaissentido.htm>. Acesso em: 21 de março de 2014.

REGO, Sérgio de Almeida. **A medicalização do hospital no Brasil: notas de estudo**. Cadernos ABEM, volume 4, outubro de 2008.

SANTOS, Ana; CARDOSO, Carmen. **Profissionais de Saúde Mental: Estresse, Enfrentamento e Qualidade de Vida**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 26, n. 3, jul-set. 2010.

SATO, Cristiane. **Falecimento**. Disponível em:

http://www.culturajaponesa.com.br/?page_id=250 Acesso em: 25 de março de 2014.

SAVOIA, Mariângela. **Escala de Eventos Vitais e Estratégias de Enfrentamento (Coping)**. Revista de Psiquiatria Clínica, vol. 26, n. 2, mar-abril, 1999.

SCHULTZ, Duane; SCHULTZ, Sydney. **Teorias da Personalidade**. Tradução de All Tasks, 2ª edição, São Paulo, Cengage Learning, 2011.