

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

**PERCEPÇÃO DE MORTE E SÍNDROME DE BURNOUT EM
COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA**

LUANA SANTANA SANTOS

Aracaju
Janeiro - 2024

UNIVERSIDADE TIRADENTES

**PERCEPÇÃO DE MORTE E SÍNDROME DE BURNOUT EM
COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA**

Dissertação de mestrado submetida à banca
examinadora para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Ambiente, na área de
concentração Saúde e Ambiente.

LUANA SANTANA SANTOS

ORIENTADORAS

**Dra. Verónica de Lourdes Sierpe Jeraldo
Dra. Margarete Zanardo Gomes**

COORIENTADOR

Dr. Diego Freitas Rodrigues

Aracaju
Janeiro – 2024

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S237p Santos, Luana Santana
Percepção de morte e síndrome de burnout em comissões de ética
médica / Luana Santana Santos – Aracaju, SE : 2024.
78 f.

Orientadoras: Dra. Verónica de Lourdes Sierpe Jeraldo e Dra.
Margarete Zanardo Gomes.

Coorientador: Dr. Diego Freitas Rodrigues.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade
Tiradentes, 2024.

1. Ética Médica. 2. Pandemia. 3. Percepção de morte. 4. Síndrome
de Burnout. I. Jeraldo, Verónica de Lourdes Sierpe, orient. II. Gomes,
Margarete Zanardo, orient. III. Rodrigues, Diego Freitas, coorient. IV.
Título.

CDU: :612.013:614.253

Ficha elaborada por Marcos Breno Andrade Leal (CRB-5/2048)

PERCEPÇÃO DE MORTE E SÍNDROME DE BURNOUT EM COMISSÕES DE ÉTICA MÉDICA

Luana Santana Santos

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA
PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE,
NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovada por:



Verónica de Lourdes Sierpe Jeraldo
Orientadora

Documento assinado digitalmente



MARGARETE ZANARDO GOMES
Data: 18/01/2024 11:51:48-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Margarete Zanardo Gomes
Orientadora

Documento assinado digitalmente



DIEGO FREITAS RODRIGUES
Data: 18/01/2024 17:08:53-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Diego Freitas Rodrigues
Coorientador

Documento assinado digitalmente



FERNANDA GOMES DE MAGALHÃES SOARES PINHEIRO
Data: 18/01/2024 14:12:36-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro
Examinadora externa - Universidade Federal de Sergipe



Edna Aragão Farias Cândido
Examinadora interna - Universidade Tiradentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.3 Objetivo Geral	10
2.4 Objetivos Específicos	10
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
3.3 Comissões de Ética Médica (CEMs)	11
3.4 Dilemas éticos durante a pandemia de Covid-19	13
3.6 Morte nos tempos da Covid-19	17
3.7 Percepções de profissionais de saúde frente a morte	21
3.8 Pandemia de covid 19: fatores de risco para <i>Burnout</i>	25
3.9 Apoio psicossocial em instituições de saúde durante a pandemia	30
4 METODOLOGIA	33
4.3 Delineamento do Estudo	33
4.4 Local	33
4.5 Amostra	33
4.6 Critérios de Inclusão e Exclusão	33
4.7 Aspectos Éticos	33
4.8 Instrumentos	34
5 Análise dos dados	37
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
REFERÊNCIAS	57
ANEXOS	67
APÊNDICES	77

LISTA DE QUADROS E TABELAS

	Página
Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica de profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022	38
Tabela 2: Avaliação da percepção de morte entre profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022 (escalas de Percepção de Morte de Spilka, Stout, Minton e Sizemore (1997) adaptado por Barros e Neto (2004))	40
Tabela 3: Índices de <i>Burnout</i> em profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022 (Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (IBM-PSH))	42
Tabela 4: Avaliação da percepção de morte e índices de <i>Burnout</i> segundo a instituição em que os médicos exercem função de membros de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022	46
Tabela 5: Avaliação da percepção de morte e índices de <i>Burnout</i> segundo o nível de envolvimento com os pacientes (Pessoal ou Profissional) de membros de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022	48
Tabela 6: Avaliação da percepção de morte e índices de <i>Burnout</i> segundo o preparo teórico, individual ou prático para o enfrentamento da morte em profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022	50
Tabela 7: Avaliação da percepção de morte e índices de <i>Burnout</i> de acordo com o preparo ou despreparo emocional nos cuidados ao paciente terminal em profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022	51
Tabela 8: Avaliação da percepção de morte e índices de <i>Burnout</i> de acordo com a disponibilidade de equipamentos necessários para o atendimento aos pacientes em profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022	52
Tabela 9: Avaliação da percepção de morte e índices de <i>Burnout</i> de acordo com a divulgação e apresentação de protocolos e diretrizes claras sobre ações e procedimentos que deveriam ser realizados durante a covid-19, em profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022	52
Tabela 10: Avaliação da percepção de morte e índices de <i>Burnout</i> de acordo com a oferta de apoio psicossocial para profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022	54
Tabela 11: Avaliação da percepção de morte e índices de <i>Burnout</i> de acordo com a busca de apoio psicossocial em outras instituições para profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CEMs	Comissões de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
GAL	Gerenciador do Ambiente Laboratorial
MBI HSS	Inventário de Burnout Maslach, para Pesquisa em Serviços de Saúde
SARS	Síndrome respiratória aguda grave
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UTIs	Unidades de Tratamento Intensivo
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

RESUMO

Profissionais que compõem comissões de ética médica, ao enfrentarem crises sanitárias como a pandemia da COVID 19, vivenciam com grande frequência conflitos e dilemas éticos frente a insuficiência de recursos e alto número de mortes, estando mais sujeitos a problemas de saúde mental, como a síndrome de *Burnout*. Nesse sentido, o presente estudo buscou analisar a relação entre percepção da morte e síndrome de *Burnout* em comissões de ética médica durante a pandemia de COVID-19. Foi realizada uma pesquisa de campo do tipo analítico transversal, no período de janeiro a dezembro de 2022, participaram do estudo membros de comissões de ética médica de dois hospitais do estado de Sergipe. Para a coleta de dados foram utilizados o Questionário de Percepção da morte para médicos e alunos de medicina, Questionário sobre atuação no combate a covid-19, Escala de percepção de morte e Inventário de Burnout Maslach, para Pesquisa em Serviços de Saúde (MBI HSS). Para análise quantitativa, os dados foram descritos por meio do cálculo de média e desvio padrão. Para o estudo das hipóteses entre as variáveis foi utilizado o teste de U de Mann-Whitney (comparação entre médias). O programa utilizado para todos os cálculos foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Foram identificados altos índices de exaustão emocional nas comissões de ética médica durante a pandemia de COVID-19, os fatores de risco associados para *Burnout* foram a não divulgação e apresentação de protocolos e diretrizes claras, falta de apoio psicossocial, realização de improvisações para enfrentar a falta de materiais, falta de equipamentos necessários para o atendimento dos pacientes, falta de preparo teórico, individual ou prático sobre enfrentamento da morte. A avaliação das percepções de morte aponta que, embora a finitude faça parte do cotidiano hospitalar, ainda é um acontecimento “desconhecido”, por parte dos profissionais, o que sugere que o sofrimento no contato rotineiro com situações de terminalidade quase sempre é velado e silenciado. Assim a implantação de programas centrados na educação para a morte e estratégias de resolução de problemas pode contribuir para ampliar os espaços de discussão, nos quais os profissionais possam refletir sobre as questões ligadas à morte de forma saudável, e acerca da importância da saúde mental durante a realidade difícil vivenciada pela pandemia. Espera-se com o estudo contribuir com a criação e implementação de políticas públicas e ações para minimizar possíveis riscos à saúde psíquica destes profissionais.

Palavras-chaves: Ética Médica; Pandemia; Percepção de morte; Síndrome de *Burnout*;

ABSTRACT

Professionals who are part of medical ethics committees, when facing health crises such as the COVID 19 pandemic, often experience conflicts and ethical dilemmas in the face of insufficient resources and a high number of deaths, being more subject to mental health problems, such as Burnout syndrome. In this sense, the present study sought to analyze the relationship between the perception of death and burnout syndrome in medical ethics committees during the COVID-19 pandemic. A cross-sectional analytical field research was carried out from January to December 2022, and members of medical ethics committees from two hospitals in the state of Sergipe participated in the study. For data collection, the Death Perception Questionnaire for physicians and medical students, the Questionnaire on performance in the fight against COVID-19, the Death Perception Scale, and the Maslach Burnout Inventory for Health Services Research (MBI HSS) were used. For quantitative analysis, the data were described by calculating the mean and standard deviation. To study the hypotheses between the variables, the Mann-Whitney U test (comparison between means) was used. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20 was used for all calculations. High rates of emotional exhaustion were identified in medical ethics committees during the COVID-19 pandemic, the associated risk factors for Burnout were the non-disclosure and presentation of clear protocols and guidelines, lack of psychosocial support, improvisation to cope with the lack of materials, lack of equipment necessary for patient care, lack of theoretical, individual or practical preparation on coping with death. The evaluation of the perceptions of death indicates that, although finitude is part of the hospital routine, it is still an "unknown" event on the part of the professionals, which suggests that the suffering in the routine contact with terminal situations is almost always veiled and silenced. Thus, the implementation of programs focused on education for death and problem-solving strategies can contribute to expanding the spaces for discussion, in which professionals can reflect on issues related to death in a healthy way, and on the importance of mental health during the difficult reality experienced by the pandemic. The study is expected to contribute to the creation and implementation of public policies and actions to minimize possible risks to the mental health of these professionals.

Keywords: Medical Ethics; Pandemic; Perception of death; Burnout Syndrome;

1. INTRODUÇÃO

Durante a pandemia de COVID-19, auxiliar na tomada de decisões frente aos recursos insuficientes para as enormes demandas assistenciais, buscar entender a autonomia dos sujeitos, zelar pelo respeito e pela dignidade humana em um contexto de extrema vulnerabilidade humana, são atitudes muito complexas e que exigem reflexão ética. Assim, segundo Moodley *et al.* (2021), as Comissões de Ética médica hospitalares tiveram de estar à altura do desafio.

Decisões importantes em um cenário de restrições, como o da pandemia da COVID-19 podem elevar o grau de angústia e inquietação dos profissionais, acerca da qualidade das próprias decisões. Nesses cenários, restrições internas ou externas nas condições de trabalho e o enfrentamento de decisões difíceis no plano das prioridades à triagem e uso de recursos para tratamento de pacientes podem acentuar dilemas éticos, resultado da busca pela coerência entre condutas profissionais e valores pessoais, com impactos na saúde mental destes profissionais (ZWIELEWSKI, 2021).

Os dilemas éticos envolvidos nessas condições são particularmente complexos e requerem o uso de um raciocínio moral e ético mais elevado. Nesse sentido as comissões de ética hospitalar desempenham um papel importante na criação de distância entre o dilema e o profissional, minimizando o sofrimento moral e a lesão moral dos que devem prestar cuidados em condições extremamente difíceis (MOODLEY, *et al.* 2021).

Para tanto, pouco ou nada se fala acerca da saúde mental dos profissionais que compõem tais comissões. Profissionais que compõem comissões de ética, ao enfrentarem crises sanitárias e emergências de alto impacto, vivem conflitos e dilemas éticos com grande frequência, exigindo habilidade clínica, conhecimento acerca de normas e diretrizes institucionais e capacidade crítica para emitir juízos diante dos problemas concretos aos quais estão implicados. Profissionais que vivenciam dilemas éticos estão mais sujeitos a problemas de saúde mental, como altos níveis de estresse, baixa autoestima, depressão, *Burnout* etc. (ROYCROFT M, *et al.* 2020).

Além disso, diante da vivência cotidiana de inúmeras mortes nas unidades hospitalares, podem acabar por florescer nos profissionais sentimentos dos mais diversos. A morte por Covid-19 implicou em novos desafios, com necessidade de adaptações às novas tensões. O esgotamento emocional pode ser o resultado de uma dificuldade de integrar perdas crescentes e inevitáveis à carreira e à vida em curso. Entre os profissionais que

enfrentam a morte de pacientes, as reações como pensar no paciente, sentimento de impotência, choro ou desânimo, descrença ou choque, dificuldade de concentração, raiva e ansiedade muitas vezes persistem por mais de 1 mês e podem justificar a intervenção de um profissional em saúde mental. (RABOW *et al.* 2021).

Segundo Povedano-Jimenez (2020), habilidades para lidar com a morte de pacientes e condições favoráveis no ambiente de trabalho estão associadas à qualidade do cuidado, sendo essenciais para redução da insatisfação e estresse no trabalho. Já o enfrentamento inadequado da morte pode diminuir a satisfação no trabalho e aumentar o estresse ocupacional sendo um fator de risco para a síndrome de *Burnout*, além de afetar também negativamente na qualidade da assistência prestada ao paciente. Assim, é importante conhecer como os profissionais lidam com o enfrentamento da morte, as características do ambiente de trabalho e o grau de estresse vivenciado durante os cuidados em meio a pandemia de COVID-19.

Nesse sentido, o presente estudo buscou analisar a relação entre percepção da morte e síndrome de *Burnout* em comissões de ética médica durante a pandemia de COVID-19. Para a realização da análise, considerou-se como questão norteadora: “Como as diferentes perspectivas de morte podem estar relacionadas a síndrome de *Burnout* em membros de comissões de ética médica no contexto da pandemia ocasionada pela COVID-19?”.

Justifica-se este estudo, em virtude da relevância do tema para profissionais de saúde, que mesmo amparados por leis e códigos de ética, ainda encontram diversos desafios em sua prática profissional, dado o momento e a situação atípica em que vivenciaram durante a pandemia. Nesse contexto surge também a necessidade de discutir acerca do sofrimento no contato rotineiro com situações de terminalidade uma vez que embora a finitude faça parte do cotidiano hospitalar, ainda é um acontecimento pouco discutido por parte dos profissionais.

Assim ressalta-se a importância da ampliação de espaços de discussão, nos quais os profissionais possam refletir sobre as questões ligadas à morte de forma saudável, e acerca da importância da saúde mental durante a realidade difícil vivenciada pela pandemia. Espera-se com o estudo contribuir ainda para a criação e implementação de políticas públicas e ações para minimizar possíveis riscos à saúde psíquica destes profissionais

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a relação entre percepção da morte e síndrome de *Burnout* em comissões de ética médica durante a pandemia de COVID-19.

Objetivos Específicos

Avaliar as percepções de morte dos membros de comissões de ética médica durante a pandemia de COVID-19.

Verificar os índices e fatores de risco para *Burnout* entre profissionais de comissões de ética médica durante a pandemia de COVID-19.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.3 Comissões de Ética Médica (CEMs)

A criação de comissões hospitalares não é uma novidade na prática da medicina, diferentes comissões hospitalares foram e estão sendo instituídos no Brasil e em todo o mundo. São organizações com funções bem definidas e que as desempenham em benefício de atuais e futuros pacientes, buscando a orientação dos profissionais da saúde e gestores sobre medidas e condutas a serem adotadas para o melhor funcionamento da organização e desempenho das funções nas unidades de saúde. As Comissões de Ética e Deontologia Médica tem por objetivo zelar pelo cumprimento dos Deveres e direitos inerentes ao exercício da profissão, o que tais comissões trazem como importante novidade é a institucionalização da ética na área da saúde, permitindo a análise na tomada de decisões, e não apenas examinar fatos ocorridos no passado (REGO, 2009).

Entre suas principais atribuições estão, a fiscalização do exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão; instauração de procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício; colaboração com o Conselho Regional de Medicina na educação, discussão, divulgação e orientação dos profissionais sobre temas relativos à ética médica; atuação preventiva, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético; orientação dos paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à ética médica; atuação de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina; e promoção de debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde (ALVES *et al.* 2021).

As CEMs podem ser compreendidas como um 'braço' do Conselho Regional de Medicina no interior dos estabelecimentos de saúde, sua missão corresponde à dos conselhos regionais. Entretanto, o Conselho Federal de Medicina, em sua página na Internet, ao defender a ideia de que a ação dos conselhos já extrapolaria "a aplicação do Código de Ética Médica e a normatização da prática profissional", concluiu que, "ao defender os interesses corporativos dos médicos, o CFM empenha-se em defender a boa prática médica, o exercício profissional ético e uma boa formação técnica e humanista". Com o tipo de ação enunciada sobre esses pontos, mantém a oferta de serviços médicos de qualidade para a população, que seria a melhor forma de proteger os interesses da profissão médica e dos

médicos. Assim, mesmo que, os órgãos que representam a categoria atuem na construção e no debate da política de saúde, sua função principal ainda continua sendo regulamentar e fiscalizar o exercício profissional. Nesse sentido, as CEMs atuam principalmente, como prevê o artigo 1º da Resolução 1.657/2002 que as regulamentava, substituída pela Resolução CFM nº 2152/2016, no desempenho de “funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina”.

De acordo com a Resolução CFM nº 2152/2016, as comissões de ética médica devem possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva da instituição onde atua, e cabe ao seu diretor técnico as responsabilidades acerca das condições de funcionamento, do tempo suficiente e materiais necessários para desenvolver os seus trabalhos. Seus atos serão restritos ao corpo clínico da instituição vinculada ao seu registro. Os médicos convocados para apurações internas, envolvidos em fatos a serem apurados, que se recusarem a prestar esclarecimentos à comissão, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do respectivo Conselho Regional de Medicina, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica (ALVES *et al.* 2021; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016).

As eleições das comissões de ética médica devem ocorrer em conformidade com a Resolução CFM nº 2152/2016, onde destaca-se a obrigatoriedade para instituições hospitalares que tenham número igual ou maior que 31 médicos em seu corpo clínico. Devendo ser compostas por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes. O presidente e o secretário serão eleitos na primeira reunião da comissão. Em relação a Composição, Organização e Estrutura das Comissões de Ética Médica o a Resolução CFM nº 2152/2016 no seu Art. 3º cita que, as Comissões de Ética Médica serão instaladas nas instituições mediante aos seguintes critérios de proporcionalidade: Nas instituições com até 30 médicos não haverá obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética Médica, cabendo ao diretor clínico ou diretor técnico, o encaminhamento das demandas éticas ao Conselho Regional de Medicina; Já nas instituições que possuírem de 31 (trinta e um) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, as CEMs deverão ser compostas por no mínimo 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016).

3.4 Dilemas éticos durante a pandemia de COVID-19

Define-se um dilema ético como a necessidade de escolher ou tomar uma decisão entre duas ou mais opções moralmente aceitáveis ou, entre cursos de ação igualmente inaceitáveis, quando uma opção impede a escolha ou a tomada de decisão em relação à outra (MENON, 2020).

O cenário de crise ampliada e recursos limitados da pandemia do COVID-19 levantou dilemas éticos e morais no enfrentamento de problemas estruturais e de procedimentos, dentre os principais dilemas éticos enfrentados por estes profissionais estão: falta de EPIs e ventiladores versus a tentativa de contemplar um grande número de pacientes, manter suporte ventilatório a pacientes críticos versus optar por quem tem mais chances, entre outros (BORGES *et al.*, 2020; GULATI *et al.* 2020; GROVER *et al.* 2020).

Deparar-se com dilemas éticos é enfrentar situações difíceis para as quais as possíveis soluções podem ser pouco atraentes ou resolutivas. Escolher dentre pacientes que apresentam maiores chances de recuperação e aqueles com menos chances, mas que possuem os mesmos direitos à vida que os demais; e, ainda, decidir retirar o suporte à vida de um paciente que não apresenta melhora para alocar outro que também precisa, são situações que impõem à equipe ações que podem colidir com seus valores pessoais e morais (GROVER *et al.* 2020; GULATI *et al.* 2020; MENON, 2020; CHAMSI-PASHA, 2020).

Para lidar com tais conflitos muitos desses profissionais podem vir a buscar estratégias disfuncionais de apoio, como o uso abusivo de substâncias que elevam os riscos de problemas cardiovasculares etc., podendo tais estratégias disfuncionais estarem relacionado a presença de fatores de risco no ambiente de trabalho como a falta de suporte institucional, vivências diárias de eventos traumáticos e a falta de preparação das equipes para lidarem de forma funcional com as consequências dessa exposição a conflitos que podem gerar futuros traumas psíquicos (THEORELL, 2020) .

Assim, estratégias para manutenção da saúde mental são importantes medidas para mitigar os efeitos a médio e longo prazos de sintomas decorrentes do trabalho. Dentre as propostas de intervenção estão: monitorar possíveis riscos à saúde mental no ambiente de trabalho, capacitar os profissionais para o enfrentamento de dilemas éticos, ações voltadas ao bem-estar e descanso dos profissionais, e suporte psicológico. Tais propostas ressaltam a preocupação em evitar que experiências pessoais e laborais difíceis possam vir a tornar-se

eventos traumáticos na vida destes profissionais (BORGES, *et al.* 2020; CHAMSI-PASHA, *et al.* 2020; GULATI, 2020; GREENBERG *et al.* 2020; ROBERT, *et al.* 2020; GROVER, *et al.* 2020; THEORELL, 2020; ROYCROFT, *et al.* 2020; NAIR, *et al.* 2020).

3.5 Morte nos tempos da COVID-19

A morte por Covid-19, implicou novos desafios tanto para os familiares, devido à interdição das cerimônias fúnebres tradicionais, impedindo assim os rituais de despedida e tornando a vivência de morte solitária e isolada, quanto para os trabalhadores da saúde, que precisaram de treinamento e atualizações constantes acerca de protocolos, encaminhamento e comunicação de óbitos, além de maneiras de evitar o seu próprio contágio (PORTELA, *et al.* 2022).

A COVID-19 trouxe a morte desproporcional quando comparada a outras doenças, como câncer ou gripe, as quais os profissionais anteriormente podem ter aprendido a gerenciar ou aceitar, sendo solicitados ou até ordenados a presenciar tipos de mortes as quais podem não estar acostumados e em ambientes que normalmente não exercem suas atividades, e podem não ter desenvolvido recursos pessoais ou profissionais para gerenciar tais estresses. (RABOW *et al.* 2021).

Por vezes, trabalharam longas horas sem pausas adequadas ao longo do dia ou alívio ao longo de dias e semanas, além da possibilidade de não ter EPI adequado para se sentirem seguros. Com a inexistência de cura e contínua incerteza acerca das melhores maneiras de tratar a COVID-19, os profissionais poderiam se sentir impotentes para ajudar os pacientes e sentir que suas habilidades e conhecimentos são desatualizados ou até inadequados durante a pandemia em rápida evolução. A demografia dos pacientes que morreram pode apresentar ainda um estresse adicional para estes profissionais. Pessoas saudáveis ou jovens sofreram incapacidade permanente, ou até morreram, assim como casais e vários membros de uma única família. (RABOW *et al.* 2021).

A pesquisa intitulada "Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde" [online], realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em seu capítulo "A morte contaminada: a experiência da morte por Covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde", discute acerca do processo de morrer por Covid-19 na perspectiva de diferentes profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, que atuam com pacientes da Covid-19 em duas unidades de tratamento intensivo (UTIs) de dois municípios do estado de Santa Catarina, os profissionais

relataram que a morte por Covid-19 se enquadra como uma “morte difícil”, em que há combinação de sentimentos de abandono e solidão em razão dos protocolos de restrição ao contato com o paciente, tanto dos familiares quanto dos profissionais de saúde, bem como da permanência prolongada dos pacientes que necessitam ficar na Unidade de Terapia Intensiva (PORTELA *et al.* 2022).

O processo de cuidado dos pacientes com Covid-19 impactou o programa de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em relação às formas de acolhimento e contato com os pacientes. Ainda de acordo com a pesquisa citada anteriormente, na percepção dos trabalhadores, as restrições impostas no caso da Covid-19 tornam o fim da vida ainda mais sofrido. Os protocolos de segurança para óbitos por Covid-19 tendem a objetificação ainda maior do processo de morte. A relação com os corpos e com os ritos que acompanham o final da vida em situações normais, dentro da rotina hospitalar, acabou sendo modificada por conta da pandemia (PORTELA *et al.* 2022).

Sinalizando a brevidade da vida, os rituais fúnebres estão desde sempre na história, para marcar um estado de enlutamento como forma de reconhecer o valor e a importância daquele que se foi, favorecendo mudanças de papéis e permitindo a transição do ciclo de vida. Considera-se, ainda, a importância destes rituais para a maturação psicológica, uma vez que contribuem para que os sujeitos enfrentem a perda de forma concreta e iniciem seu processo de luto, proporcionando a manifestação pública de seu pesar. Dessa forma, a ausência dos rituais de despedida do corpo dificulta a concretização psíquica da perda (CARDOSO *et al.* 2020).

Para guiar as ações de cuidado e o manejo dos corpos de pacientes com Covid-19, o Ministério da Saúde elaborou diversos protocolos e recomendações, entre estas está a recomendação de que funerais de pacientes confirmados ou suspeitos de Covid-19 não sejam realizados devido à aglomeração de pessoas em ambiente fechado, o que poderia expor ao risco de contágio familiares e amigos, recomendando ainda a não realização da autópsia caso haja a confirmação de morte por Covid-19, justificando-a como desnecessária. Em consequência a tais procedimentos, em várias locais ocorreram, conforme Silva (2020), “enterros-relâmpago, parentes desolados, e luto frustrado”, que desfavorecem ainda mais a elaboração do luto.

Associado a isso, mortes rápidas e inesperadas podem impedir o preparo do enlutado para lidar com a perda, visto que a temporalidade da morte física não acompanha a da morte psíquica, podendo gerar dificuldades na elaboração do luto. Quando intensos, tais obstáculos

podem favorecer o luto complicado, dificultando ou impedindo a reorganização psíquica e a retomada das atividades antecedentes à perda. Assim, ressalta-se a importância do desenvolvimento de formas alternativas e respeitadas de ritualização destes processos, permitindo a ressignificação das perdas pela Covid-19 (CARDOSO *et al.* 2020).

Com relação aos familiares e responsáveis, o Ministério da Saúde ressalta a necessidade de que lhes sejam oferecidas explicações adequadas sobre os cuidados com o corpo do falecido, destacando a recomendação de que a comunicação do óbito seja realizada preferencialmente por equipes da atenção psicossocial e/ou da assistência social, com auxílio sobre os procedimentos referentes à despedida do familiar (BRASIL, 2020).

Relatos angustiantes de profissionais da saúde sobre a dificuldade na identificação dos mortos em meio a inumerável quantidade de vidas perdidas, mostraram como estes se desdobraram para marcar uma morte e não a deixar se perder, uma vez que os caixões não podiam ser abertos, não sendo possível assim a posterior identificação pelos familiares. As equipes de saúde neste sentido tiveram uma função essencial, sendo por meio do esforço desta a possibilidade de inscrever, com fotos, mensagens escritas e peças de roupa envolvendo o caixão, possibilitando as condições para que a falta do reconhecimento da morte não tornasse algo ainda mais difícil, fria e distante (BIANCO; COSTA-MOURA, 2020).

Além das mortes de pacientes, os profissionais também presenciaram um número significativo de óbitos de colegas que atuaram no enfrentamento da Covid-19. Diante da vivência cotidiana de inúmeras mortes nas unidades hospitalares, podem acabar por florescer nos profissionais sentimentos dos mais diversos, dentre eles a revolta e tentativas de negação da morte. Entretanto, a morte não deve deixar a equipe indiferente, ao contrário, se trata nestes instantes da necessidade de reunir recursos que auxiliem no reconhecimento e enfrentamento da presença da morte e do morrer (BIANCO; COSTA-MOURA, 2020).

Desse modo, os profissionais devem sentir-se confiantes não somente na sua capacidade de cuidado efetivo aos pacientes terminais, mas também no seu próprio bem-estar. Habilidades para lidar com a morte do paciente e condições favoráveis do ambiente de trabalho estão associadas à qualidade do cuidado no final da vida e são essenciais para reduzir a insatisfação e o estresse no trabalho. O enfrentamento inadequado da morte pode diminuir a satisfação no trabalho e aumentar o estresse, afetando de maneira negativa na qualidade dos cuidados. Por outro lado, os profissionais que se percebem lidando de forma otimizada com a morte podem avaliar tais situações difíceis como desafios, enfrentando de modo ativo o estresse ocupacional. Além disso, lacunas no conhecimento e a sensação de falta de apoio e liderança por parte dos profissionais dificultam o cuidado, especificamente, os

profissionais de terapia intensiva reconhecem a falta de educação e treinamento como um obstáculo para uma assistência de qualidade no final da vida (POVEDANO-JIMENEZ, 2020).

A experiência vivenciada na pandemia serve como mais um marcador histórico para se abordar o tema da morte, que é difícil e gera muitos incômodos. Nesse sentido, é urgente que disciplinas na área da formação em saúde abordem formas de lidar com a morte e de evitar contaminações no ambiente hospitalar, além da atualização do conhecimento em tanatologia, em todas as dimensões, especialmente em referência à dor e o luto devido à COVID-19. O manejo da dor da perda no contexto da pandemia visa minimizar o sentimento de despreparo e angústias intrínsecas aos momentos da morte. Também se torna necessário a reorganização os espaços de convívio e relaxamento no âmbito hospitalar, como os refeitórios e áreas de lazer, por onde circulam os profissionais da saúde, de modo a torná-los seguros, bem como manter um suporte psicossocial efetivo (PORTELA, *et al.* 2022).

3.6 Percepção de profissionais de saúde frente a morte

O desenvolvimento da tecnologia e as conquistas científicas tornou os seres humanos capazes de desenvolver novas qualidades, porém, em relação à morte, continuam a apresentar um processo de distanciamento e defesa que pode manifestar-se de diversas maneiras, desde o medo da morte até a incapacidade de prevê-la (CORREIA *et al.*, 2020).

Kovács (1992) afirma que a forma de perceber a morte exerce influência direta no modo de ser, uma vez que vida e morte se encontram sobrepostas ao decorrer do desenvolvimento humano. Dessa forma, como cita Heidegger (1997), não é possível qualificar a existência sem se conscientizar de sua finitude. A morte, deve ser entendida como um processo natural, não podendo ser desvinculada da vida, mas integrada a ela. Assim, conforme Moreira e Lisboa (2006), o homem só valoriza a vida quando assume a sua própria morte e, sendo esta, uma possibilidade, entende que pode ela vir a qualquer instante.

A morte traz consigo importantes implicações acerca da vida dos indivíduos tanto em seus aspectos comportamentais quanto afetivos, e neste sentido nos últimos anos houve um aumento no interesse e expansão dos estudos acerca do processo de morte e luto. No contexto brasileiro, tal processo vem sendo estudado, principalmente, entre profissionais de enfermagem e medicina, devido ao contato e proximidade com a morte de pacientes no contexto hospitalar, ou convívio com pacientes terminais. O estudo da morte proporciona uma maior compreensão das limitações humanas, auxiliando na sua desmistificação, e na promoção de processos de enfrentamento e superação do luto (MOURA *et al.* 2020).

De acordo com Ariés (1975), a evolução da medicina contribuiu para que o homem resistisse a doenças potencialmente fatais, surgindo assim a crença de que a medicina seria capaz de resolver todos os problemas, e levando estes profissionais a sentirem dificuldades quanto a assuntos que confrontam as suas próprias emoções e limites, uma vez que seu papel primordial é salvar e/ou prolongar a vida, mesmo em situações-limite, a morte para estes passou a ser considerada inadmissível e frustrante.

A dificuldade dos profissionais em lidarem com o processo de morte e morrer é uma constatação recorrente nos estudos publicados, o que indica que, embora a finitude faça parte do cotidiano hospitalar, ainda é um acontecimento “estranho”. Ou seja, a ocorrência da morte não é um fenômeno vivido de forma natural pelos profissionais de saúde, por vezes acompanhada de diversas dificuldades e conflito, que sugerem que o sofrimento no contato rotineiro com situações de terminalidade quase sempre é velado e silenciado (SANTOS *et al.* 2013).

Ainda tratando-se de conhecimentos sobre a morte, Campelos (2006), destaca que desde o início dos estudos acerca do tema, percebeu-se que muitas das pessoas que se relacionam com sujeitos que morrem também despertam sentimentos como angústia, como impotência, frustração e insegurança. Assim sendo, médicos que estão em contato contínuo com pessoas em fases terminais manifestam frequentemente comportamentos de evasão e outras formas de autodefesa.

Kovács (2003) reforça essa ideia explicando tais profissionais adotam por vezes mecanismos de proteção e defesa, como negar a situação, manter relações superficiais com os pacientes, estabelecer rotinas e protocolos rígidos, sem levar em conta as características particulares de cada sujeito, argumenta falta de tempo e indisponibilidade para ouvir e estar juntos a estes, etc. Assim, conforme cita Marques *et al.*, (1991), tais atitudes podem resultar em uma relação distante, fria, e desumanizada, constituindo um obstáculo para a relação de empatia e compreensão, podendo ainda influenciar na motivação, satisfação no trabalho e estarem sujeitos a experimentarem ainda sentimentos reativos, como solidão no exercício profissional, perda do senso de missão, cinismo, desesperança, frustração, bem como risco aumentado de esgotamento e depressão. Além de repercussões negativas no cuidado oferecido ao paciente e à família (SANTOS *et al.* 2013).

Para além deste aspecto, tal como diz Rich (2005)., trabalhar com pessoas em fases terminais e com as respectivas famílias pode afetar os profissionais de três maneiras: pode, dolorosamente, dar-lhes mais conhecimento das suas próprias perdas; contribuir para uma

maior ansiedade resultante dos seus medos pessoais das atuais ou potenciais perdas; e pode elevar a ansiedade existencial relativamente aos seus conhecimentos pessoais sobre a morte, no entanto, para que a sua atuação seja relevante e efetiva, estes precisam compreender esse processo como algo natural e desenvolver alternativas de humanizar o cuidado, para isso deve-se haver o trabalho integrado de toda equipe interdisciplinar (LIMA; ANDRADE, 2017).

A negação da morte tão arraigada na sociedade se mantém presente também nestes profissionais que, frequentemente, evitam os doentes em estado terminal, evitam falar sobre as mortes dos seus pacientes ou dos seus sentimentos sobre isso, além de não ter o luto reconhecido (CAMPELOS, 2006).

Nesse sentido, intervenções terapêuticas podem ser fundamentais na alteração dos cuidados oferecidos ao doente, aos familiares dele e aos profissionais envolvidos no processo de morte e luto, de modo a ajudá-los a transformar a visão limitadora da morte, aliviar o sofrimento e melhorar a sua qualidade de vida (CORREIA *et al.* 2020).

Além de ser necessário investir adequadamente na formação profissional quanto as questões sobre o processo de morte e morrer e sobre o luto decorrente destes, sendo de suma importância o estudo e a reflexão, principalmente no tocante à relação essencial entre profissional e paciente, desde o início da graduação universitária (COSTA; DUARTE, 2019).

3.6.1 Pandemia de COVID-19 e fatores associados à Síndrome de *Burnout*

A disseminação do novo coronavírus (COVID-19), declarada pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020, redesenhou o cotidiano dos profissionais de saúde e dos sistemas de saúde. Especialmente para estes profissionais, para enfrentamento da pandemia foi necessário muito ajuste pessoal e profissional. Pesquisas empíricas sobre surtos de doenças infecciosas, como a síndrome respiratória aguda grave (SARS) e outras pandemias de influenza, demonstraram que tais surtos podem resultar em efeitos desastrosos na saúde mental destes (CHAN AY *et al.* 2022).

Define-se saúde mental como a manutenção do bem-estar, capacidade de lidar com os estressores diários, trabalhar de forma produtiva e contribuir efetivamente para a comunidade. De maneira mais ampla, compreende-se a saúde como a capacidade de obtenção da “homeostase” ou o retorno dos níveis de função normais frente a estressores,

sejam estes psicossociais ou fisiológicos. Tais processos de resiliência são amparados pela capacidade de mobilização de proteção interna e externa frente a adversidades (CHAN AY *et al.* 2022).

Desde o início e no decorrer da pandemia, várias pesquisas apresentaram preocupações com a saúde mental dos profissionais de saúde devido a possíveis reações agudas de estresse, esgotamento, aumento de depressão e ansiedade. Durante outras epidemias por Síndrome aguda respiratória, profissionais de saúde que atuaram em hospitais da China relataram no seu cotidiano sofrer de depressão, ansiedade, medo e sensação de frustração. Profissionais japoneses afirmaram que, após o surto por covid, passaram a consumir mais álcool e tabaco (DANTAS, 2021).

No Brasil, já no primeiro semestre de 2020 foram estruturadas redes de colaboração científica e social relacionadas a emergência sanitária, como a Rede CoVida - Ciência, Informação e Solidariedade e o Observatório Fiocruz Covid-19. (Portela, 2022) A pesquisa “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da Covid-19”, realizada pela Fiocruz, em 2020, o levantamento envolveu cerca de 16 mil profissionais de saúde, dos quais 22,2% afirmaram conviver com uma rotina extenuante de trabalho, 15,8% citaram estar com problemas de perturbação do sono e 13,6% com irritabilidade, choro frequente e distúrbios em geral (QUEIROZ, 2021).

No cuidado aos pacientes, as equipes se depararam com casos graves em pacientes de todas as idades, contaminação e morte de colegas de trabalho, medo de contaminar-se e risco de infectar familiares, cumprimento de protocolos que rapidamente se modificam em decorrência do desconhecimento da doença e do seu tratamento, dilemas éticos e morais frente a escassez de recursos, leitos e equipamentos, sobrecarga de trabalho (PORTELA, 2022).

Conviver, portanto, com essas sensações e somá-las à angústia, tristeza e ao estresse pode levar o profissional a uma maior vulnerabilidade do que em tempos normais, tais profissionais podem acabar por manifestar doenças psicológicas, a exemplo da Síndrome de *Burnout*, a qual leva ao cansaço extremo, a perda da empatia e do amor pelo trabalho (TEIXEIRA *et al.* 2020).

Com origem na expressão em inglês “to burn out”, traduzida para português como “falta de energia”, a síndrome de *Burnout* foi citada pela primeira vez por Freudenberg em 1974 para retratar a sensação de esgotamento associada a fadiga, irritação, depressão e

inflexibilidade. Tal síndrome seria resultado do conflito entre o sujeito e seu trabalho, resultando em um processo de desgaste caracterizado pela Exaustão Emocional, Avaliação negativa e Insatisfação no trabalho, além de atitudes de descaso frente aos clientes, sendo mais comum em profissões de natureza assistencial pelo contato direto com pessoas (MASLACH; JACKSON, 1981).

Entre os sinais e sintomas possíveis da síndrome estão: cansaço excessivo, físico e mental; dores de cabeça frequente; alterações no apetite; insônia; dificuldades de concentração; sentimentos de fracasso e insegurança; negatividade constante; sentimentos de derrota e desesperança; sentimentos de incompetência; alterações repentinas de humor; isolamento; fadiga; pressão alta; dores musculares, problemas gastrointestinais, alteração nos batimentos cardíacos (AMARAL, 2020).

Os sintomas são enquadrados ainda em quatro subdivisões: os sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos, nem sempre uma pessoa com síndrome de *Burnout* vai apresentar todos os sintomas, podendo variar de acordo com os fatores individuais, ambientais e a etapa em que se encontra no processo da síndrome (CAMPOS, 2020).

No questionário MBI (Maslach *Burnout* Inventory) método de avaliação do *Burnout* desenvolvido por Maslach e Jackson no ano de 1981, a síndrome é caracterizada por meio de três dimensões: exaustão emocional, Despersonalização e Diminuição da realização profissional (MASLACH; JACKSON, 1981). A exaustão emocional é caracterizada por sentimentos de cansaço e desgaste emocional. A despersonalização, ou cinismo, é caracterizada por atitudes excessivamente frias e distantes, tanto com o trabalho quanto com as pessoas do trabalho, representando assim o componente interpessoal do *Burnout*. A diminuição da realização profissional, ou ineficácia, retrata o indicador de autoavaliação do *Burnout* caracterizada pela percepção e sentimento crescente de ineficácia profissional onde cada nova tarefa é sentida como muito exigente (MASLACH, 2006; MASLACH; LEITER, 2017).

Ainda segundo Maslach e Leiter (1999), os desgastes físico e emocionais, característicos do *Burnout*, são originados por seis pontos de desequilíbrio entre o indivíduo e seu trabalho, sendo estes, o excesso e a falta de controle de trabalho, remuneração insuficiente, colapso da união, ausência de equidade e valores conflitantes. Os profissionais mais suscetíveis ao desenvolvimento desta síndrome são os de natureza assistencial, por trabalharem diretamente em contato com pessoas, muitas vezes prestam cuidado, no caso de profissionais de saúde como médicos e enfermeiros ou tendo, que lidar com estas, como no

caso de profissionais da educação (CAMPOS, 2020).

Entre os profissionais de saúde, os principais fatores promotores do *Burnout* estão fatores organizacionais, sociodemográficas e intrapessoais. A primeira relaciona-se às exigências no trabalho, como longas jornadas de trabalho, o tempo em contato direto com os doentes; decisões difíceis sob pressão; lidar com sofrimento e morte diariamente e sobrecarga de trabalho, além de más condições de trabalho e falta de recursos organizacionais e humanos. Tais fatores relacionados as condições de trabalho são um dos maiores promotores de *Burnout* (VELOSO, 2020).

Estudos recentes apresentam taxas de prevalência de *Burnout* mais elevadas em profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19, ao realizar comparação com estudos anteriores, segundo Morgantini et al. (2020), isto pode estar relacionado com as altas cargas de trabalho, maior pressão de tempo, falta de suporte organizacional e número elevados de casos de COVID-19, na Itália, por exemplo, um dos países mais afetados na fase inicial da pandemia tendo em vista o grande número de mortes associada à COVID-19, foi verificado uma percentagem grande de profissionais de saúde que apresentavam níveis elevados de *Burnout* além de outros sintomas (BARELLO et al. 2020). A falta de controle nos procedimentos, falsa noção de segurança, comunicações deficitárias, falta de suporte emocional e a elevada taxa de mortalidade são outros fatores também associados positivamente ao *Burnout* (VELOSO, 2020).

Em relação às variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, anos de exercício da profissão, e habilitações, podem ser fatores também positivamente associados ao risco de burnout. Ser mulher pode implicar níveis mais altos de exaustão emocional e ser homem na dimensão de despersonalização (CHOU et al. 2014; HYMAN et al. 2017; JESUS et al. 2014; VALA et al. 2017). Ter filhos pode também aumentar sintomas de exaustão emocional (GONÇALVES et al. 2019), o risco de *Burnout* também pode ser superior em indivíduos não casados (QUINTAS et al. 2017; TARCAN et al. 2017).

Por outro lado, a dificuldade no equilíbrio entre trabalho e família, devido a excesso de horas de trabalho, associada a uma longa duração da semana de trabalho e mudanças inesperadas nos turnos, surge também como fatores de risco associados ao *Burnout*. O teletrabalho também poderá contribuir para o conflito trabalho-família, e trazer dificuldades na separação do tempo de trabalho e o tempo pessoal, e aumento do número de horas extraordinárias de trabalho, pode também aumentar o risco para *Burnout* (DUARTE et al. 2020).

Revisões sistemáticas sobre impacto psicológico em surtos infecciosos semelhantes a covid-19 mostram que a prevalência da ansiedade, depressão, stress pós-traumático e *Burnout* foram altas durante e após os surtos pandêmicos, tendo como fatores promotores: ser mais novo (KULKARNI *et al.*, 2020) ter menos anos de experiência (BARRETO, 2020; ZHANG *et al.*, 2020), ser mulher (BARRETO, 2020; JESUS *et al.*, 2014; KULKARNI *et al.*, 2020) falta de suporte social, o estigma e preconceito e o isolamento e distância da família (CABELLO *et al.* 2020; LIPLEY, 2020).

Tratando-se das variáveis intrapessoais, como, por exemplo, otimismo, controle pessoal e ações de autocuidado como praticar exercício físico e ter uma alimentação saudável (VALA *et al.*, 2017), também podem ser fatores de risco ou proteção associadas ao *Burnout*, a inteligência emocional (CASTELLANO *et al.* 2019), a gestão do stress e o humor (NESPEREIRA- CAMPUZANO; VÁZQUEZ-CAMPO, 2017). Alguns dos promotores de *Burnout* podem ainda serem moderados pela redução de trabalho, preenchimento das necessidades relacionais, satisfação no trabalho, qualidade de vida no trabalho, (SRIVASTAVA *et al.* 2019), e uma elevada resiliência (BRINDLEY *et al.* 2019; GUO *et al.* 2018; SHAW, 2020; WADDIMBA *et al.* 2015). Relações profissionais saudáveis e controle emocional estão também associados a menores riscos de *Burnout*. (CASTELLANO *et al.* 2019; PATEL *et al.* 2018).

Como fatores protetores do *Burnout* em situações pandêmicas, os autores citam a esperança (SHAW, 2020), a formação, o apoio moral e proteção (MAUNDER *et al.* 2006), a comunicação responsiva (TSENG *et al.* 2005), a participação na tomada de decisão e suporte organizacional (MAUNDER, 2005), e ter um bom suporte social, de amigos e família (XIAO *et al.* 2020).

As associações entre variáveis relacionadas às condições de trabalho, onde um número maior de contato com pacientes com Covid, relaciona-se com uma maior exaustão emocional, pode ser moderado por meio do suporte organizacional (MARJANOVIC *et al.* 2007), sugerindo-se assim a necessidade dos hospitais disponibilizarem suporte logístico e grupos de suporte para estes profissionais (WILSON *et al.* 2020). Os recursos e as ferramentas de telessaúde entram como estratégia de redução de procura e diminuição de sobrecarga nos serviços de urgência, aliviando também o seu impacto no estresse e *Burnout* dos que estão na linha de frente do cuidado, além de reduzir a sua exposição ao risco de contágio (MOAZZAMI *et al.*, 2020).

Ao reconhecer os diversos fatores capazes de impactar a Saúde Mental dos profissionais de saúde durante a pandemia, deve-se atentar para as demandas referentes à síndrome de *Burnout* que podem surgir como uma resposta aos altos níveis de estresse e sobrecarga em decorrência do trabalho frente a pandemia (DANTAS, 2021). Além disso, se há um aumento da demanda de cuidado, existe também a necessidade de formação e/ou atualização dos conhecimentos profissionais, tanto para a Assistência em Saúde como protocolos de atendimentos, quanto para o cuidado de si (VEDOVATO, 2021).

As recomendações para o enfrentamento do impacto na saúde mental dos profissionais da saúde durante a pandemia focalizam tanto o autocuidado dos trabalhadores como medidas também voltadas para os gestores. Entre as recomendações, estão: disponibilidade e garantia de treinamento em relação aos equipamentos de proteção individual, os EPIs (HELIOTÉRIO *et al.* 2020; TEIXEIRA *et al.* 2020), promoção de mudanças na organização do trabalho buscando alternar atividades de alta e baixa tensão, e assegurar momentos e espaços adequados para a alimentação e o descanso (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020). Incluem-se, ainda, a redução da jornada, caso possível, além da testagem regular dos profissionais da saúde (HELIOTÉRIO *et al.* 2020).

Ainda como estratégias de promoção e prevenção à saúde mental/ pode-se pensar na organização de plantões de atendimento psicológico nas instituições hospitalares, disponibilização de material on-line sobre redução de ansiedade, medo e desespero em momentos de crise, treinamentos para intensificar a segurança na prestação da assistência, contratação emergencial de mais profissionais para diminuição de sobrecarga laboral e garantia de equipamentos de proteção individual. Na maioria dos hospitais gerais de Wuhan, na China, estabeleceu-se um sistema de turnos para permitir que os profissionais da linha de frente descansassem e se revezassem em papéis de alta pressão, objetivando a diminuição da frequência do estresse ocupacional (DANTAS, 2021).

Portanto, há necessidade de atitudes por parte da organização e dos gestores de instituições de saúde, no que diz respeito à saúde do trabalhador, visto que, o desenvolvimento de estratégias para evitar os danos à saúde destes, além de minimizar o desgaste psicossocial dos profissionais, os gastos para a organização tendem a ser menores, pois evita o afastamento do indivíduo do ambiente de trabalho e o tratamento do mesmo (LIMA *et al.* 2009).

Se esses estressores não forem abordados de forma eficaz, podem afetar negativamente a qualidade e a segurança dos serviços de saúde, visto que as repercussões

na saúde resultantes de epidemias de doenças infecciosas como a COVID-19 podem durar meses e anos, os profissionais de saúde precisam ter uma estratégia de saúde a longo prazo. Portanto, intervenções imediatas são necessárias para fortalecer a resiliência mental destes trabalhadores e aumentar a capacidade dos sistemas de saúde (SAEEDI *et al.* 2022).

3.7 Apoio psicossocial em instituições de saúde durante a pandemia de covid-19

Com base na experiência de novos surtos graves em todo o mundo e no impacto psicossocial das epidemias virais, o desenvolvimento e a implementação de avaliação, apoio, tratamento e serviços de saúde mental, tanto para a população quanto para profissionais, são objetivos cruciais e urgentes para a resposta de saúde ao surto. Nesse sentido, segundo Xiang YT *et al.* (2020), durante uma pandemia tais cuidados precisam ser desenvolvidos com urgência, devendo haver nas instituições estratégias como, presença de equipes multidisciplinares de saúde mental estabelecidas pelas autoridades de saúde nos níveis regional e nacional, incluindo psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental, triagem clínica regular para depressão, ansiedade, *Burnout* e suicídio, tratamentos psiquiátricos especializados e serviços e instalações de saúde mental apropriados devem ser fornecidos para pacientes com transtornos mentais mórbidos.

Outras questões que podem favorecer a Saúde Mental e a resiliência psicológica dos profissionais, durante e após o período pandêmico, são as capacitações sobre psicoeducação, manejo do estresse, momentos de escuta e grupos de apoio durante os plantões. Uma das técnicas utilizadas em crise é a chamada "Primeiros Cuidados Psicológicos", preferencialmente aplicada por curtos períodos (DANTAS, 2021).

Conforme Campos (2005), como cita Lima (2017), estes profissionais necessitam destes espaços de cuidado, acolhimento e escuta, para compreensão, validação das suas experiências e compartilhamento dos seus sentimentos, sendo construída assim ferramentas e mecanismos para um cuidado de qualidade. Nesse sentido, sistemas de saúde como o SUS podem desempenhar um papel fundamental, através da aquisição de recursos para atendimento das necessidades básicas do trabalhador; incluindo apoio psicossocial e de saúde mental.

Os líderes e gestores também possuem a responsabilidade de estar disponíveis para ouvir e responder ao sofrimento com empatia e ter um papel na defesa de mudanças. Intervenções de apoio adicionais, incluindo educação ética, diretrizes de definição de prioridades e designação de equipes clínicas e comissões de ética para apoiar os médicos na

tomada de decisões difíceis sobre a suspensão ou retirada de tratamentos de suporte à vida, também foram descritas como altamente eficazes para mitigar o sofrimento mental destes profissionais durante a pandemia (DUCHARLET *et al.* 2021).

Muitos países de alta renda puderam acessar comissões de ética para auxiliar os profissionais de saúde e administradores hospitalares na criação de políticas e protocolos para delineamento de padrões clínicos para tratamento e distribuição justa de recursos escassos. Nos Estados Unidos, alguns consultores de ética relataram que sua carga de trabalho aumentou substancialmente durante os primeiros 3-4 meses da pandemia, levando-os a se concentrarem em fornecer suporte aos que estavam lidando com desafios éticos em torno de pacientes críticos. A qualidade da deliberação ética necessária para tomar boas decisões de saúde requer diversos conhecimentos clínicos e éticos que podem ser adquiridos por meio de uma comissão multidisciplinar com membros experientes na aplicação de estruturas de ética para auxiliar na tomada de decisões em relação a dilemas clínicos (MOODLEY, *et al.* 2021).

De acordo com Sayago e Amoretti, (2021) dentre as dificuldades na implementação destas comissões no Brasil, estão poucos estudos disponíveis, o que leva a um desconhecimento por parte das equipes de saúde e da população sobre a existência e a importância desses órgãos para o assessoramento de questões éticas a ausência de legislação que trata da criação e da regulamentação especificamente dos Comitês de bioética e o interesse próprio das instituições de saúde, privadas e públicas.

Em meio a pandemia, com o surgimento de novas questões éticas envolvendo decisões clínicas em unidades de terapia intensiva, alocação de recursos limitados e tratamento de pacientes cirúrgicos, evidenciou-se a importância das comissões de ética nas instituições de saúde, visto o seu potencial de fornecimento de apoio e suporte, baseado em julgamentos sólidos e compreensão concreta dos princípios éticos, desempenhando assim um papel importante na preparação para a tomada de decisões e enfreamento de dilema éticos por profissionais de saúde, minimizando o possível sofrimento moral e mental destes profissionais que prestam cuidados em condições extremamente difíceis, frente a uma crise de saúde pública (MOODLEY *et al.* 2021).

As estratégias de atenção em saúde mental envolvem também fatores ambientais que podem produzir condições nas quais o sofrimento pode ocorrer, assim um ambiente de trabalho seguro se insere também como uma estratégia fundamental para manutenção de saúde. Além disso, um ambiente seguro reduz os riscos de conflito ético entre deveres ou

interesses pessoais e profissionais, que podem resultar em sofrimento moral e psíquico para o trabalhador. O treinamento adequado de habilidades para os profissionais envolvidos em novas responsabilidades profissionais também é essencial para reduzir as experiências de falha percebida no cumprimento dos deveres morais (DUCHARLET *et al.* 2021).

Assim, ações de Saúde Mental voltadas ao cuidado do trabalhador continuam sendo urgente e necessária, uma vez que ainda não se sabe como e quais serão as sequelas definitivas na Saúde Mental dos profissionais, aponta-se também, a necessidade de estudos sobre os impactos da pandemia, para que se tenha um amplo conhecimento científico acerca da Saúde Mental em contextos pandêmicos e demais eventos críticos, surgindo por meio destes, estratégias eficazes no campo da saúde pública para que se enfrente tais situações de modo mais assertivo e em tempo hábil (DANTAS, 2021).

A luta pela saúde, bem como a garantia dos direitos dos trabalhadores no contexto da pandemia, se impõe como um dever ético. Conforme Barroso e colaboradores (2020) a pandemia demanda a atualização dos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade. Tratando-se de por meio desta assegurar o direito de acesso a serviços de saúde; à proteção social, e ao trabalho digno, instrumentalizado e protegido aos trabalhadores da saúde” (Barroso *et al.*, 2020). É nesse contexto de respeito à vida e ao trabalho que a voz destes profissionais e o atendimento a suas demandas, fará sentido em futuras situações de desastres e emergências sanitárias (PORTELA, 2022).

4. Métodos

4.3 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo analítico transversal, realizada no período de janeiro a dezembro de 2022.

4.4 Contexto

Foram selecionados dois hospitais da capital Aracaju/Sergipe que possuem comissões de ética médica e que disponibilizaram leitos para atendimento a pacientes com Covid-19. Sendo estes um hospital particular, que dispõe de corpo clínico com profissionais de todas as especialidades médicas e conta com 127 leitos, 8 salas cirúrgicas, 8 consultórios na ala de urgência. A UTI conta com 22 leitos. Além destes recursos disponibilizados, o usuário do hospital ainda conta com serviços, como um heliporto e núcleos especializados. Durante a pandemia o hospital passou a atender pacientes com a Covid-19, por meio de uma equipe multidisciplinar que atuou na linha de frente de combate à doença. É um hospital e maternidade público, que possui 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto – UTI, 7 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTIP, 30 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 30 leitos de Unidade de Cuidado Neonatal Convencional – UCINCO, 40 leitos de cirurgia geral, 2 leitos Canguru, 10 leitos de clínica geral, 78 leitos de obstetrícia (clínica e cirúrgica) e 30 leitos de pediatria (clínica e pediátrica), totalizando 237 leitos. Oferece vários serviços prestados de saúde de suma importância para a população como cirurgia geral, cirurgia ginecológica, cirurgia pediátrica, pediatria e neonatologia, com especialidade em dois serviços de urgências: obstetrícia e pediátrica. Contém leitos clínicos e cirúrgicos adulto, cirúrgico pediátrico e de UTI. As comissões de ética desses hospitais são compostas por 6 profissionais, totalizando 12 profissionais, dentre estes estão 1 presidente, 1 secretário e demais membros efetivos e suplentes.

4.5 Participantes

Composta pelos membros das comissões de ética médica hospitalar, que atuaram no combate a pandemia de Covid-19, em 2 hospitais da capital Aracaju/Sergipe. Foram convidados a participar todos os profissionais que fazem parte das comissões de ética médica dos hospitais.

5.5.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios utilizados para inclusão na pesquisa foram a atuação como membro de comitê de ética médica hospitalar no combate a pandemia de Covid-19 nos hospitais já selecionados do estado de Sergipe, na capital Aracaju, já os critérios de exclusão foram caracterizados por profissionais que declararam apresentar algum tipo de transtorno psicológico anterior a atuação no combate a pandemia, verificado por meio de questionário.

4.6 Aspectos Éticos

Foi assegurado aos participantes da pesquisa, o anonimato e o sigilo de suas informações em todas as etapas do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os instrumentos da pesquisa obedecem à Resolução No 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para estudos com seres humanos e foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tiradentes, através da Plataforma Brasil, parecer número 5735166 (Anexo A).

4.7 Instrumentos e Procedimentos

Foram utilizados na pesquisa o Inventário de Burnout de Maslach para Pesquisa em Serviços de Saúde (MBI HSS) versão traduzida e adaptada por Cruz e Melo (1996) e Melo, Gomes e Cruz (1999). Escala de percepção de morte de Spilka, Stout, Minton e Sizemore (1997) adaptado por Barros e Neto (2004), questionário de Percepção da morte para médicos e alunos de medicina, validado segundo Meireles et al (2019) e questionário sobre atuação dos profissionais durante a pandemia de Covid-19 de Santos (2021), autoria própria - elaborado pelo pesquisador do estudo.

Na análise, estabeleceu-se a associação entre as variáveis sociodemográficas, da formação profissional e do trabalho, da atuação no combate a covid-19 e a prevalência do *Burnout* de cada uma das três dimensões e de cada uma das escalas de Percepção de Morte.

4.7.1 Inventário de Maslach, para Pesquisa em Serviços de Saúde (MBI HSS) (Anexo 1)

O Inventário de Burnout de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (IBM-PSH), trata-se da versão traduzida e adaptada por Cruz e Melo (1996) e Melo, Gomes e Cruz (1999) do Maslach Burnout Inventory-HSS (Maslach & Jackson, 1996). O IBM-PSH é um instrumento de autor registro com 22 itens acerca dos sentimentos relacionados com o trabalho, distribuindo-se por três dimensões: 1) exaustão emocional - analisa os sentimentos de

sobrecarga emocional e exaustão devido às exigências do trabalho (e.g., “sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho”); 2) despersonalização - pretende medir as respostas “frias”, impessoais ou mesmo negativas dirigidas àqueles a quem se prestam serviços (e.g., “sinto que trato alguns clientes como se fossem objetos impessoais”); e 3) realização pessoal - avalia os sentimentos de competência profissional e de sucesso no trabalho com pessoas (e.g., “neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena”). A frequência com que cada sentimento ocorre nas três áreas é avaliada numa escala tipo Likert de sete pontos, variando entre o mínimo de 0 (Nunca) e o máximo de 6 (Todos os dias) (GOMES et al., 2009).

Em cada subescala do MBI a classificação obedeceu aos critérios de Maslach, para exaustão emocional: alto nível - igual ou maior do que 27; nível médio - entre 19 e 26; e nível baixo - igual ou menor do que 18. Para despersonalização: alto nível - igual ou maior do que 13; nível médio - entre sete e 12; e nível baixo - igual ou menor do que seis. Para realização pessoal: alto nível - igual ou maior do que 40; nível médio - entre 34 e 39; e nível baixo - igual ou menor do que 33. A superposição de pontuações altas em Exaustão Emocional e Despersonalização e pontuação baixa em Realização Pessoal indicam a ocorrência de *Burnout*.

4.7.2 Percepção da morte para médicos e alunos de medicina (Anexo 2)

O questionário sobre Percepção da morte para médicos e alunos de medicina, validado segundo Meireles et al (2019), para uso na sua pesquisa sobre percepção de morte para médicos e alunos de medicina, foi elaborado com base no estudo de Albertoni e colaboradores, que aborda relações pessoais e académicas diante da morte, estratégias de enfrentamento e o preparo para lidar com essa situação.

É semiestruturado com 21 questões fechadas e uma aberta. Inicialmente possui questões sociodemográficas abrangendo idade, sexo, situação académica, área e ano de formação, se possui alguma especialização, e tempo de serviço. As demais questões foram organizadas em duas categorias de resposta: percepção dos entrevistados em relação à morte e influência da experiência médica para enfrentar o óbito do paciente, compreendendo questões sobre a percepção da morte, como contato com pacientes muito doentes ou em fase terminal e nível de envolvimento com esses pacientes, como se sentiu emocionalmente sobre a prestação de cuidados e como reagiu/lidou quando o paciente morreu, fala/falou com alguém sobre a morte dos pacientes, acha que seria útil falar sobre essas experiências, quais formas utiliza para lidar com a morte dos seus pacientes, se sente confortável para dar uma notícia de morte à família de um paciente, e por fim se teve/tem algum preparo teórico, individual ou prático que aborde o enfrentamento da morte.

4.7.3 Questionário sobre atuação no combate a covid-19 (Apêndice A)

O questionário sobre atuação durante a pandemia de covid-19 (SANTOS, 2021), de autoria própria - elaborado pela pesquisadora do estudo, contém questões sobre atuação profissional, ética e apoio psicossocial no enfrentamento a pandemia de covid-19. É composto por 9 questões de respostas afirmativas ou negativas, englobando informações como presença ou não de equipamentos necessários para o atendimento dos pacientes, realização de procedimentos, não se sentindo preparado para realizá-los, realização de improvisações para enfrentamento de falta de materiais, encontrou-se diante da necessidade de fazer escolhas entre pacientes, divulgação e apresentação de protocolos e diretrizes claras sobre ações e procedimentos que deveriam ser realizados durante a covid-19 pelo hospital, oferta e busca de apoio psicossocial e por fim presença ou não de diagnóstico de algum transtorno mental durante a atuação no combate a covid-19.

4.7.4 Escala de percepção de morte de Spilka, Stout, Minton e Sizemore (1997) adaptado por Barros e Neto (2004) (Anexo 3)

Estas escalas têm por base as *Death Perspective Scales* de Spilka, Shout, Minton e Sizemore (1977 cit in Oliveira & Neto, 2004), que identificavam várias reações emotivas, umas negativas, outras positivas, experimentadas por quem pensa na morte. Os autores pretenderam por meio delas avaliar a verdadeira natureza multidimensional dos sentimentos experimentados acerca da morte. Estas escalas são constituídas por oito subescalas que avaliam os diferentes aspectos das reacções frente à ideia da própria morte. No total apresentam 43 itens, variando entre 6 e 4 itens em cada uma das oito subescalas, que iniciam todas do mesmo modo: "A morte como...". As respostas apresentam-se numa escala de *Lickert* que varia entre 1 e 6, em que 1 significa totalmente em desacordo e 6 totalmente de acordo.

Na escala 1 (morte como sofrimento e solidão) com 6 itens, o máximo da pontuação é 36; na escala 2 (morte como vida do além de recompensa) igualmente com 6 itens, também 36; na escala 3 (indiferença frente à morte) com 5 itens, a pontuação é 30; na escala 4 (morte como desconhecido), temos novamente 36 pontos, dado que apresenta mais 6 itens; na escala 5 (morte como abandono dos que dependem de nós com culpabilidade) com 5 itens, temos mais 30 pontos; na escala 6 (morte como coragem) com 6 itens, 36 pontos e na escala 7 (morte como fim natural) apenas com 4 itens e pontuação máxima 24.

5. Análise dos Dados

Para análise quantitativa, os dados foram descritos por meio do cálculo de média e desvio padrão. Para identificar possíveis diferenças entre escores de dois grupos, foi adotado o teste de Mann-Whitney U (M-W), considerado apropriado para amostras pequenas. O tamanho de efeito foi calculado pela seguinte fórmula:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{n}}$$

No qual, **Z** refere-se ao valor Z do teste de M-W e "**n**" é o tamanho da amostra. A interpretação do resultado utiliza os seguintes pontos de corte: 0,1=baixo; 0,3=médio e acima de 0,5=alto. O tamanho de efeito foi calculado para todas as estimativas. O programa utilizado para todos os cálculos foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Valor de $p < 0,05$ e Intervalo de Confiança (IC) de 95% foram adotados para o modelo.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.3 Caracterização sociodemográfica dos participantes

A amostra inicialmente abrangeu 12 médicos (as), dentre estes 8 responderam à pesquisa, 62,5% da amostra do sexo masculino e 37,5% do sexo feminino. A idade dos participantes varia entre 30 anos e 58 anos, sendo a média das idades de 43,67 anos e o desvio padrão de 9,05, o que indica que as idades dos participantes são dispersas e heterogêneas. O tempo de serviço dos profissionais também se mostrou disperso e heterogêneo, variando de 4 anos há 40 anos. No Hospital e Maternidade pública a média de tempo de serviço foi de 23,2 anos e no Hospital Particular foi de 13,6 anos. Quanto as especializações profissionais foram citadas: cirurgiageral e aparelho digestivo, pediatria, Ginecologia e Urgência e Emergência.

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica de profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022

Idade	Sexo	Ano de formação	Especialização médica	Tempo de Serviço
Não informou	Feminino	1980	Cirurgia geral e aparelho digestivo	40
47	Feminino	1999	Pediatria	20
58	Masculino	1990	Ginecologista	30
Não informou	Masculino	2015	Não informou	4
47	Masculino	2000	Não informou	22
45	Masculino	1999	Medicina de Emergência	20
35	Masculino	2010	Não informou	15
30	Feminino	2015	Não informou	6

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Em relação às variáveis sociodemográficas - sexo, idade, anos de exercício da profissão podem-se observar na Tabela 1 a predominância de participantes do sexo masculino em relação ao feminino, maior presença de profissionais que possuem de 45 a 47 anos e profissionais com maior tempo de serviço entre 20 e 40 anos. No hospital e maternidade pública há presença de profissionais com maior tempo de serviço, já no hospital particular há presença de profissionais com menor tempo de serviço.

6.4 Escalas de Percepção de Morte de Spilka, Stout, Minton e Sizemore (1997) adaptado por Barros e Neto (2004)

Consoante aos resultados dos profissionais de comitês de ética médica nas Escalas de Percepção de Morte, (dados presentes na Tabela 2), a escala referente a “Morte como desconhecido”, segundo Spilka, Stout, Milton e Sizemore (1977), nesta a morte sendo, percebida como incerteza, mistério e desconhecimento, apresentou a maior média entre os participantes da pesquisa. Paccelli e Vianna (1998) afirmam que profissionais que lidam rotineiramente com o processo de morte, acabam por perder o interesse acerca do assunto. Além disso consideram que pensar sobre a morte é algo doloroso para o homem, trazendo lembranças de perdas, lutos e medo de um futuro incerto e desconhecido.

Posteriormente apresentaram maiores pontuações pelos participantes as escalas “Morte como fim natural”, sendo compreendida como algo que faz parte do ciclo natural da vida, (um aspecto natural da vida e uma experiência que chega a todos por causa da passagem natural do tempo) e “Morte como coragem”, vista como uma oportunidade para demonstrar virtudes, no caso, enfrentar o último teste da vida.

O conceito de fim natural relaciona-se, segundo Oliveira et al. (2007), com a representação de passagem ou etapa da vida e está associada a concepção e crenças espirituais. Ainda segundo o autor a espiritualidade e/u religiosidade pode influenciar nas concepções sobre o processo de morte e morrer dos indivíduos, sendo considerada por vezes uma importante aliada no processo de enfrentamento da morte. Tais crenças diferem de acordo com o ambiente e a cultura, no contexto cristão os indivíduos enxergam a morte como um portal para vida após a morte ou como parte natural da vida, o que pode favorecer o cuidado e enfrentamento desta.

Tabela 2: Avaliação da percepção de morte entre profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022 (escalas de Percepção de Morte de Spilka, Stout, Minton e Sizemore (1997) adaptado por Barros e Neto (2004))

Escalas	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Média	Desvio padrão
Morte como sofrimento e solidão	14	6	15	14	6	9	10	6	10,00	3,89
Morte como além-vida de recompensa	15	24	6	24	31	21	11	21	19,13	8,03
Indiferença perante a morte	15	8	10	8	16	8	13	8	10,75	3,41
Morte como desconhecido	30	36	21	17	6	35	19	36	25,00	10,98
Morte como abandono	14	8	19	16	10	9	20	8	13,00	4,93
Morte como coragem	17	36	6	19	12	36	18	35	22,38	11,75
Morte como fracasso	18	8	14	10	7	10	9	11	10,88	3,56
Morte como fim natural	24	24	22	24	24	24	22	24	23,50	0,93

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota: P – profissionais participantes da pesquisa

É possível observar, por meio das pontuações e médias das escalas, que embora alguns profissionais compreendam a morte a partir crenças e convicções espirituais e religiosas, há uma maior predominância de profissionais que percebem o processo de morte com incerteza e desconhecimento, sendo uma constatação recorrente nos estudos publicados, o que indica que, embora a finitude faça parte do cotidiano hospitalar, ainda é um acontecimento “estranho”. Ou seja, a ocorrência da morte não é um fenômeno vivido de forma natural por grande parte destes profissionais, por vezes acompanhada de diversas dificuldades e conflitos, que sugerem que o sofrimento no contato rotineiro com situações de terminalidade quase sempre é velado e silenciado (SANTOS *et al.* 2013).

Tal silenciamento segundo Trotte *et al.* (2023), pode relacionar-se ainda com o ocultamento do processo de morte e morrer na sociedade como um todo, porém também é

resultado do modelo de atenção à saúde transmitido durante a graduação das profissões da área da saúde no Brasil, que ainda baseiam-se no modelo biomédico de prevenção, diagnóstico, tratamento e cura. Durante a formação acadêmica, os profissionais estão comprometidos e preocupados com a manutenção da vida, em sua dimensão biológica e biomédica, sendo uma formação fundamentada na cura.

Porém, durante a assistência prestada a pacientes críticos, em geral se sentem inseguros, pois não houve o preparo durante a graduação para lidar com a morte, o desconhecimento e as incertezas relacionadas ao tema são lacunas deixadas pela falta de discussão e de reflexão que abarque de maneira ampliada e contextualizada acerca de um fenômeno tão complexo. Para tanto, o ensino sobre a morte torna-se um desafio, pois muitas vezes, os docentes também não se sentem qualificados para discutir sobre o tema mediante o seu próprio despreparo. Assim torna-se necessária iniciativas educacionais para o estudo do processo de morte, como grupos de discussão, cursos de formação, especialização, entre outros, de forma a tentar sanar essa lacuna na formação acadêmica dos profissionais da saúde (Trotte *et al.* 2023).

6.5 Inventário de *Burnout* de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (IBM-PSH)

No Inventário de *Burnout* de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (IBM-PSH), a síndrome é caracterizada por meio de três dimensões: exaustão emocional, Despersonalização e Diminuição da realização profissional (Maslach & Jackson, 1981). Conforme as respostas obtidas no Inventário, (dados presentes na tabela 3), pode-se observar uma maior média de respostas na dimensão Exaustão emocional, caracterizada pelos autores por sentimentos de cansaço e desgaste emocional, seguida pela dimensão Diminuição da realização profissional, que retrata a percepção e sentimento crescente de ineficácia profissional onde cada nova tarefa é sentida como muito exigente, e pôr fim, a dimensão Despersonalização que apresentou a menor média, caracterizada por atitudes excessivamente frias e distantes, tanto com o trabalho quanto com as pessoas do trabalho, representando o componente interpessoal do *Burnout* (MASLACH, 2006; MASLACH E LEITER, 1997).

Tabela 3. Índices de *Burnout* em profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022 (Inventário de *Burnout* de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (IBM-PSH))

<i>Burnout</i>	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	Média	Desvio padrão
Exaustão emocional	23	41	52	23	36	42	28	56	37,63	12,52
Realização pessoal	36	30	23	27	25	28	23	24	27,00	4,41
Despersonalização	5	4	12	4	5	8	9	8	6,88	2,85

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota: P – profissionais participantes da pesquisa

Analisando as informações obtidas na amostra, observa-se que 87,5% dos profissionais apresentam níveis altos para exaustão emocional: alto nível - igual ou maior do que 27,50% apresentam níveis médios para Despersonalização: nível médio - entre sete e 12, e 87,5% apresentam níveis baixos para realização pessoal: nível baixo - igual ou menor do que 33.

Segundo Galindo, Feliciano, Lima e Souza (2014), não existe consenso na literatura para diagnosticar o *Burnout*, mas vários autores enfatizam a necessidade de haver interrelações entre as três dimensões para ser estabelecido o diagnóstico. Contudo, outros autores, como Grunfeld, *et al.* (2000), diagnosticam o *Burnout* quando da presença isolada de

um nível alto de exaustão emocional ou despersonalização, ou nível baixo em realização pessoal no trabalho. Portanto, considerando como critério a presença de níveis elevados em pelo menos uma dimensão, o percentual de participantes que se encontra acometido pela Síndrome de *Burnout* chega a 87,5%.

Tendo em vista que a exaustão emocional se relaciona diretamente a fatores extrínsecos, como condições de trabalho, que são um dos maiores promotores de *Burnout*, taxas de prevalência de *Burnout* mais elevadas em profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19, segundo Morgantini *et al.* (2020), podem estar relacionadas com as altas cargas de trabalho, maior pressão de tempo, falta de suporte organizacional e número elevados de casos de COVID-19.

6.6 Análise Descritiva e Testes de diferenças *Mann-Whitney (M-W)* das escalas breves sobre diversas perspectivas de morte e dos níveis de *Burnout* segundo a instituição.

Ao avaliar as diferenças entre os escores das Escalas de percepção de morte e do *Burnout* segundo a instituição no qual o indivíduo exerce sua função como membro do comitê de ética houve diferença significativa ($p=0,024$) na Escala 4 "Morte como desconhecido" com um alto tamanho de efeito. Indivíduos que são vinculados ao Hospital e Maternidade apresentaram maiores escores, quando comparados àqueles do Hospital Particular. O tamanho de efeito foi moderado na dimensão Realização Pessoal (Tabela 4).

Além disso, a Escala 7 (Morte como fracasso) e a dimensão Exaustão Emocional apresentaram alto tamanho de efeito. Desta forma, indivíduos vinculados ao H. e Maternidade apresentaram maiores escores de Exaustão emocional e da Escala 7 (Tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação da percepção de morte e índices de Burnout segundo a instituição em que os médicos exercem função de membros de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022

Escalas e <i>Burnout</i>	Instituição	MR	U	z	p	Tamanho de efeito (r)
Morte como desconhecido	H. M. Pública	6,00	0,000	-2,249	0,024	-0,80
	H. Particular	2,00				
Morte como fracasso	H. M. Pública	5,50	2,500	-1,500	0,134	-0,53
	H. Particular	2,83				
Exaustão emocional	H. M. Pública	5,50	2,500	-1,500	0,134	-0,53
	H. Particular	2,83				
Realização pessoal	H. M. Pública	5,10	4,500	-0,900	0,368	-0,32
	H. Particular	3,50				

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota: MR=Média dos Ranks; U=Valor do teste de Mann-Whitney; Z=Escore z do teste M-W; p=valor de p.

Segundo estes resultados, indivíduos vinculados à maternidade compreendem a morte como fracasso, mistério e desconhecimento. Consequentemente também apresentaram maiores índices na dimensão Exaustão Emocional e na dimensão Realização Pessoal de *Burnout*. A percepção de morte para as/os profissionais que atuam em maternidades, nas quais o habitual é lidar com nascimento e vida impõem muitos desafios, e

durante a pandemia a morte de bebês e crianças se apresentou como um estresse adicional para estes profissionais. (BRIGAGÃO, *et al* 2021)

Ao se tratar da morte de crianças, Pancino e Silveria (2010) afirmam que, na antiguidade, os índices de mortalidade infantil eram bastante elevados, sendo considerada algo comum. Entretanto, com a modernidade e as construções sociais da criança como inocente, frágil e necessitada de proteção, a morte de crianças passou a ser vista como uma tragédia (ARIÈS, 1981). Além disso, o desenvolvimento de diversas tecnologias biomédicas e os avanços nos métodos de diagnóstico e tratamento reduziram significativamente a taxa de mortalidade infantil (BRIGAGÃO *et al.*, 2021).

Ellis *et al.* (2016), em uma revisão sistemática de estudos qualitativos e quantitativos sobre atendimentos hospitalares em casos de óbito infantil, constataram que muitos profissionais de saúde apontam a falta de treinamento como uma das principais barreiras para o desempenho de seu trabalho. Eles reconhecem que, diante desses casos, concentrar-se nas atividades operacionais e manter-se distante emocionalmente da mulher e seus familiares é uma estratégia para minimizar o sofrimento.

Por sua vez, Montero *et al.* (2011), ao estudarem as percepções dos profissionais de saúde sobre perdas perinatais, concluíram que a ausência de discussões sobre essas questões durante sua formação profissional leva a atitudes inadequadas no cotidiano, gerando sentimentos de desamparo, ansiedade e frustração, afetando a competência e satisfação profissional. Por isso, é necessário que profissionais da área obstétrica sejam capacitados para lidar com a morte e o luto decorrentes dessas situações.

O contato rotineiro com situações como o término precoce da vida pode aflorar nestes profissionais o sentimento de desamparo, fragilidade emocional e despreparo para lidar com tais situações e, assim, desencadear danos à sua integridade física e psíquica. Medeiros, *et al.* (2021), em seu estudo, verificou que entre as principais estratégias de enfrentamento dos profissionais diante da morte iminente de crianças com câncer, considerando a carga emocional envolvida no processo, estão o apoio psicológico das instituições e dos próprios colegas de trabalho, além de capacitação institucional sobre o processo de morte, objetivando proporcionar um cotidiano mais seguro e produtivo para estes profissionais.

Além disso, é importante considerar que os índices de exaustão no ambiente de trabalho pode variar dependendo da instituição hospitalar, já que a assistência à saúde pode ser realizada por instituições hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), particulares

e/ou conveniados, cada qual com sua cultura organizacional e especificidades. Profissionais que atuam em hospitais públicos como o hospital e maternidade citado, podem sofrer mais com a falta de recursos e condições inadequadas para o atendimento, como medicamentos e materiais básicos, quando comparados àqueles que trabalham em instituições privadas. (SOUZA; SCATENA, 2014).

De acordo com Mallmann *et al*, (2009), as situações e os riscos relacionados à organização pública vivenciados pelos trabalhadores prosseguem como problemas de saúde pública. O serviço público vem sendo confrontado com demandas por melhorias na qualidade dos serviços prestados em um contexto de escassez de recursos. Quando se soma a esses fatores a precariedade das condições de trabalho, tem-se que os servidores públicos estão expostos ao risco de desenvolver a Síndrome de *Burnout* (PALAZZO *et al.*, 2012). Esses autores destacam ainda a carência de estudos sobre servidores públicos na atividade laboral.

6.7 Análise Descritiva e Testes de diferenças *Mann-Whitney* (M-W) das escalas breves sobre diversas perspectivas de morte e dos níveis de *Burnout* de acordo com a relação profissional/paciente.

Em relação ao nível de envolvimento com pacientes, 62,5% dos profissionais afirmaram ter envolvimento Pessoal e 37,5% afirmaram ter envolvimento Profissional, demonstrando assim que uma maior porcentagem dos profissionais mantém uma relação próxima com o paciente indo além da técnica profissional.

De acordo com Ordonez e Monroy (2021), a relação entre médico e paciente é complexa, uma vez que envolve a interação entre indivíduos em posições desiguais, relacionadas ao adoecimento e à mortalidade. A assimetria de informações decorrente do conhecimento médico coloca o médico em uma posição de poder na tomada de decisões que afetam a saúde e a vida do paciente. Por sua vez, a doença deixa o paciente em uma situação de vulnerabilidade, em que decisões cruciais para sua saúde e vida são tomadas. Dessa forma, trata-se de um relacionamento emocionalmente intenso que requer uma estreita cooperação para um melhor desenvolvimento.

No entanto, alguns profissionais enfrentam dificuldades ao lidar com situações que envolvem uma comunicação especialmente difícil, como dar más notícias ou lidar com emoções intensas. Isso pode levar a respostas emocionais negativas ou a um distanciamento defensivo por parte do profissional em relação aos sentimentos insuportáveis que vivencia. (MEDEIROS, *et al* 2020).

Com a pandemia, ficaram evidentes as fragilidades da ciência e dos médicos, destacando a possibilidade de simetrizar a relação médico-paciente através da humanização, não apenas no atendimento, mas também na imagem do profissional de saúde, que antes era idolatrado. Embora a expectativa e admiração social tenham sido mantidas, percebeu-se a necessidade de reconhecer a vulnerabilidade médica em um contexto de falibilidade da ciência. Isso ocorre pela constatação de que não há soluções imediatas para determinadas condições patológicas ou respostas prontas em relação aos prognósticos dos pacientes, além da compreensão de que os médicos também são seres humanos, suscetíveis à dor, à exaustão e à frustração. (VASCONCELOS; BUSSINGUER, 2021)

Ao avaliar as diferenças entre os escores das Escalas e do *Burnout* segundo o nível de envolvimento do profissional com os pacientes houve diferenças significativas ($p=0,024$) na Escala “Indiferença perante a morte” com um alto tamanho de efeito. Profissionais que possuem um nível de envolvimento profissional apresentam maiores escores nesta escala,

quando comparados àqueles que têm um nível pessoal (Tabela 5). Este resultado sugere que a morte é algo indiferente para aqueles que apresentam envolvimento profissional na relação com os pacientes.

Tabela 5 - Avaliação da percepção de morte e índices de Burnout segundo o nível de envolvimento com os pacientes (Pessoal ou Profissional) de membros de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022

Escalas e Burnout	Nível de envolvimento	MR	U	z	p	Tamanho de efeito (r)
Indiferença perante a morte	Pessoal	3,00	0,000	-2,382	0,017	-0,84
	Profissional	7,00				
Exaustão emocional	Pessoal	5,50	2,500	-1,500	0,134	-0,53
	Profissional	2,83				

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota: MR=Média dos Ranks; U=Valor do teste de Mann-Whitney; Z=Escore z do teste M-W; p=valor de p.

Segundo Kovács (2003) profissionais de saúde como médicos que estão em contato com pessoas em fases terminais ao relacionar-se de maneira estritamente profissional com o paciente, adotando por vezes mecanismos de proteção e defesa, como manter relações superficiais com os pacientes, estabelecer rotinas e protocolos rígidos, sem levar em conta as características particulares de cada sujeito, argumentar falta de tempo e indisponibilidade para ouvir e estar juntos a estes, etc.

Conforme cita Marques *et al.* (1991), tais atitudes podem resultar em uma relação distante, fria, e desumanizada, constituindo um obstáculo para a relação de empatia e compreensão, podendo ainda influenciar na motivação, satisfação no trabalho e estarem sujeitos a experimentarem ainda sentimentos reativos, como solidão no exercício profissional, perda do senso de missão, cinismo, desesperança, frustração, bem como risco aumentado de esgotamento e depressão. Além de repercussões negativas no cuidado oferecido ao paciente e à família (SANTOS *et al.* 2013).

Segundo Borges *et al.* (2002) a relação paciente-profissional de saúde costuma ser permeada de ambiguidades, a partir da tênue distinção entre envolver-se profissional e/ou pessoalmente na ajuda ao outro. Ao envolver-se de maneira pessoal com o paciente, dispondo-se ao acolhimento e ao afeto, embora isto seja primordial em situações de morte e morrer, dignificando o processo e permitindo uma ampliação e humanização no modo de cuidar, o estresse advindo da exposição dos profissionais a situações emocionalmente intensas, como conflitos envolvendo a finitude humana e limitações terapêuticas pode levar ao esgotamento como resultado de uma dificuldade de integrar perdas crescentes e inevitáveis à carreira e à vida em curso (RABOW *et al.* 2021).

A temática do cuidado humanizado em saúde, sobretudo com relação à interação do profissional de saúde com o paciente e à formação desse profissional, estão sendo incorporadas aos currículos, mas não necessariamente à formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde, uma vez que ainda existe defasagem na forma como as competências técnicas e relacionais necessárias à assistência integral do paciente.

Nesse sentido, torna-se necessária a reflexão desde o início da graduação universitária sobre a melhor forma de relacionar-se com pacientes, tratando-se de uma abordagem de suma importância para atuação profissional, uma vez que os profissionais da saúde lidam constantemente com situações emocionalmente intensas, como conflitos envolvendo a finitude humana e limitações terapêuticas. Em todos os níveis da educação, percebe-se a importância e necessidade dos educadores entrarem em contato com sua visão de morte e luto, devendo haver espaços para discussões acerca de emoções, sentimentos e comunicação no contexto da saúde e cuidado.

Segundo Correia *et al.* (2020) em algumas escolas médicas, há experiências positivas nesse sentido, principalmente no que diz respeito à habilidade de comunicação entre médicos, pacientes e família, processo este que pode influenciar diretamente na adesão ao tratamento e melhora nas relações interpessoais.

6.8 Análise Descritiva e Testes de diferenças *Mann-Whitney (M-W)* das escalas breves sobre diversas perspectivas de morte e dos níveis de Burnout conforme o Preparo teórico, individual ou prático para enfrentamento a morte

Tratando-se do preparo teórico, individual ou prático para enfrentamento a morte, 62,5% afirmaram não ter nenhum preparo e 37,5% afirmaram ter superficialmente, 87,5% concordam que, deve ser ministrada disciplinas abordando o modo de lidar/enfrentar problemas relacionados à morte ao longo do curso e 12,5% acreditam que deve ser ministrada a disciplina ao final do curso.

Ao analisar as diferenças entre os escores avaliados e a variável “Durante seu curso, você teve/tem algum preparo teórico, individual ou prático que abordasse o enfrentamento da morte?” identificou-se diferenças estatisticamente significativas na escala “morte como desconhecido” com tamanho de efeito alto. Indivíduos que não tiveram preparo durante seu curso apresentaram maiores escores na escala, quando comparados àqueles que tiveram preparo superficial (Tabela 6).

Tabela 6 - Avaliação da percepção de morte e índices de Burnout segundo o preparo teórico, individual ou prático para o enfrentamento da morte em profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022

Escalas e <i>Burnout</i>	Preparo para enfrentamento da morte no curso	MR	U	z	p	Tamanho de efeito (r)
Morte como desconhecido	Superficial	2,00	0,000	-2,249	0,024	-0,80
	Não	6,00				
Morte como Fracasso	Superficial	2,83	2,500	-1,500	0,134	-0,53
	Não	5,50				
Exaustão emocional	Superficial	2,83	2,500	-1,500	0,134	-0,53
	Não	5,50				

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota: MR=Média dos Ranks; U=Valor do teste de Mann-Whitney; Z=Escore z do teste M-W; p=valor de p.

Os resultados sugerem então que profissionais que declararam não haver preparo algum durante o curso universitário percebem a morte como incerteza, mistério e desconhecimento, fracasso. Em consonância com tais resultados, Crawford e Zambrano (2015), em sua pesquisa constataram que os médicos residentes previamente formados em assistência paliativa evidenciaram melhorias nos graus de comunicação, trabalho em equipe, autoconsciência e competências em medicina centrada no paciente - incluindo empatia em relação às suas necessidades psicossociais e espirituais. Os estudantes que tiveram contato

com pacientes terminais durante o curso de medicina também obtiveram pontuações mais elevadas em conhecimento sobre questões relacionadas aos cuidados no final da vida.

Estudos individuais mencionaram que, por meio dessas experiências, os estudantes de medicina reconheceram as limitações da intervenção médica e compreenderam que gestos como ouvir atentamente ou abraçar calorosamente, podem oferecer a cura necessária ao paciente em fase terminal (Ho, *et al.* 2020). Além disso, lacunas no conhecimento e a sensação de falta de apoio e liderança por parte dos profissionais dificultam o cuidado, especificamente, os profissionais de terapia intensiva reconhecem a falta de educação e treinamento como um obstáculo para uma assistência de qualidade no final da vida (POVEDANO; JIMENEZ, 2020).

Assim torna-se necessário investir adequadamente na formação profissional quanto as questões sobre o processo de morte, sendo de suma importância o estudo e a reflexão, desde o início da graduação universitária (COSTA; DUARTE, 2019). Embora no ano de 2014 o tema do processo de morte e morrer tenha sido incluído nos conteúdos curriculares dos cursos de Medicina e regulamentados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), sendo determinada ainda necessidade de compreensão acerca do processo, não só nos seus aspectos biológicas, mas também social e emocional. Ao se formar, os profissionais ainda se sentem despreparados para tais questões com as quais devem aprender a lidar durante toda a sua vida profissional (LIMA; ANDRADE, 2017).

Compreender as concepções culturais do processo saúde-doença-morte pode possibilitar aos profissionais de saúde, o entendimento das suas próprias crenças, valores, ações e atitudes no seu cotidiano de trabalho ao lidar com processo de morte e morrer (SOUZA E SOUZA *et al.*, 2013). Sendo assim, a concepção de morte deve fazer parte da educação médica e precisa ser mais abordada frente ao despreparo dos profissionais ao lidar com situações que envolvam a morte.

Análise Descritiva e Testes de diferenças *Mann-Whitney (M-W)* das escalas breves sobre diversas perspectivas de morte e dos níveis de Burnout de acordo com variáveis acerca da Atuação no Combate a Covid-19

Tratando-se das diferenças dos escores de interesse e a variável “Durante a sua atuação no combate a covid-19 o hospital dispunha de equipamentos necessários para o atendimento dos pacientes?” observou-se diferenças estatisticamente significantes e um alto tamanho de efeito na dimensão exaustão emocional. Profissionais que afirmaram não ter equipamentos necessários apresentaram maiores escores, quando comparados àqueles que apontaram ter (Tabela 8).

Corroborando com tais resultados, diversos estudos foram conduzidos para compreensão do impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais. Barelo et al. (2020) investigaram o esgotamento, sintomas psicossomáticos e percepção geral de saúde de 376 profissionais de saúde italianos que tiveram contato com pacientes infectados pelo COVID-19, constatando altos níveis de esgotamento emocional, sintomas físicos e pressão relacionada ao trabalho. Já a Society of Critical Care Medicine entrevistou 9.492 médicos de unidades de terapia intensiva nos EUA e observou que o estresse auto-relatado aumentou significativamente durante a pandemia, com uma média que passou de 3 para 8 em uma escala de 0 a 10. Nestas pesquisas um dos principais estressores relatados pelos profissionais de saúde também relacionou-se a falta de equipamentos de proteção individual (EPI). Esses profissionais enfrentaram desafios além dos usualmente associados ao esgotamento, como uma carga de trabalho intensa, além da falta de suporte organizacional adequado em termos de EPI (MORGANTINI, *et al.* 2020).

Tabela 8 - Avaliação dos índices de Burnout de acordo com a disponibilidade de equipamentos necessários para o atendimento aos pacientes durante a pandemia de covid 19 em profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022

Escalas e Burnout	Equipamentos no hospital	MR	U	z	p	Tamanho de efeito (r)	
Exaustão emocional	Sim	3,00	0,000	-2,249	0,024	-0,80	Alto
	Não	7,00					
Realização pessoal	Sim	5,10	4,500	-0,900	0,368	-0,32	Moderado
	Não	3,50					
Despersonalização	Sim	3,40	2,000	-1,670	0,095	-0,59	Alto
	Não	6,33					

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota: MR=Média dos Ranks; U=Valor do teste de Mann-Whitney; Z=Escore z do teste M-W; p=valor de p.

Referente a Divulgação e apresentação de protocolos e diretrizes claras durante a pandemia de covid19, pode-se verificar que aqueles que afirmaram que durante a pandemia, no hospital em que trabalha, não houve a divulgação e apresentação de protocolos e diretrizes, apresentaram maiores médias nas dimensões, Exaustão emocional, e Despersonalização (Tabela 8).

A morte por Covid-19, implicou novos desafios para os trabalhadores da saúde, que precisam de treinamento e atualizações constantes acerca de protocolos, encaminhamento, comunicação de óbitos, além de maneiras de evitar o seu próprio contágio. As associações entre variáveis relacionadas às condições de trabalho, onde um número maior de contato com pacientes com covid, relaciona-se com uma maior exaustão emocional, pode ser moderado por meio do suporte organizacional (PORTELA, *et al.* 2022).

Ao avaliar as diferenças dos escores com a variável “No hospital em que trabalha houve a divulgação e apresentação de protocolos e diretrizes claras sobre ações e procedimentos que deveriam ser realizados durante a covid-19?” identificou-se diferenças significativas na dimensão exaustão emocional. O tamanho de efeito foi alto. Indivíduos que afirmaram “não” ao item, apresentaram maiores escores de exaustão emocional quando comparado àqueles que responderam sim (Tabela 9).

Tabela 9 - Avaliação dos índices de Burnout de acordo com a divulgação e apresentação de protocolos e diretrizes claras sobre ações e procedimentos que deveriam ser realizados durante a covid-19, em profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022

Escalas e <i>Burnout</i>	Divulgação de protocolos	MR	U	z	p	Tamanho de efeito (r)
Exaustão emocional	Sim	3,00	0,000	-2,249	0,024	-0,80
	Não	7,00				
Realização pessoal	Sim	5,10	4,500	-0,900	0,368	-0,32
	Não	3,50				
Despersonalização	Sim	3,40	2,000	-1,670	0,095	-0,59
	Não	6,33				

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota: MR=Média dos Ranks; U=Valor do teste de Mann-Whitney; Z=Escore z do teste M-W; p=valor de p.

O esgotamento entre os profissionais poderia ser diminuído por meio de ações das instituições de saúde e de outras partes interessadas governamentais e não governamentais. Tais ações poderiam envolver a disponibilização de treinamento adicional e recursos de saúde mental, o fortalecimento do apoio organizacional às necessidades físicas e emocionais dos profissionais de saúde, o suporte a questões relacionadas à família (como ajuda com cuidados infantis, transporte, alojamento temporário, remuneração) e aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Um estudo sistemático mostrou que as estratégias individuais e organizacionais são eficazes na redução significativa do esgotamento. Algumas das abordagens mais comumente utilizadas concentram-se em *mindfulness*, gerenciamento do estresse e discussões em grupos reduzidos (WEST *et al.* 2016).

Ao avaliar as diferenças dos escores com a variável “No hospital em que trabalha foi ofertado algum tipo de apoio psicossocial?” identificou-se diferenças significativas e tamanho de efeito alto na escala “Morte como desconhecido”. Profissionais que não tiveram apoio psicossocial do hospital apresentaram maiores escores da escala, quando comparados àqueles que receberam (Tabela 10).

A falta de suporte emocional dentre outros fatores também está associado positivamente ao *Burnout* (VELOSO, 2020). Embora haja reconhecimento unânime quanto à necessidade de prover apoio psicológico e diversos estudos alertarem para problemas de saúde mental entre os profissionais frente ao combate a covid 19, a maioria dos profissionais que trabalham ou trabalharam em unidades de isolamento e hospitais não receberam nenhum treinamento e cuidados de saúde mental (PORTELA, 2022).

Tabela 10 – Avaliação da percepção de morte e índices de Burnout de acordo com a oferta de apoio psicossocial para profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022

Escalas e <i>Burnout</i>	Teve apoio psicossocial do hospital	MR	U	z	p	Tamanho de efeito (r)
Morte como desconhecido	Sim	2,00	0,000	-2,249	0,024	-0,80
	Não	6,00				
Morte como Fracasso	Sim	2,83	2,500	-1,500	0,134	-0,53
	Não	5,50				
Exaustão emocional	Sim	2,83	2,500	-1,500	0,134	-0,53
	Não	5,50				

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota: MR=Média dos Ranks; U=Valor do teste de Mann-Whitney; Z=Escore z do teste M-W; p=valor de p.

No tocante as diferenças entre as variáveis dependentes com a variável “Durante a pandemia você buscou apoio psicossocial ofertado por outras instituições ou profissionais?” houve significância estatística e tamanho de efeito alto nas escalas Morte como sofrimento e solidão, Indiferença perante a morte, Morte como desconhecido, Morte como abandono dos que dependem de nós com a consequente culpabilidade e Morte como coragem. Nas escalas Morte como sofrimento e solidão e Morte como abandono dos que dependem de nós com a consequente culpabilidade os maiores escores foram em indivíduos que não buscaram apoio psicossocial, enquanto nas escalas Indiferença perante a morte e Morte como desconhecido os maiores índices foram naqueles que buscaram apoio (Tabela 11).

Um alto tamanho de efeito foi identificado na Indiferença perante a morte e na dimensão exaustão emocional. Indivíduos que não procuraram apoio psicossocial apresentaram maiores escores nesta escala, enquanto aqueles que procuraram apoio demonstram maiores índices na exaustão emocional (Tabela 11).

Tabela 11 – Avaliação da percepção de morte e índices de Burnout de acordo com a busca de apoio psicossocial em outras instituições para profissionais de comissões de ética médica em Aracaju/SE, 2022

Escalas e Burnout	Buscou apoio psicossocial	MR	U	z	p	Tamanho de efeito (r)
Morte como sofrimento e solidão	Sim	2,00	0,000	-2,160	0,031	-0,76
	Não	5,50				Alto
Indiferença perante a morte	Sim	2,50	1,500	-1,755	0,079	-0,62
	Não	5,13				Alto
Morte como desconhecido	Sim	6,00	0,000	-2,141	0,032	-0,76
	Não	2,50				Alto
Morte como abandono	Sim	2,00	0,000	-2,141	0,032	-0,76
	Não	5,50				Alto
Morte como coragem	Sim	6,00	0,000	-2,141	0,032	-0,76
	Não	2,50				Alto
Exaustão emocional	Sim	5,33	2,000	-1,427	0,154	-0,50
	Não	3,00				Alto

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Nota: MR=Média dos Ranks; U=Valor do teste de Mann-Whitney; Z=Escore z do teste M-W; p=valor de p.

A promoção da Saúde Mental e acolhimento das demandas dos profissionais, deve estar para além do ápice da pandemia, devendo ser implementadas no Brasil, estratégias já utilizadas e validadas em outros países, como rastreio de depressão, ideação suicida, ansiedade e *Burnout*, além da garantia de apoio emocional a estes profissionais por longos períodos, uma vez que os impactos negativos podem reverberar durante meses ou até anos.

Estudos recentes sobre a saúde mental dos profissionais em resposta à COVID-19 na China, assim como estudos anteriores sobre outras pandemias, indicaram que esses profissionais podem sofrer de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático. Shanafelt et al. (2020) destacaram fontes comuns de ansiedade em profissionais, que estão alinhadas com nossas descobertas, como acesso adequado a EPI e falta de acesso a informações e comunicação atualizadas. Para prevenção de efeitos psicológicos adversos, é fundamental o apoio a saúde mental destes profissionais. As principais intervenções incluem o acesso a suporte psicossocial, incluindo recursos na internet, linhas de apoio emocional, primeiros socorros psicológicos e estratégias de autocuidado. (MORGANTINI *et al.* 2020; SHANAFELT *et al.* 2020).

7. CONCLUSÃO

Em consonância com os resultados da pesquisa, pode-se verificar que embora alguns profissionais compreendam a morte a partir de crenças e convicções espirituais e religiosas, há uma maior predominância de profissionais que percebem o processo de morte com incerteza e desconhecimento, sendo uma constatação recorrente nos estudos publicados, o que indica que, embora a finitude faça parte do cotidiano hospitalar, ainda é um acontecimento “estranho”. Ou seja, a ocorrência da morte não é um fenômeno vivido de forma natural por grande parte destes profissionais, por vezes acompanhada de diversas dificuldades e conflito, que sugerem que o sofrimento no contato rotineiro com situações de terminalidade quase sempre é velado e silenciado.

Consoante as índices de *Burnout* pode-se constatar altos índices de exaustão emocional durante a pandemia devido a não divulgação e apresentação de protocolos e diretrizes claras sobre ações e procedimentos que deveriam ser realizados durante a covid-19 por parte dos hospitais, falta de apoio psicossocial, necessidade de realizar improvisações para enfrentar a falta de materiais, falta de equipamentos necessários para o atendimento dos pacientes. Assim, más condições de trabalho e dilemas éticos em proporções ainda maiores durante a pandemia, pode afetar a saúde mental destes profissionais e acarretar esgotamento profissional.

Os resultados obtidos na pesquisa retratam uma realidade específica de dois contextos diferentes, um hospital e maternidade da rede pública e um hospital da rede particular, mas que indicam a necessidade de um real investimento, tanto institucional como ao nível de políticas educativas e de saúde do trabalhador, no intuito de melhor acolher a necessidade de saúde destes profissionais. É urgente a questão da capacitação profissional, e enfoque no desenvolvimento de habilidades e atitudes, além de programas de treinamento prévio ao início da prática profissional como parte da educação dos profissionais de saúde. A implantação de programas centrados na educação para a morte e de estratégias de resolução de problemas pode contribuir para ampliar os espaços de discussão, nos quais os profissionais da área e os estudantes possam refletir sobre as questões ligadas à morte de forma saudável, e acerca da importância da saúde mental durante a realidade difícil vivenciada pela pandemia.

Este estudo apresenta limitações devido ao baixo número de participantes, o que reduz o poder de inferência. Futuras investigações sobre essa temática devem englobar mais

participantes, a fim de aumentar o poder de inferência do estudo. Além disso, essas pesquisas são essenciais para contribuir com a criação e implementação de políticas públicas e ações para minimizar possíveis riscos à saúde psíquica destes profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTONI L.I.; SANTOS R. JR; CURY P.M.; PEREIRA P.S.F; MIYAZAKI M.C.OS. **Percepção da morte para médicos e alunos de medicina.** Revista Bioética, v. 27, n. 3, p. 500–509, jul. 2019.
- AQUINO, T. A. A., ALVES, A. C. D., AGUIAR, A. A. D. REFOSCO, R. F. D. O. **Sentido da Vida e Conceito de Morte em Estudantes Universitários: Um Estudo Correlacional.** Interação Psicol., v. 14, n. 2, p. 233-243, 2010.
- ARIÈS, P. **História da Morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- BARELLO, S., PALAMENGHI, L., GRAFFIGNA, G. **Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic.** Psychiatry Research, v. 290, p. 113-129, 2020. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113129.
- BARRETO, C. **Prevalência de burnout é maior em médicos que atuam na linha de frente da Covid-19.** PubMed, 2020. Disponível em: <[https://pubmed.com.br/""](https://pubmed.com.br/) prevalencia-de-burnout-e-maior-emmedicos-que-atuam-na-linha-de-frente-da-covid-19="">. Acesso em: 17 Agosto 2022.
- BARROS-OLIVEIRA, J.; NETO, F. **Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas damorte.** *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 2, n. 22, p. 355-367, 2004.
- BENEVIDES-PEREIRA A.M.T. **As atividades de enfermagem em hospital: um fator de vulnerabilidade ao burnout.** In: Benevides-Pereira AMT, organizador. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 133-55.
- BIANCO, A. C. L.; COSTA-MOURA, F. **Covid-19: Luto, Morte e a Sustentação do Laço Social.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 40, p. e244103, 2020.
- BORGES L.M., BARNES S.M., FARNSWORTH J.K., DRESCHER K.D., WALSER R.D. **A contextual behavioral approach for responding to moral dilemmas in the age of COVID-19.** *J Contextual Behav Sci.* 2020 Jul;17:95-101. doi: 10.1016/j.jcbs.2020.06.006. Epub 2020 Jul 4. PMID: 32834968; PMCID: PMC7334906.
- BOWLBY, J. **Apego e perda** (Vol. 1: A natureza do vínculo). São Paulo, SP: Martins Fontes, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus: Covid-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_corpos_covid19_definicao_necropsia.pdf>. Acesso em: 30 de Agosto de 2022.
- BRAZ, M.S.; FRANCO, M. H. P. **Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, [S.l.], v. 37, n. 1, p. 90-105, 2017. ISSN 1982-3703. Disponível em: <[https://doi.org/""](https://doi.org/) 10.1590="" 1982-3703001702016="">. Acesso em: 25 julho 2022.
- BRIGAGÃO, J. I. M.; GONÇALVES, R.; SILVA, B. M. C. DA. A perspectiva de profissionais de saúde sobre os partos de natimortos. **Psicologia & Sociedade**, v. 33, p. e235676, 2021

BRINDLEY P.G; OLUSANYA S.; WONG A.; CROWE L.; HAWRYLUK L. **Psychological 'burnout' in healthcare professionals: Updating our understanding, and not making it worse.** J Intensive Care Soc. 2019 Nov;20(4):358-362. doi: 10.1177/1751143719842794. Epub 2019 May 9. PMID: 31695741; PMCID: PMC6820226.

CABELLO, I.R.; MENESES, E.J.F.; SERRANO R.M.J.; NAVARRO, D.F.; ROQUE, M.A.F.; MORENO G.P.; CASTRO, A.; RUIZ P.I.; CAMPOS, R. Z.; GONÇALVES, B., D. **Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review.** MedRxiv, [S.l.], 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20048892>.

CAMPELOS, I.C.S.F. **A ansiedade e o medo da morte nos Profissionais de Saúde.** Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa, 2006. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/1012>.

CAMPOS I.C.M, PEREIRA S.S, SCHIAVON I.C.A, ALVES M. **Maslach inventário de burnout-human services survey (MBI-HSS): revisão integrativa de sua utilização em pesquisas brasileiras.** Arq Ciências Saúde UNIPAR 2020;24(3):187-195

CARDOSO, É. A. DE O.; SILVA, B. C. de A. Da, SANTOS, J. H. dos., LOTÉRIO, L. dos S., ACCORONI, A. G., SANTOS, M. A. dos. The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3361, 2020.

CASTELLANO, E., MUÑOZ-NAVARRO, R., TOLEDO, M. S., SPONTÓN, C., MEDRANO, L. A.. **Cognitive processes of emotional regulation, burnout and work engagement.** Psicothema, [S.l.], v. 31, n. 1, p. 73–80, 2019. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.228>.

CHAMSI-PASHA, H., CHAMSI-PASHA, M., ALBAR, M. A. **Ethical dilemmas in the era of COVID-19.** Avicenna Journal of Medicine, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 102-105, 2020.

CHAN, A. Y.; TING, C.; CHAN, L. G.; HILDON, Z. J. **"The emotions were like a roller-coaster": a qualitative analysis of e-diary data on healthcare worker resilience and adaptation during the COVID-19 outbreak in Singapore.** Human Resources for Health, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 60, 2022. doi: 10.1186/s12960-022-00756-7.

CHOU L.P.; LI C.Y.; HU S.C. **Job stress and burnout in hospital employees: Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan.** BMJ Open, [S.l.], v. 4, n. 2, p. e004185, 2014. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004185>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Número de médicos**, 2022. Acesso em: 14 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.481, de 1997. Estabelece diretrizes para os regimentos internos dos corpos clínicos [Internet].** Brasília (DF): CFM; 1997. Acesso em: 16 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.657, de 2002. Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das comissões de ética médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências [Internet].** Brasília (DF): CFM; 2002. Acesso em: 16 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.812, de 2007. Altera o art. 6º da Resolução CFM nº 1.657, de 11 de dezembro de 2002, publicada em 20 de dezembro de 2002, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das comissões de ética médica dos estabelecimentos de saúde, e dá**

outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 27 fev. 2007; Seção 1: 39. Acesso em: 16 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.152, de 2016. Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das comissões de ética médica dos estabelecimentos de saúde [Internet].** Diário Oficial da União, Brasília (DF), 10 nov. 2016; Seção 1: 566. Acesso em: 16 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM nº 8/2015 [Internet].** Brasília: CFM; 2015. Acesso em: 16 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Aprova Código de Ética Médica.** Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 90, 24 set. 2001. Seção 1. Acesso em: 10 maio 2020.

CORREIA D.S., TAVEIRA M.G.M.M., MARQUES A.M.V.F.A, CHAGAS R.R.S, CASTRO C.F, CAVALCANTI S.L. **Percepção e Vivência da Morte de Estudante de Medicina durante a Graduação.** Revista Brasileira de Educação Médica [online], v. 44, n. 01 [Acessado 18 Julho 2022]

COSTA, B. P.; DUARTE, L.A. **Reflexões bioéticas sobre finitude da vida, cuidados paliativos e fisioterapia.** Revista Bioética [online], 2019. v. 27, n. 3, pp. 510-515. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422019273335>>.

ESPÍRITO SANTO, H.; DANIEL, F. B. Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do $p < 0,05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 1, n. 1, p. 3–16, 28 fev. 2015.

FARIA, N.C. **O processo de morte e morrer de pessoas com câncer, em diferentes contextos, sob o olhar dos profissionais de saúde.** 2017. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. FERGUSON, C. J. An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 40, n. 5, p. 532–538, out. 2009.

FIGUEIREDO, A. M.; FERREIRA, S.C.M. **A Dimensão da Ética no Exercício Profissional em Saúde: Um Olhar sobre Os conceitos.** Derecho y Cambio Social, ISSN-e 2224-4131, Año 7, Nº. 22, 2011.

FILHO, J.M, ASSUNÇÃO, A.Á., ALGRANTI, E., GARCIA, E.G, SAITO, C.A, & MAENO, M. **A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19.** Rev. Bras. Saúde Ocup, 2020.

FONTES, W.H.A; ASSIS, P.C.P.; SANTOS, E.P.; MARANHÃO, T.L.G; JÚNIOR, J.L; GADELHA, M.S.V . **Perdas, Mortes e Luto Durante a Pandemia de Covid-19: Uma Revisão da Literatura.** Id on Line Rev. Mult. Psic. V.14, N. 51 p. 303-317, 2020. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 9 nov. 2021.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e Saúde Pública.** Cadernos, Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 41-50 abr./jun. 2006

FRANCISCONI C.F, GOLDIM J.R, LOPES M.H.I. **O papel dos comitês de bioética na humanização da assistência à saúde.** Bioét [Internet]. 2002 [acesso 21 set 2022];10(2):147-57. Disponível: <https://bit.ly/2XJH94h>

FRANCO, M. H. P. **Por que estudar o luto na atualidade?** In M. H. P. Franco (Org.), Formação e rompimento de vínculos (pp. 17-42). São Paulo, SP: Summus. (2010)

FREIRE N.P., Lourenção L.G. **A repercussão midiática dos óbitos de profissionais de enfermagem por COVID-19 no Brasil [editorial]**. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1060-2. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.6404>

GALINDO, R. H.; FELICIANO, K. V. O.; LIMA, R. A. S.; SOUZA, A. I. **Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 420-427, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200021&script=sci_arttext. Acesso em: 15 jun. 2014.

GOLDIM J.R.; FRANCISCONI C.F. **Os comitês de ética hospitalar**. *Revista de Medicina ATM* 1995;15(1):327-334.

GOMES D.; FINKLER M.; APARASI J.C.S. **Melhoramento ético das práticas em saúde: comitês de bioética em Espanha e Brasil**. *Rev Iberoam Bioet [Internet]*. 2017 [acesso 21 set 2022];4:1-17. DOI: 10.14422/rib.i04.y2017.009

GOMES, A. M. R. **A Percepção da Morte pelo Idoso em Contexto Institucional de Lar Residencial** Mestrado em Gerontologia Social, Escola de Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, 2013.

GONÇALVES, A., FONTES, L., SIMÕES, C.; GOMES, A. R. **Stress and burnout in health professionals**. In: AREZES, P. et al. *Occupational and Environmental Safety and Health*. Springer, pp. 563-571, 2019. Acesso em: 20 set 2022.

GREENBERG, N. DOCHERTY M, GNANAPRAGASAM S, WESSELY S. **Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic**. *BMJ*, 2020. Acesso em: 20 set 2022.

GRISOTTI, M., GRANADA, D., DETONI, P. P., OLIVEIRA, M. C., DIEHL, E. E. **A morte contaminada: a experiência da morte por Covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde**. In: PORTELA, M. C. et al. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 309-319..

GROVER S.; DUA D.; SAHOO S.; MEHRA A.; NEHRA R.; CHAKRABARTI S. **Why all COVID-19 Hospitals should have Mental Health Professionals: The importance of mental health in a worldwide crisis!**. *Asian Journal of Psychiatry*, 2020; 51: 102-147.

GULATI, G., KELLY, B. D. **Physician suicide and the COVID-19 pandemic**. *Occupational Medicine*, 2020; 70(7):514.

GUO Y.F; LUO Y.H; LAM L.; CROSS W.; PLUMMER V.; ZHANG J.P. **Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study**. *Journal of Clinical Nursing*, 2018; 27(1-2): 441-449.

HAMILTON, I. J. **Understanding grief and bereavement**. *British Journal Of General Practice*, [s.l.], v. 66, n. 651, p. 523-523, 29 set. 2016. Royal College of General Practitioners. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp16x687325>.

HELIOTERIO M.C, LOPES F.Q. R S.; SOUSA C.C, SOUZA F.O., PINHO P.S, SOUSA F.N e F. **Covid-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?** *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00289121. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00289.

HOFFMANN, D. E., TARZIAN, A. J. **The role and legal status of health care ethics committees in the United States.** In: ILTIS, A. S., JOHNSON, S. H., HINZE, B. A. (Eds.). *Legal perspectives in bioethics.* Maryland: Routledge, 2008, pp. 46-67.

HYMAN S.A, SHOTWELL M.S, MICHAELS D.R, HAN X., CARD E.B., MORSE J.L., WEINGER M.B. **A Survey Evaluating Burnout, Health Status, Depression, Reported Alcohol and Substance Use, and Social Support of Anesthesiologists.** *Anesthesia & Analgesia*, 2017; 125(6): 2009–2018.

JESUS, É. H.; PINTO, A. M.; FRONTEIRA, I. S. E.; MENDES, A.M.O.C. **Estudo Em Portugal: Percepção Dos Enfermeiros Sobre Burnout.** *Revista Investigação Em Enfermagem*, 2014; 9(2): 47–54.

KARADIMITRIOU, S. M.; MARSHALL, E.; KNOX, C. **Mann-Whitney U Test.** Sheffield: Sheffield Hallam University, 2018.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** Tradução de P. Menezes. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

KHASNE R.W, DHAKULKAR B.S, MAHAJAN H.C, KULKARNI A.P. **Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based Survey.** *Indian Journal of Critical Care Medicine*, v. 24, p. 664-671, 2020

LIMA, M. J. V.; ANDRADE, N. M. **A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer.** *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 4, p. 958-972, 2017.

LIMA, R. **Conversação sobre a morte no processo de cuidar: uma contribuição para a formação do Enfermeiro.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017.

MACHADO, M. H., WERMELINGER, M., MACHADO, A. V., PEREIRA, E. J., and AGUIAR FILHO, W. **Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira.** In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 283-295. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0019>.

MARJANOVIC Z.; GREENGLASS E.R.; COFFEY S. **The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey.** *International Journal of Nursing Studies*, v. 44, p. 991-998, 2007.

MALLMANN, C. S.; PALAZZO, L. S.; CARLOTTO, M. S.; AERTS, D. R. G. C. **Fatores associados à síndrome de burnout em funcionários públicos municipais.** *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 69-82, dez. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872009000200006&script=sci_arttext> Acesso em 15 mai. 2014.

MARQUES, D. T.; OLIVEIRA, M. X.; SANTOS, M. L. G.; SILVEIRA, R. P.; & SILVA, R. P. M. **Percepções, atitudes e ensino sobre morte e morrer na Faculdade de Medicina da**

Universidade Federal do Acre, Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica [online], v. 43, n. 3, p. 123-133, 2019. Acesso em: 18 jul. 2022.

MASLACH, C. Understanding job burnout. In: ROSSI, S. S. A. M.; PERREWÉ, P. (Ed.). **Stress and quality of working life: Current perspectives**. 37-51. Information Age Publishing, 2006.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **The measurement of experienced burnout**. Journal of Organizational Behavior, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it**. Jossey-Bass, 1997.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Understanding Burnout: New Models**. In: **The Handbook of Stress and Health**, 36-56. John Wiley & Sons, Ltd., 2017. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch3>.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. **Job Burnout**. Annual Review of Psychology, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.

MAUNDER, R. **The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: Lessons learned**. In: MCLEAN, W. R.; MAY, R. M.; PATTISON, J. (Ed.). SARS: a case study in emerging infections. Oxford Uni, 96-106. McLean AR, May RM, Pattison J, Weiss RA, 2005. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1483>.

MAUNDER R.G., LANCEE W.J., BALDERSON K.E., BENNETT J.P., BORGUNDVAAG B., EVANS S.; FERNANDES C.M.; GOLDBLOOM D.S.; GUPTA M.; HUNTER J.J.; MCGILLIS HALL L.; NAGLE L.M.; PAIN C.; PECZENIUK S.S.; RAYMOND G.; READ N.; ROURKE S.B.; STEINBERG R.J.; STEWART T.E.; VANDEVELDE-COKE S.; VELDHORST G.G.; WASYLENKI D.A. **Long-term Psychological and Occupational Effects of Providing Hospital Healthcare during SARS Outbreak**. Emerging Infectious Diseases, v. 12, n. 12, p. 1924-1932, 2006. <https://doi.org/10.3201/eid1212.060584>.

MEDEIROS, Jocellem Alves de et al. **Death and dying of newborns and children: relationships between nursing and family according to Travelbee**. Rev. Bras. Enferm., v. 75, n. 2, e20210007, 2022. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672022000200169&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 nov. 2023. Epub 18-Out-2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0007>.

MENON, V.; PADHY, S. K. **Ethical dilemmas faced by health care workers during COVID-19 pandemic: Issues, implications and suggestions**. Asian Journal of Psychiatry, v. 51, p. 102-116, 2020.

MEIRELES, M. A. DE C., FEITOSA, R. B., OLIVEIRA, L. DE A., SOUZA, H. J. LOBÃO, L. M. **Percepção da morte para médicos e alunos de medicina**. Revista Bioética, v. 27, n. 3, p. 500-509, jul. 2019.

MOAZZAMI, B., RAZAVI-KHORASANI, N., DOOGHAIE MOGHADAM, A., FAROKHI, E., Rezaei, N. **COVID-19 and Telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers' well-being**. Journal of Clinical Virology, v. 126, p. 104345, 2020.

<https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104345>.

MOODLEY, K.; KABANDA, S.M.; KLEINSMIDT, A.; OBASA A. E. **COVID-19 ressalta o importante papel dos Comitês de Ética Clínica na África**. *Ética da BMC Med*, v. 22, p. 131, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00696-2>

MOORE, K. J., SAMPSON, E. L., KUPELI, N., & DAVIES, N. **Supporting families in end-of-life care and bereavement in the COVID-19**. *International Psychogeriatrics*, p. 1-4, 30 abr. 2020. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s1041610220000745>

MORAIS, I. M. de. NUNES, R., CAVALCANTI, T., SOARES, A. K. S., & GOUVEIA, V. V. **Percepção da "morte digna" por estudantes e médicos**. *Revista Bioética* [online], v. 24, n. 1, p. 108-117, 2016. Acesso em: 25 jul. 2022. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241112>.

MOREIRA AC, LISBOA MTL. **A Morte - Entre o Público e o Privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem**. *Rev enferm UERJ*. 2006.

MORGANTINI, L., NAHA, U., WANG, H., FRANCAVILLA, S., ACAR, Ö., FLORES, J., CRIVELLARO, S., MOREIRA, D., ABERN, M., EKLUND, M., VIGNESWARAN, H., & WEINE, S. M. **Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey**, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>

MORITZ, R. D. **O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MOURA, Hysla Magalhães de et al. **Percepção de Morte entre Universitários: Contribuições da Teoria do Gerenciamento do Terror**. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2020, v. 40 [Acessado 14 Julho 2022], e195636. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003195636>>. Epub 25 Nov 2020.

NAIR A, Menon J, RAMMOHAN A, HAKEEM AR, CHERUKURI SD, SHANMUGAM N,...Rela, M. **Are Our COVID Warriors Cared-for Enough? A Nationwide Survey on Stress Among Doctors During the COVID-19 Pandemic**. *MedRxiv*. 2020.

NASCIMENTO, V. Ferreira do, ESPINOSA, M., SILVA, M., FREIRE, N., & Terças-Trettel, A. **Impacto da COVID-19 sob o trabalho da enfermagem brasileira: aspectos epidemiológicos**. *Enfermagem em Foco*, 2020. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3756>

NESPEREIRA-CAMPUZANO, T., & VÁZQUEZ-CAMPO, **Emotional intelligence and stress management in Nursing professionals in a hospital emergency department**. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 27(3), 172–178, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2017.02.008>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Surto de doença de coronavírus (COVID-19): direitos, funções e responsabilidades dos profissionais de saúde, incluindo as principais considerações para segurança e saúde ocupacional: orientação provisória**, 19 de março de 2020. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331510> .

PONTES, A. C. E; VALLE, J.A.; SANTOS, E. R. M. do. SANTOS, M. d. **Bioética e profissionais de saúde: algumas reflexões**. *Bioethikos*, v. 1, n. 1, p. 68-75, 2007Tradução .

. Acesso em: 14 set. 2022.

PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C. LIMA, S. M. L. **Os profissionais da saúde e a pandemia de covid-19.** In: *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]*. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 282-371. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587>.

POVEDANO-JIMENEZ, M.; GRANADOS-GAMEZ, G.; GARCIA-CARO, M.P. **Work environment factors in coping with patient death among Spanish nurses: a cross-sectional survey.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 28, e3234, 2020. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100317&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jul. 2022. Epub 17-Abr-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3279.3234>

QUEIROZ, C. **Comitês de bioética ganham relevância na resolução de dilemas trazidos pela pandemia, embora estejam presentes em poucos hospitais.** PESQUISA FAPESP 302 | 33

QUINTAS, S., QUEIRÓS, C., MARQUES, A., & ORVALHO, V. **Os enfermeiros e a sua saúde no trabalho: a relação entre depressão e burnout.** International Journal On Working Condition, 2017.

RABOW, M. W.; HUANG, C. S.; WHITE-HAMMOND, G. E.; TUCKER, R. O. **Witnesses and Victims Both: Healthcare Workers and Grief in the Time of COVID-19.** Journal of Pain and Symptom Management, Vol 62, ed. 3, pg. 647-656, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392421001640>. Acesso em: 10 Nov. 2021.

REGO, S., PALÁCIOS, M., SIQUEIRA-BATISTA, R. **Comitês e Comissões Hospitalares: de ética e de bioética.** In: *Bioética para profissionais da saúde [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 119-141. ISBN: 978-85-7541-390-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0006>.

RICH, S. **Providing quality end-of-life care.** Journal of Cardiovascular Nursing, 2005.

ROBERT R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. **Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic.** Annals of intensive care. 2020; 10(84):1-9.

RODRIGUES, C. C. F. M.; SANTOS, V. E. P.; SOUSA, P.. **Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, n. 5, p. 1083–1088, set. 2017.

ROYCROFT M, Wilkes D, Pattani S, Fleming S, Olsson-Brown A. **Limiting moral injury in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic.** Occupational Medicine. 2020; 70 (5): 312–314.

ROSA, C. da; CARLOTTO, M. S. **Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar.** Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 1-15, dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 ago. 2023.

RUSCHEL, P. P. **Quando o luto adoce o coração: o luto não elaborado e infarto.** Porto Alegre, RS: Edipucrs, 2006.

SAEEDI M, Yazdi S, Bahador RC. **Predictors of COVID-19-related health anxiety among health care workers: a cross-sectional study.** BMC Psychol. 2022 Jul 11;10(1):170. doi: 10.1186/s40359-022-00880-y.

SANTANA, N.; COSTA, G. A.; COSTA, S. S. P.; PEREIRA, L. V.; SILVA, J. V. d.; SALES, I. P. P. M. **Segurança dos profissionais de saúde no enfrentamento do novo coronavírus no Brasil.** Escola Anna Nery [online]. 2020, Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0241>>

SANTOS, M. A. dos; SANTOS, F. C. de O. A.; CARDOSO, É. A. de O. **Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(9):2625-2634, 2013

SAYAGO, M.; AMORETTI, R. **Comitês de bioética hospitalar: importância, funcionamento e dificuldades de implementação.** Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 4 [Acessado 5 Setembro 2022] , pp. 832-843. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021294517>>.

SELMAN L.E., CHAO D., SOWDEN R., MARSHALL S., CHAMBERLAIN C., KOFFMAN J. **Apoio ao Luto na Linha de Frente do COVID-19: Recomendações para Médicos Hospitalares.** J Dor Sintoma Gerenciar, 2020; 60(2):e81-e86. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024

SEREN, R.; DE TILIO, R. (2014). **As vivências do luto e seus estágios em pessoas amputadas.** SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. Revista da SPAGESP, 15(1), 64-78

SHAW, S. C. K. (2020). **Hopelessness, helplessness and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic.** Nurse Education in Practice, 44, 102780. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102780>

SILVA, A. V. **Velórios em tempos de Covid-19.** In: GROSSI, M. P. & TONIOL, R. (Orgs.). Cientistas Sociais e o Coronavírus. São Paulo, Florianópolis: Anpocs, Tribo da Ilha, 2020.

SILVA, D.F.L.P.; PEREIRA J.A.; MEDEIROS G.G. **As consequências da pandemia do coronavírus e o luto na enfermagem.** REvisa. 2022; 11(1): 5-15. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n1.p5a15>

SVALDI, J. S. D.; SIQUEIRA, H. C. H. DE. **Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem.** Escola Anna Nery, v. 14, n. 3, p. 599-604, jul. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOÉTICA. **Recomendação SBB nº 1/2020. Recomenda aspectos éticos no enfrentamento da covid-19, em defesa dos mais vulneráveis e do acesso igualitário aos leitos de UTI [Internet].** Brasília: SBB; 2020 [acesso 16 set 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3maT18Q>

SOUZA E SOUZA, L.P.; MOTA R. J.; BARBOSA R. R.; RIBEIRO G. R. C.; OLIVEIRA E SILVA, C. S.; BARBOSA, D. A. **La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros.** Enferm. glob., Murcia , v. 12, n. 32, p. 222-229, out. 2013 . Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 ago. 2023.

SOUZA, M. C. DOS S.; SOUSA, J. M., LAGO; D. M. S. K., BORGES, M. DA S., RIBEIRO, L. M., & GUILHEM, D. B. **Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com**

graduandos da área de saúde. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 26, n. 4, p. e3640016, 2017.

SOUZA, P.C.; SCATENA, J.H.G.. **Condições de trabalho em hospitais do mix público-privado do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso**, RAS, 16(62), 33-40, 2014.

SOUZA, M. C. DOS S., SOUSA, J. M., LAGO, D. M. S. K., BORGES, M. DA S., RIBEIRO, L. M., & GUILHEM, D. B. **Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 26, n. 4, p. e3640016, 2017.

SPIILKA, B., STOUT, L., MINTON, B.; SIZERNORE, D. **Death and personal faith: A psychometric investigation.** Journal for the Scientific Study of Religion, 1977. p 169-178

TALLARIDA, R. J.; MURRAY, R. B. Mann-Whitney Test. Em: TALLARIDA, R. J.; MURRAY, R. B. (Eds.). **Manual of Pharmacologic Calculations: With Computer Programs.** New York, NY: Springer, 1987. p. 149-153.

TARCAN, G. Y., Tarcan, M., & Top, M. **An analysis of relationship between burnout and job satisfaction among emergency health professionals.** Total Quality Management and Business Excellence, 2017, 28(11-12), 1339-1356. <https://doi.org/10.1080/14783363.2016.1141659>

THEORELL T. **COVID-19 and Working Conditions in Health Care. Psychotherapy and Psychosoma**

TSENG, H. C., CHEN, T. F.; CHOU, S. M. **Sars: Key factors in crisis management.** Journal of Nursing Research, 2005. <https://doi.org/10.1097/00134372-200503000-00008>

VALA, J., MARQUES, A., PINTO, S.; MOREIRA, R.; COSTA, L. **Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológica,** 2017. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/ESTUDOBURNOUT_OM.pdf.

VEDOVATO, T. G., ANDRADE, C. B., SANTOS, D. L., BITENCOURT, S. M., ALMEIDA, L. P. DE. **Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva?** Rev. Bras. Saúde Ocupacional, v.46, e1, 2021. DOI: 10.1590/2317-6369000028520

VELOSO, R. S. S. **Burnout nos profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19,** Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Repositório Aberto da Universidade do Porto FPCEUP - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação FPCEUP, 2020. <https://hdl.handle.net/10216/130699>

WADDIMBA, A., NIEVES, M., SCRIBANI, M., KRUPA, N., JENKINS, P., MAY, J. **Predictors of burnout among physicians and advanced-practice clinicians in central New York.** Journal of Hospital Administration, 2015. <https://doi.org/https://doi.org/10.5430/jha.v4n6p21>

WILSON, A. N., RAVALDI, C., SCOULLAR, M. J. L., VOGEL, J. P., SZABO, R. A., FISHER, J. R. W., HOMER, C. S. E. **Caring for the carers: Ensuring the provision of quality 49 maternity care during a global pandemic.** Women and Birth, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.011>

XIANG Y.T., YANG Y., LI W., ZHANG L., ZHANG Q., CHEUNG T., NG C.H. **Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed.** Lancet Psychiatry. 2020. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.

XIAO, H., ZHANG, Y., KONG, D., LI, S., & YANG, N. **The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China.** Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research, 2020. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>

ZHANG, Y., WANG, C., PAN, W., ZHENG, J., GAO, J., HUANG, X., CAI, S., ZHAI, Y., LATOUR, J. M., 50 & ZHU, C. **Stress, Burnout, and Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 Epidemic in Wuhan and Shanghai, China.** Frontiers in Psychiatry, 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.565520>

ZWIELEWSKI, G.; CRUZ, R.; MOURA, J.; NICOLAZZI, E.; OLTRAMARI, G. **Dilemas éticos e saúde mental dos profissionais de saúde na COVID-19.** Revista Brasileira de Psicoterapia, 2021.

ANEXOS

Anexo 1

Inventário de Burnout de Maslach – Prestadores de Serviços Humanos (IBM-PSH)

Por favor, É MUITO IMPORTANTE que você preencha este questionário SEM INTERRUPÇÃO!

Por favor, ANOTE QUE HORAS SÃO AGORA: _____ horas

Christina Maslach • Susan E. Jackson

MBI Pesquisa em Serviço Humanos

O propósito desta pesquisa é descobrir como várias pessoas nos serviços humanos ou profissionais da saúde vêem seus trabalhos e as pessoas com quem trabalham de perto, incluindo seus. Já que pessoas em uma ampla variedade de ocupações responderão à esta pesquisa, usa-se o termo **pacientes para se referir às pessoas para quem é dirigido seu serviço, cuidado, tratamento ou instrução**. Ao responder esta pesquisa, por favor, pense nessas pessoas como receptores do serviço provido por você, mesmo que use outro termo no seu trabalho.

Na página a seguir existem 22 itens de **sentimentos relacionados** ao trabalho. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e decida se alguma vez já se sentiu desta maneira **sobre seu trabalho**.

Se você **nunca** teve este sentimento, escreva **0 (zero)** antes da afirmação.

Se você **já teve** este sentimento, indique **com que frequência** você o sentiu escrevendo o número (de 1 a 6) que melhor descreva a frequência com que você se sente desta forma. Um exemplo é mostrado abaixo.

Exemplo

Com que frequência	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Algumas vezes ao ano ou menos	Uma vez ao mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

EXEMPLO

Com que frequência
0-6

Afirmação

Eu me sinto deprimido no trabalho.

Se você nunca se sentiu deprimido no trabalho, você escreveria o número "0" (zero) abaixo do título "COM QUE FREQUÊNCIA".

Se você raramente se sente deprimido no trabalho (poucas vezes ao ano ou menos), você escreveria o número "1".

Se os seus sentimentos de depressão são bastante frequentes (poucas vezes por semana, mas não diariamente) você escreveria "5".

Modified and reproduced by special permission of the Publisher, CPP, Inc., Mountain View, 94043.
from **Maslach Burnout Inventory-BSI** by Christina Maslach and Susan E. Jackson, Copyright 1996

MBI Pesquisa em Serviço Humanos

Com que frequência	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Algumas vezes ao ano ou menos	Uma vez ao mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

Com que frequência

0-6	Afirmação
1. _____	Eu me sinto emocionalmente sugado pelo meu trabalho.
2. _____	Eu me sinto consumido no fim de um dia de trabalho.
3. _____	Eu me sinto fatigado quando levanto pela manhã e tenho que encarar outro dia neste emprego.
4. _____	Eu consigo compreender facilmente como meus pacientes se sentem a respeito das coisas.
5. _____	Eu sinto que eu trato alguns pacientes como se eles fossem objetos.
6. _____	Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente uma grande tensão para mim.
7. _____	Eu lido de forma efetiva com os problemas dos meus beneficiários.
8. _____	Eu me sinto esgotado pelo meu trabalho.
9. _____	Eu sinto que eu influencio de forma positiva as outras pessoas através do meu trabalho.
10. _____	Eu fiquei mais insensível em relação às pessoas desde que eu peguei esse emprego.
11. _____	Eu me preocupo que este emprego esteja me endurecendo emocionalmente.
12. _____	Eu me sinto muito disposto.
13. _____	Eu me sinto frustrado pelo meu emprego.
14. _____	Eu sinto que eu estou trabalhando duro demais no meu emprego.
15. _____	Eu realmente não me preocupo com o que acontece com alguns pacientes.
16. _____	Trabalhar diretamente com pessoas coloca muito estresse em mim.
17. _____	Eu posso facilmente criar um clima descontraído com meus pacientes.
18. _____	Eu me sinto animado depois de trabalhar bem próximo aos meus pacientes.
19. _____	Eu tenho realizado muitas coisas que valem à pena neste emprego.
20. _____	Eu sinto como se estivesse no fim da linha.
21. _____	No meu trabalho, eu lido com problemas emocionais muito tranquilamente.
22. _____	Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas.

Somente uso administrativo EE: _____ DP: _____ PA: _____

**AO TERMINAR AS QUESTÕES DE 1 A 22, Por favor,
ANOTE QUE HORAS SÃO AGORA: _____ horas**

Anexo 2**Percepção da morte para médicos e alunos de medicina, validado segundo Meireles et al (2019).****I - Dados de identificação**

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Situação acadêmica:

Área de formação: _____

Ano de formação: _____

Se possui alguma especialização, informe qual: _____

Tempo de Serviço: _____

II - Questões sobre a percepção da morte**1. Você já teve contato com pacientes muito doentes ou em fase terminal?**

() Sim

() Não

() Superficialmente

1.1 Estes pacientes eram:

() Jovens

() Idosos

() Ambos*

* Se você marcou a opção "Ambos", qual paciente teve mais impacto para você?

2. Na sua opinião, qual seu nível de envolvimento com esses pacientes?

() Próximo

() Profissional

() Nenhum

3. Você tratava o paciente pelo nome?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Às vezes

4. Como você se sentiu emocionalmente sobre a prestação de cuidados para este paciente terminal?

- ☐ Preparado
- ☐ Despreparado
- ☐ Não sei responder

5. Como você reagiu/lidou quando este paciente morreu?

- ☐ Normalmente
- ☐ Tristeza
- ☐ Medo
- ☐ Culpa
- ☐ Não sei responder
- ☐ Outro(s) _____

7. Na sua opinião, com o passar dos anos, lidar com a morte ficou mais fácil para você?

- ☐ Sim, ficou mais fácil
- ☐ Sim, se tornou natural
- ☐ Não, ficou mais difícil
- ☐ Não, não houve mudanças

8. Você fala/falou com alguém sobre a morte dos seus pacientes?

- ☐ Sim
- ☐ Não

*Se você marcou a opção "sim", responda à questão 8.1.

*Se você marcou a opção "não", responda à questão 8.2.

8.1. Com quem você fala/falou sobre a morte dos seus pacientes?

- ☐ Colegas de profissão
- ☐ Cônjuge ou outros familiares
- ☐ Amigos
- ☐ Outros

8.2. Se você não falou com ninguém sobre sua experiência, qual foi a motivação?

- ☐ Insegurança
- ☐ Medo
- ☐ Indiferença
- ☐ Não sei responder
- ☐ Outro(s) _____

9. Você acha que seria útil falar sobre essas experiências?

- ☐ Sim
- ☐ Não

10. Que formas você utiliza para lidar com a morte dos seus pacientes? (Se você não utiliza nenhuma estratégia, assinale um x no espaço reservado para a resposta)

11. Como os membros da sua equipe respondem à morte de pacientes?

- ☐ Com naturalidade
- ☐ Com tristeza
- ☐ Com medo
- ☐ Com culpa
- ☐ Com indiferença
- ☐ Não sei responder

12. Você se sente confortável para dar uma notícia de morte à família de um paciente?

- ☐ Sim, parcialmente
- ☐ Sim, totalmente
- ☐ Não
- ☐ Não sei responder

13. Alguma experiência de vida pessoal com a morte influenciou na experiência com os pacientes?

- ☐ Sim, parcialmente
- ☐ Sim, totalmente
- ☐ Não influenciou

14. Durante seu curso, você teve/tem algum preparo teórico, individual ou prático que abordasse o enfrentamento da morte?

Individual: ☐ Sim ☐ Não ☐ Superficialmente

Teórico: ☐ Sim ☐ Não ☐ Superficialmente

Prático: ☐ Sim ☐ Não ☐ Superficialmente

15. Na sua opinião, em que momento do curso deve ser ministrada uma disciplina abordando o modo de lidar/enfrentar problemas relacionados à morte?

☐ Início do curso

☐ Ao longo do curso

☐ Final do curso

☐ Não vejo necessidade de disciplinas assim

Anexo 3

Escalas de Percepção de Morte de Spilka, Stout, Minton e Sizemore (1997) adaptado por Barros e Neto (2004)

Escalas breves sobre diversas perspectivas da morte de Spilka, Stout, Minton e Sizemore (1977), adaptado por Barros e Neto (2004)

Apresento-lhe algumas escalas sobre situações da vida e da morte para serem preenchidas. Os questionários são anónimos e por isso pode usar de toda a *sinceridade*. Responda a *todas* as perguntas conforme aquilo que realmente se adapta ao seu caso e não como gostaria de ser. Não há respostas boas ou más: todas são boas desde que sinceras.

Em todas as perguntas seguintes, faça um círculo à volta do número (marque só um em cada pergunta, mas não esqueça nenhuma) que *melhor* corresponda ao seu caso, conforme este significado (se se enganar, risque o erro e marque bem o número que pretende):

- 1 = *Totalmente em desacordo*
- 2 = *Bastante em desacordo*
- 3 = *Um pouco em desacordo*
- 4 = *Um pouco de acordo*
- 5 = *Bastante de acordo*
- 6 = *Totalmente de acordo*

<i>A morte é:</i>	1	2	3	4	5	6
1. O último momento de agonia						
2. O fim de um tempo de isolamento						
3. A última miséria						
4. O destino de cair na bermã de estrada						
5. A última angústia e tormento						
6. Uma experiência de solidão no momento da morte						
<i>A morte é:</i>	1	2	3	4	5	6
1. A entrada num lugar de total satisfação						
2. Um limpar e renascer de si mesmo						
3. A própria ressurreição e recompensa						
4. União com Deus e eterna ventura						
5. A de deixar esta vida em troca de outra melhor						
6. A porta de entrada no céu e na felicidade plena						
<i>A morte é:</i>	1	2	3	4	5	6
1. Pouco importante tendo em conta tudo o resto						
2. De poucas consequências						
3. Algo a que devemos ficar indiferentes e esquecer						
4. Nem temida nem bemvinda						
5. Coisa indiferente de uma forma ou de outra						
<i>A morte é:</i>	1	2	3	4	5	6
1. A maior das incertezas						
2. O maior dos mistérios						
3. O fim do conhecido e o princípio do desconhecido						
4. Algo sobre que devemos dizer "não sei"						
5. Um ponto de interrogação						
6. A maior ambiguidade entre as complexidades da vida						

<i>A morte é:</i>	1	2	3	4	5	6
1. Deixar os que dependem de nós sujeitos às dificuldades da vida						
2. Abandonar aqueles que amamos						
3. Razão para se sentir culpado por não poder continuar a ajudar a família						
4. Razão para se sentir culpado						
5. Deixar a família entregue à sua morte						
<i>A morte é:</i>	1	2	3	4	5	6
1. Uma oportunidade para provar que lutámos por algo na vida						
2. Uma ocasião para mostrar como podemos enfrentar o último teste da vida						
3. Um grande momento de verdade para si mesmo						
4. Uma oportunidade para uma grande realização						
5. Um tempo para recusar a humilhação ou a derrota						
6. Um teste ao compromisso em relação aos valores pessoais da vida						
<i>A morte é:</i>	1	2	3	4	5	6
1. Um acontecimento que impede a realização do potencial pessoal						
2. O fim das nossas esperanças						
3. O falhanço pessoal na procura do sentido da vida						
4. A destruição da última oportunidade de plena realização						
5. A derrota na luta por ser bem sucedido e alcançar os objectivos						
<i>A morte é:</i>	1	2	3	4	5	6
1. Uma experiência que chega a todos devido à passagem natural do tempo						
2. O acto final de harmonia com a existência						
3. Um aspecto natural da vida						
4. Parte do ciclo da vida						

Obrigada pela Sua colaboração

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário Sobre Atuação na Linha de frente do Combate a Covid-19, de Santos (2021), autoria própria - elaborado pelo pesquisador do estudo.

1. Durante a sua atuação no combate a covid-19 o hospital dispunha de equipamentos necessários para o atendimento dos pacientes?
☐ Sim
☐ Não
2. Durante a sua atuação no combate a covid-19 foi requisitado para realizar procedimentos não se sentindo preparado para realizar?
☐ Sim
☐ Não
3. Durante a sua atuação no combate a covid-19 necessitou realizar improvisações para enfrentar a falta de materiais?
☐ Sim
☐ Não
4. Durante a sua atuação no combate a covid-19 você se encontrou diante da necessidade de fazer escolhas entre pacientes?
 - a. ☐ Sim
 - b. ☐ Não
5. No hospital em que trabalha houve a divulgação e apresentação de protocolos e diretrizes claras sobre ações e procedimentos que deveriam ser realizados durante a covid-19?
 - a. ☐ Sim
 - b. ☐ Não
6. No hospital em que trabalha foi ofertado algum tipo de apoio psicossocial?
 - a. ☐ Sim
 - b. ☐ Não

7. Caso a resposta anterior seja sim: Durante a pandemia você buscou apoio psicossocial ofertado pelo hospital?
- a. ☐ Sim
 - b. ☐ Não
8. Caso a resposta anterior seja não: Durante a pandemia você buscou apoio psicossocial ofertado por outras instituições ou profissionais?
- a. ☐ Sim
 - b. ☐ Não
9. Durante a atuação na pandemia obteve diagnóstico de algum transtorno mental? Caso sim, qual o diagnóstico?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Ética, Vida e Morte na Pandemia de Covid 19: Luto e Sofrimento Psíquico dos Profissionais de Saúde

Pesquisador responsável: Luana Santana Santos

Orientador: Prof. Dr. Diego Freitas Rodrigues

Instituição/Departamento: Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente – PSA/UNIT

Telefone para contato: (79)3218-2112

Local da coleta de dados: Hospital _____

Prezado(a):

Você está sendo convidado(a) a participar, de forma totalmente voluntária, desta pesquisa que tem por objetivo geral “Analisar a percepção sobre morte e luto e sua relação com o risco de doenças psicológicas em profissionais de saúde que atuam como membros de comitê de ética hospitalar no combate a pandemia de COVID-19”. E como objetivos específicos: Analisar a percepção de morte e luto dos profissionais da linha de frente do combate a pandemia por meio das escalas breves sobre perspectivas da morte e questionário semiestruturado; Identificar fatores de risco para doenças psicológicas entre os profissionais de saúde da linha de frente, por meio do Inventário de Burnout Maslach, para Pesquisa em Serviços de Saúde (MBI HSS); Relacionar a percepção dos profissionais sobre morte e luto e o risco de doenças psicológicas em profissionais da linha de frente do combate a pandemia; Verificar a presença das comissões de bioética hospitalares e ações de apoio psicossocial em hospitais de Sergipe durante a pandemia de covid-19.

Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. As informações serão coletadas através da aplicação de dois instrumentos, os quais você deverá responder, um dos instrumentos irá investigar o risco para doenças psicológicas, o qual se refere ao Inventário de Burnout Maslach, para Pesquisa em Serviços de Saúde (MBI HSS), o outro irá investigar a percepção de morte e luto por meio das escalas breves sobre perspectivas da morte e questionário semiestruturado. Incluir-se-á também no instrumento um questionário de caracterização dos sujeitos e questões éticas durante atuação no combate a pandemia. Os dados coletados serão utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa, tendo o nome do(a) Sr.(a), profissional participante da pesquisa, em caráter confidencial. Em nenhum momento esta pesquisa irá exercer influência em seu local de trabalho, uma vez que os dados de identificação serão de uso restrito dos pesquisadores. Após o desenvolvimento da pesquisa será entregue no local da coleta de dados um relatório com os resultados e conclusões da pesquisa.

São previstos riscos mínimos em sua participação nessa pesquisa, pois você poderá se sentir desconfortável ou cansado ao responder os instrumentos de coleta de dados. Em caso de ocorrer esse desconforto/cansaço a coleta de dados poderá ser interrompida, podendo ser retomada em outro momento ou cessada definitivamente, conforme sua vontade. Em nenhum momento, o(a) Sr.(a) profissional participante da pesquisa, será submetido(a) a situações constrangedoras ou será exposto(a) em seu local de trabalho. Na apresentação dos resultados será mantido vosso anonimato. Ressalto ainda, que estou e estarei disponível para qualquer esclarecimento que se

fizer necessário. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, o(a)Sr.(a) tem total liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento sem que isso possa causar-lhe algum prejuízo.

Como benefícios dessa pesquisa, acreditamos poder contribuir para a formulação de sugestões para implementação de ações de saúde, bem como estratégias de médio a longo prazo, objetivando minimizar o impacto sobre os profissionais da linha de frente do combate a pandemia.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Aracaju _____, de _____ de 20____

Assinatura

Luana Santana Santos
Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa da UNIT- CEP/Unit – DPE - Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE. Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

APÊNDICE C – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS - UNIT



Continuação do Parecer: 5.735.166

Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_infraestrutura_modificado3.pdf	13/06/2022 17:22:49	LUANA SANTANA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.docx	16/05/2022 12:48:04	LUANA SANTANA SANTOS	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Respostaparecer.docx	16/05/2022 12:44:48	LUANA SANTANA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRossto.pdf	07/04/2022 14:10:26	LUANA SANTANA SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisadores_declaracao.pdf	07/04/2022 13:40:33	LUANA SANTANA SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	22/03/2022 13:08:07	Diego Freitas Rodrigues	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	22/03/2022 13:05:50	Diego Freitas Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	22/03/2022 12:52:10	Diego Freitas Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 01 de Novembro de 2022

Assinado por:
Emília Cervino Nogueira
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2128 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br