



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**CONVIVENDO COM A MORTE E O MORRER:  
O SER-ENFERMEIRO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**PATRICIA GISELE SANCHES**

**MARINGÁ  
2007**

**PATRICIA GISELE SANCHES**

**CONVIVENDO COM A MORTE E O MORRER:  
O SER-ENFERMEIRO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Dalva de Barros Carvalho.

MARINGÁ  
2007

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil).

S221c Sanches, Patricia Gisele  
Convivendo com a morte e o morrer : o ser-enfermeiro em  
unidade de terapia intensiva / Patricia Gisele Sanches. -  
Maringá, PR : [s.n.], 2007.  
85 f.

Orientadora : Prof. Dr. Maria Dalva de Barros Carvalho.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de  
Maringá. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2007.

1. UTI/adulto - Enfermeira - Convívio. 2. UTI/adulto -  
Morte e morrer - Enfermeira. 3. UTI/adulto - Morte e morrer  
- Enfermeiras - Atitude frente à morte. 4. UTI/adulto -  
Enfermeira - Fenomenologia. 5. I. Universidade Estadual de  
Maringá. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. II.  
Título.

CDD 21.ed.610.7361

**PATRICIA GISELE SANCHES**

**CONVIVENDO COM A MORTE E O MORRER:  
O SER-ENFERMEIRO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Dalva de Barros Carvalho

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Ranier Martins do Valle

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica Pagliarini Waidman

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Amâncio Souza da Silva Valsecchi

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Lúcia Cecília da Silva

## **DEDICO ESTE TRABALHO**

**A Deus,**

Minha fonte inesgotável de paz, sabedoria,  
bênção, discernimento e transcendência.

Por ser Senhor do meu tempo.

Por ser preciso em sua grandeza.

Por me dar tempo para sonhar.

Por me dar tempo para fazer.

Por me dar tempo para ser.

Por me dar tempo para seguir, sendo!

Agradeço por me ensinar todos os dias  
a re-descobrir o sentido do amor e do  
encanto pela vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é o momento mais sublime que existe na vida do ser humano, significa reconhecer que o seu viver depende do viver do outro.

❖ À minha mãe Lourdes e ao “Bobô” Valentim, que ao me substituírem em minhas atribuições maternas, apoiaram e acreditaram no meu potencial.

❖ Ao meu pai Gasparino, ausência sempre presente nesse meu existir-no-mundo, precursor e incentivador do meu saber.

❖ Ao meu filho Thiago, amor incondicional e infinito. Que um dia ele possa entender que a ausência se fez necessária. Ele é a razão de todo esse esforço.

❖ Ao Rafael, companheiro de jornada, pelo incentivo e compreensão nos momentos mais difíceis.

❖ À orientadora professora Dr<sup>a</sup>. Maria Dalva de Barros Carvalho, pela confiança, paciência e respeito durante esse caminhar. Obrigada por fazer parte de um sonho, ajudando a torná-lo realidade.

❖ À professora Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Ranier Martins do Valle que ao aceitar o convite de participar da minha banca, dividiu comigo seus conhecimentos e sugestões a fim de melhorar minha pesquisa.

❖ À professora e amiga Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica Pagliarini Waidman, pelo carinho e solicitude ao longo de toda minha trajetória pessoal e profissional.

❖ Aos enfermeiros da UTI Adulto que, acreditando na seriedade desta pesquisa, compartilharam suas experiências, alegrias e perspectivas, angústias e tristezas, conferindo valor e essência a este estudo. Sem vocês nada disso estaria sendo concretizado.

❖ À Universidade Estadual de Maringá que me concedeu a dispensa parcial para a realização deste estudo.

❖ À Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário de Maringá pelo incentivo na construção deste conhecimento.

❖ Às colegas do curso de mestrado pelos bons momentos compartilhados.

❖ E finalmente a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização dessa pesquisa.

Muito obrigada!

## RESUMO

SANCHES, P. G. **Convivendo com a morte e o morrer:** o ser- enfermeiro em unidade de terapia intensiva.2007. 85 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, 2007.

O interesse pela realização deste estudo advém do meu mundo-vida, da minha experiência profissional e do contato contínuo com o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No cotidiano de trabalho em UTI, os profissionais de enfermagem convivem com as angústias vivenciadas pelos pacientes e seus familiares, em virtude da complexidade do estado deles, da tensão da morte iminente, da realização de grande número de procedimentos complexos e do ritmo intenso de trabalho. Teve como objetivo compreender como os enfermeiros que trabalham, em UTI, vivenciam o processo de morte e o morrer dos pacientes. Neste contexto, a pesquisa fenomenológica mostrou-se adequada permitindo o resgate da subjetividade da experiência vivida, considerando o sujeito em sua dimensão existencial. Os sujeitos desta pesquisa foram os enfermeiros que assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido e atuam em uma UTI/Adulto de um Hospital Escola, localizado no Noroeste do Paraná. A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista gravada e transcrita na íntegra, com a seguinte questão norteadora: “O que é para você vivenciar a morte e o morrer de um paciente que está em seus cuidados?”. Foram entrevistados oito enfermeiros e a pesquisa encerrou-se no momento em que foi verificada a invariância do fenômeno. Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à análise segundo Martins (1992). Da análise criteriosa das entrevistas, surgiram as categorias em que os enfermeiros apontam que a vivência da morte e o morrer de seus pacientes é um processo que permeia as seguintes questões: 1- A obstinação terapêutica como um percalço no processo de morte e morrer. 2- A difícil convivência com a equipe multiprofissional e o processo de morte e o morrer. 3- A relação com a morte propriamente dita. 4- A dinâmica do trabalho e suas implicações na morte e o morrer dos pacientes. 5- O relacionamento com a família do paciente em processo de morte e o morrer. 6- O apelo por apoio para suportar o processo de morte e o morrer. O que chamou a atenção é que muito se falou sobre viver com qualidade e parece que o lidar com a morte no seu cotidiano fez emergir, nestes profissionais, uma valorização maior por uma existência que deve ser vivida com plenitude e qualidade acima de tudo. A dificuldade de lidar com a morte, como processo natural do viver, leva o profissional, muitas vezes, a tentativas desesperadas de manter vivas as pessoas que se sabe biologicamente mortas. Os discursos possibilitam afirmar que o tema morte e o relacionamento com estes pacientes deveriam ser amplamente discutidos nas estruturas curriculares das universidades com vistas à desmistificação dos significados dos fenômenos que estejam associados à idéia de medo e pavor e que possa, dessa maneira, surgir uma nova forma de entendimento e sensibilidade para lidar com o processo de morte e o morrer. Enquanto os profissionais que atuam na área da saúde não compreenderem que a morte faz parte da existência, não poderão estar-com-o-paciente de maneira autêntica em situação de terminalidade e devem apreender que a morte e o morrer não são sempre um desafio a ser vencido, mas parte inalienável da vida.

Palavras-chave: morte; atitude frente à morte; enfermeiras; Unidades de Terapia Intensiva.



## ABSTRACT

SANCHES, P. G. **Dealing with death and the dying**: being a nurse in an intensive care unit. 2007. 85 f. Master's Dissertation in Nursing – Universidade Estadual de Maringá, Maringá PR Brazil, 2007.

Interest in current study hails from my life work, my professional experience and the continuous contact with patients in the Intensive Care Unit (ICU). In their daily life at the ICU nurses live with the anguish experienced by patients and their relatives owing to the complexity of their physical and emotional state, especially imminent death, to the accomplishment of a great number of complex procedures and to intense work. Current research aims at understanding the manner nurses who work at ICUs experience the death process and patient's state of dying. The phenomenological research is adequate to recuperate the subjectivity of the experience while considering the subject in his/her existential dimension. The subjects of current research were nurses who signed the Term of Free Commitment and who work at the adult ICU of a school hospital in the northeastern region of the state of Paraná, Brazil. Data were collected through interviews recorded and transcribed wholly. The master question involved: What do the death and the dying of a patient in your care mean? After the interview has been transcribed, analysis followed according to Martins (1992). A close analysis of the interviews showed categories indicated by nurses, or rather, experiencing death and the dying of patients are processes that pervade the following issues: 1- The therapeutic obstinacy as a means in the process of death and dying. 2- The difficult living with a multiprofessional team and the process of death and dying. 3- Relationship with death. 4- The dynamics of work and its implications in the death and the dying of patients. 5- The relationship with the family of the patient who is in the process of dying. 6- The appeal for support within the death and dying processes. The most important thing is the fact that since many things have been said on quality living, dealing with death in daily life gives a higher value to the professionals in the context of living wholly and with quality above all. The difficulty of dealing with death, as a natural process of living, frequently helps the professional to make desperate attempts to keep alive patients known to be biologically dead. Discourse affirms that the death theme and the relationship with such patients should be more discussed in the university's curriculum so that the meaning of such phenomena may be demythologized from the idea of fear. A new form of understanding and sensitivity should be endeavored to deal with the death and dying processes. Only when professionals that work in health centers understand that death is part and parcel to existence, will they be able to be-with-the-patient in an authentic way during the latter's terminal period. They should also learn that death and dying are not always a challenge to be overcome but an inalienable part of life.

Key words: death; attitude towards death; nurses; Intensive Care Unit.

## RESUMEN

SANCHES, P. G. **Conviviendo con la muerte y el morir:** El ser- enfermería en unidad de terapia intensiva. 2007. 85 f. Disertación (Maestría) – Universidad Estadual de Maringá, 2007.

El interés por la realización de este estudio adviene de mi mundo-vida, de mi experiencia profesional y de contacto continuo con el ambiente de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). En el cotidiano de trabajo en UTI, los profesionales de enfermería conviven con las angustias vivenciadas por los pacientes y sus familiares, en virtud de la complejidad del estado de ellos, de la tensión de la muerte inminente, de la realización de gran número de procedimientos complejos y del ritmo intenso de trabajo. Tuve como objetivo comprender como los enfermeros que trabajan, en UTI, vivencian el proceso de muerte y el morir de los pacientes. En este contexto, la investigación fenomenológica se mostró adecuada permitiendo el rescate de la subjetividad de la experiencia vivida, considerando el sujeto en su dimensión existencial. Los sujetos de esta investigación fueron los enfermeros que firmaron el Término de Compromiso Libre y Aclarado y actúan en una UTI Adulto de un Hospital Escuela, localizado en el Noroeste de Paraná. La recolecta de datos se dio por medio de una encuesta grabada y transcrita en la íntegra, con la siguiente cuestión clave: “Lo qué es para usted vivenciar la muerte y el morir de un paciente que está a sus cuidados?”. Fueron encuestados ocho enfermeros y la investigación se clausuró en el momento en que fue verificada la constancia del fenómeno. Tras la transcripción de las encuestas, se procedió el análisis segundo Martins (1992). Del análisis apurada de las entrevistas, surgieron las categorías en que los enfermeros apuntan que la vivencia de la muerte y el morir de sus pacientes es un proceso que pasa por las siguientes cuestiones: 1- La obstinación terapéutica como un percance en el proceso de muerte y morir. 2- La difícil convivencia con el equipo multiprofesional y el proceso de muerte y el morir. 3- La relación con la muerte propiamente dicha. 4- La dinámica del trabajo y sus implicaciones en la muerte y el morir de los pacientes. 5- La relación con la familia del paciente en proceso de muerte y el morir. 6- La invocación por apoyo para soportar el proceso de muerte y el morir. Lo que llamó la atención es que mucho se habló sobre vivir con calidad y parece que el lidiar con la muerte en su cotidiano hace resaltar, en estos profesionales, una valoración mayor por una existencia que debe ser vivida con plenitud y calidad por encima de todo. La dificultad de lidiar con la muerte, como proceso natural del vivir, lleva el profesional, muchas veces, a las tentativas desesperadas de mantener vivas a las personas que se sabe biológicamente muertas. Los discursos posibilitan afirmar que el tema muerte y la relación con estos pacientes deberían ser ampliamente discutidas en las estructuras curriculares de las universidades con vistas a la aclaración de los significados de los fenómenos que estén asociados a la idea de miedo y pavor y que pueda, de esa manera, surgir una nueva forma de entendimiento y sensibilidad para lidiar con el proceso de muerte y el morir. Mientras los profesionales que actúan en el área de la salud no comprendan que la muerte hace parte de la existencia, no podrán estar-con-el-paciente de manera autentica en situación de muerte eminente y deben aprender que la muerte y el morir no son siempre un reto a ser vencido, pero parte inalienable de la vida.

Palabras-clave: muerte; actitud frente a la muerte; enfermeras; Unidades de Terapia Intensiva.

## QUERO VIVER MUITOS ANOS:

(Rubem Alves, 2000, p. 25-29)

*“Sim, eu quero viver muitos anos mais. Mas não a qualquer preço. Quero viver enquanto estiver acesa, em mim, a capacidade de me comover diante da beleza.*

*Quero viver muito, mas o pensamento de morte não me dá medo. Me dá tristeza. Este mundo é tão bom.*

*Não quero ser expulso do campo no meio do jogo. Não quero morrer com fome. Há tantos queijos esperando ser comidos.*

*Quando o corpo não estiver mais com fome, quando só existirem o enfado e o cansaço, então quereirei morrer. Saberei que a vida se foi, a despeito dos sinais biológicos externos que parecem dizer o contrário.*

*De fato, não há razões para o medo. Porque só há duas possibilidades.*

*Nada existe depois da morte. Neste caso, eu serei simplesmente reconduzido ao lugar onde estive sempre, desde que o universo foi criado. Não me lembro de ter sentido qualquer ansiedade durante esta longa espera. Meu nascimento foi um surgir do nada. Se isso aconteceu uma vez, é possível que aconteçam outras. O milagre pode voltar a se repetir algum dia.*

*Se, ao contrário, a morte for a passagem para outro espaço, como afirmam as pessoas religiosas, também não há razões para temer. Deus é amor e, ao contrário do que reza a teologia cristã, ele não tem vinganças a realizar, mesmo que não acreditemos nele. E nem poderia ser de outra forma; eu jamais me vingaria dos meus filhos. Como poderia o “Pai Nosso” fazê-lo?*

*Mas eu tenho medo de morrer. Pode ser doloroso.*

*O que eu espero: não sentir dor. Para isso, há todas as maravilhosas drogas da ciência, as divinas morfina, dolantina e similares.*

*Quero também estar junto das coisas e das pessoas que me dão alegria.*

*Quero o meu cachorro – e se algum médico ou enfermeira alegar, em nome da ciência, que cachorros podem transmitir enfermidades, eu os mandarei para aquele lugar. Os que estão morrendo tornam-se invulneráveis. Eles estão além das*

*bactérias, infecções e contra-indicações.*

*Quero também ter a felicidade de poder conversar com meus amigos sobre a minha morte. Um dos grandes sofrimentos dos que estão morrendo é perceber que não há ninguém que os acompanhe até a beira do abismo. Eles falam sobre a morte e os outros logo desconversam, “Bobagem, você logo estará bom...” E eles então se calam, mergulham no silêncio e na solidão, para não incomodar os vivos. Só lhes resta caminhar sozinhos para o fim. Seria tão mais bonita uma conversa assim: “Ah, vamos sentir muito a sua falta. Pode ficar tranqüilo: cuidarei do seu jardim. As coisas que você amou, depois da sua partida, vão se transformar em sacramentos. Você estará sempre nelas...” Aí os dois se dariam as mãos e chorariam pela tristeza da partida e pela alegria de uma amizade assim tão sincera.*

*Alguns pensam que a vida é coisa biológica, o pulsar do coração, uma onda cerebral elétrica. Não sabem que, depois que a alegria se foi, o corpo é só um ataúde. E aí os teólogos e médicos, invocando a autoridade da natureza, dizem que a vida física deve ser preservada a todo o custo... Mas a vida humana não é coisa da natureza. Ela só existe enquanto houver a capacidade para sentir a beleza e a alegria.*

*E, assim, apoiados nessa doutrina cruel, submetem a torturas insuportáveis o corpo que deseja partir – cortam-no, perfuram-no, ligam-no a máquinas, enfiam-lhe tubos e fios para que as máquinas continuem a funcionar, mesmo diante de suas súplicas: “Por favor, deixem-me partir!”.*

*E é este o meu desejo final: que respeitem o meu corpo, quando disser: “Chegou a hora da despedida”.*

*Amarei muito aqueles que me deixarem ir. Como eu disse: amo a vida e desejo viver muitos anos mais... Mas só quero viver enquanto estiver acesa a chama da alegria”.*

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	12
1.1	Minha aproximação ao tema.....	12
2	<b>O ENCONTRO COM A LITERATURA.....</b>	15
2.1	A enfermagem e o ser-enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva.....	15
2.2	O processo de morte e morrer.....	24
3	<b>OBJETIVO.....</b>	30
4	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	31
4.1	A escolha da metodologia: uma aproximação à fenomenologia.....	31
4.2	Apresentando o local de estudo: O Hospital.....	33
4.2.1	<b>Histórico.....</b>	33
4.2.2	<b>Caracterização.....</b>	35
4.2.3	<b>Objetivos do Hospital.....</b>	35
4.3	Situando o mundo-do-estudo: A Unidade de Terapia Intensiva Adulto.....	36
4.4	Os colaboradores da pesquisa.....	37
4.5	Os procedimentos para a coleta e registro de dados.....	38
4.6	Os procedimentos éticos.....	40
4.7	Interpretação e análise dos dados.....	40
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO: COMPREENDENDO O FENÔMENO</b>	43
5.1	Caracterização dos sujeitos.....	43
5.2.1	<b>A obstinação terapêutica como um percalço no processo de morte e morrer.....</b>	43
5.2.2	<b>A difícil convivência com a equipe multiprofissional e o processo de morte e o morrer.....</b>	48
5.2.3	<b>A relação com a morte propriamente dita.....</b>	51
5.2.4	<b>A dinâmica do trabalho e suas implicações na morte e o morrer dos pacientes.....</b>	59
5.2.5	<b>O relacionamento com a família do paciente em processo de morte e morrer.....</b>	62
5.2.6	<b>O apelo por apoio para suportar o processo de morte e morrer.....</b>	67
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	70
7	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	74
8	<b>ANEXOS.....</b>	83
8.1	Comitê de ética.....	83
8.2	Termo de consentimento livre e esclarecido.....	84

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Minha aproximação ao tema

É inevitável na temporalidade de cada um de nós que nos deparemos com a morte. Neste encontro, iniciam-se os questionamentos sobre a natureza da vida e da morte, suas indagações e implicações (BOEMER, 1989, p. 25).

O interesse pela realização deste estudo advém do meu mundo-vida, da minha experiência profissional e do contato contínuo com o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Formei-me pela Universidade Estadual de Maringá, em 1995, e durante toda a graduação tive grande interesse e também muita curiosidade em conhecer uma UTI. Durante meus estágios curriculares, sempre indagava aos meus professores a respeito da possibilidade de estar, pelo menos, conhecendo uma UTI e também questionava o porquê de não realizar estágio nesta Unidade. O que respondiam é que, para atuar em UTI era necessário que o enfermeiro tivesse conhecimentos em nível de especialização por se tratar de uma Unidade complexa e de cuidados diferenciados.

Tive que aceitar, embora minha curiosidade e interesse continuassem latentes para adentrar no mundo da terapia intensiva. Essa impossibilidade de estar na UTI fez com que o meu interesse se exacerbasse. Pensava nas enfermeiras de UTI como sendo as mais capacitadas do hospital, aquelas que dominavam a técnica, a tecnologia, o conhecimento científico e que detinham o domínio da vida e da morte.

Trabalhei por alguns meses depois de formada na Secretaria do Estado de Saúde do Tocantins, e por forças do destino retornei a Maringá, onde prestei concurso para trabalhar no Hospital Universitário da UEM.

Em minha primeira reunião de trabalho, foram colocadas algumas opções para unidades onde havia vagas. Nesta época, foram admitidos comigo um número considerável de enfermeiros devido à implantação das UTI/Adulto e Neo-Natal. Tive então a grande chance de optar por trabalhar na UTI/Adulto.

Esta decisão me deixou sem dormir por alguns dias, porque além de nunca ter entrado em uma UTI, essa experiência me fascinava e ao mesmo tempo me amedrontava. Pensava no paradoxo da minha situação, quando acadêmica não pude entrar em uma UTI e como profissional me via sem experiência para tal responsabilidade. Confesso que foi um grande desafio para mim, romper com essas barreiras e assumir o meu posto de Enfermeira

Assistencial Intensivista.

Durante minha vida pessoal e acadêmica, nunca tinha entrado em contato direto com a morte e/ou morrer. Na graduação, foi tratado muito pouco sobre o assunto, tive algumas aulas sobre preparo do corpo pós-morte, mas nada que se relacionasse com os sentimentos envolvidos, a frustração, a impotência, os medos, e teoricamente como superá-los e tratar de maneira mais humana possível, com um máximo de preparo e um mínimo de traumas.

Pude perceber que o enfermeiro é o profissional que passa maior tempo ao lado do paciente e seus familiares, com isso, tem maiores possibilidades de vivenciar o processo saúde-doença, desde o diagnóstico até a recuperação ou óbito. Contudo, pude verificar também que o mesmo não tem preparo e nem formação para enfrentar o sofrimento que é observado durante o agravamento da doença e a aproximação da morte.

Costa (1998 apud ZORZO, 2004) afirma que o ensino, na área da saúde em geral, focaliza os aspectos biológicos do indivíduo e a relação saúde X doença é dirigida para o pólo da doença, procurando o restabelecimento da saúde, deixando em segundo plano o insucesso, ou seja, a morte.

Ao longo de minha trajetória profissional, pude me deparar com várias situações dolorosas no cotidiano de trabalho do hospital e essas situações constituíram-se em fontes de inquietação.

O enfermeiro é o primeiro profissional a lidar com a morte, a sentir a morte, uma vez que presta desde os mais simples aos mais complexos cuidados, principalmente quando o paciente se encontra em estágio final. Apesar de a morte fazer parte das rotinas, todos desejam sempre que aconteça em outros plantões que não os seus. O sofrimento das pessoas da equipe de enfermagem se mascara pelo cumprimento de rotinas, a morte é uma evidência do nosso limite, da nossa mortalidade, da nossa condição humana (RIBEIRO; BARALDI; SILVA, 1998).

Logo que iniciei meus trabalhos, na terapia intensiva, perdi dois pacientes no mesmo dia, quase que na mesma hora, e fiquei muito chocada com isso, porque ficava imaginando essa situação com meus familiares e comigo mesma. Assim como relata Boemer (1991), tal episódio fez gerar em mim um sentimento de culpa, de inaptidão, de falha como profissional de saúde em potencial.

Durante os anos de trabalho, pude perceber que, ou se habitua, ou opta-se por morrer um pouco a morte de cada um, sofrer um pouco a dor de cada um, chorar um pouco a perda de cada um, resignar-se um pouco com o sofrimento de cada um.

Comecei, então, a observar o comportamento de todos nós da enfermagem que

atuávamos na UTI e percebi claramente que toda a equipe se fechava, numa atitude de frieza, como forma de autoproteção ou defesa. Também notei que cada membro da equipe esboçava diferentes reações ao enfrentar o processo de morte e morrer dos pacientes, certamente porque cada um possui suas próprias representações sobre a morte. Geralmente, quando o quadro dos pacientes se agravava, a angústia era tão intensa que chegavam a desejar que o paciente “descansasse”.

Assim como afirma Kovács (2002, p. 09), “A morte como limite nos ajuda a crescer, mas a morte vivenciada como limite, também é dor, perda da função, das carnes, do afeto. É também solidão, tristeza, pobreza. [...] É uma visão que nos causa repulsa e terror”.

Gutierrez (2003) afirma que é muito difícil para alguns profissionais da equipe de enfermagem conviverem com profissionais de sua equipe, ou outros profissionais de saúde, que assumem atitudes tecnicistas, pois percebem, algumas vezes, que o sofrimento do paciente está insuportável, que se deve respeitar a sua autonomia, que a vida tem um limite e numa determinada hora a morte desafia o saber humano e vence.

Nesta unidade hospitalar, a morte é uma constante, seja ela originada de uma complicação aguda ou crônica. As vivências e convivências são únicas e singulares e isso me mostrou o quanto nós, enfermeiros, estamos fragilizados e despreparados para atuar com qualidade e harmonia junto aos pacientes que estão morrendo.

A partir daí surgiu a preocupação e a inquietação a respeito da saúde física e mental dos profissionais de enfermagem que atuam na terapia intensiva, por causa da grande carga de trabalho físico e o clima emocional que permeia este ambiente. Resolvi, então, fazer pós-graduação em Enfermagem do Trabalho em 2001, sempre com a seguinte inquietação: “Quem cuida do cuidador?”.

Sendo assim, é necessário considerar que a UTI não é uma realidade em si mesma, pré-dada, onde o enfermeiro insere somente para cumprir rotinas. Ela é constituída pelos sujeitos que ali atuam e, de algum modo, se vinculam, estando alicerçada em uma concepção de homem e mundo que pode e precisa ser questionada (URIZZI, 2005).

Esta caminhada direcionou o meu olhar para o mundo dos enfermeiros intensivistas e no intuito de desvelar as suas vivências frente à morte e o morrer é que realizo esta pesquisa.



## 2 O ENCONTRO COM A LITERATURA

### 2.1 A enfermagem e o ser-enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva

Imaginem o que ocorrerá na consciência humana quando a morte vier a ser considerada como um ato simples e consciente de renúncia ao mundo das formas. Um exercício de cunho evolutivo aparentemente difícil, mas possível de ser alcançado. Basta que renunciemos a tudo que impeça o florescer dessa nova concepção da vida e da morte (MACHADO; LEITE, 2004, p. 174).

Nas últimas décadas, o Brasil vem alcançando importantes avanços em sua situação de saúde. A queda da taxa de mortalidade infantil e a redução na mortalidade proporcional das doenças infecciosas, determinaram reflexos positivos no aumento da expectativa de vida. Todavia, novos agravos, como por exemplo, as doenças cerebrovasculares e as crônico-degenerativas, foram surgindo tornando-se foco de preocupação entre os profissionais da área da saúde (GAWRYSZEWSKI et al., 2004).

O processo rápido de envelhecimento da população brasileira vem sendo enfatizado, principalmente no que se refere a suas implicações sociais e em termos de saúde pública. Ramos et al. (1987) citam que as características principais desse processo de envelhecimento experimentado pelos países do Terceiro Mundo são de um lado o fato de o envelhecimento populacional estar acontecendo sem que tenha havido uma real melhoria das condições de vida de uma grande parcela dessas populações, e de outro lado, a rapidez com que está ocorrendo aumento no número de idosos.

Este aumento no número de idosos, na população, não se deve somente à redução por doenças ditas evitáveis, mas também às novas tecnologias e avanços nas áreas biomédicas.

O incremento tecnológico que teve início, após a Segunda Guerra Mundial, em todas as áreas do conhecimento e, em particular, na área de saúde, representa um avanço para assistência ao cliente. A tentativa de aperfeiçoar tais recursos e a necessidade de restaurar a saúde e manter a vida fez surgir as unidades especializadas, entre as quais, as Unidades de Terapia Intensiva. Estas centralizam recursos de apoio às atividades assistenciais no âmbito hospitalar, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, alterando o processo diagnóstico-terapêutico (MADUREIRA et al., 2000).

As UTI's surgiram, a partir da necessidade de aperfeiçoamento material e humano, para atender a pacientes críticos e são consideradas como um dos ambientes mais agressivos e tensos do hospital. Estes fatores não atingem apenas o paciente, mas principalmente a equipe

de enfermagem que presta cuidados intensivos nas 24 horas. Ali a morte é uma constante, os sentidos precisam estar aguçados e alertas para qualquer intercorrência, o sono é privado, os ruídos são excessivos, há invasão de privacidade por causa do grande fluxo de profissionais, há quase exclusão dos familiares e pouca comunicação. E, ainda, há cabos e fios intermináveis, monitores e seus sonoros “bips”.

Na década de 60, houve rápido crescimento de unidades de cuidados intensivos em hospitais gerais e, junto a este crescimento, veio o desenvolvimento de tecnologias e o aumento da disponibilidade de aparelhos para medir, monitorar e regular os sistemas orgânicos, o que tornou os cuidados intensivos potencialmente mais amedrontadores, mais solitários, confusos e desumanizantes. O paciente internado, em uma UTI, necessita de cuidados de excelência dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para questões psicossociais, ambientais e familiares, que se tornam intimamente interligadas à doença física (HUDACK; GALLO, 1997).

A UTI é uma unidade hospitalar destinada ao atendimento de doentes graves e recuperáveis, com assistência médica e de enfermagem integral e especializada, é dotada de recursos técnicos capazes de manter a sobrevivência do paciente, exigindo de seus profissionais paciência e conhecimento devido ao alto grau de complexidade de seus pacientes. No entanto, mesmo a UTI sendo considerada uma unidade hospitalar destinada a atender pacientes graves, porém recuperáveis, sabe-se que muitos pacientes encontram-se em estágio terminal de suas vidas, internados em uma unidade de alta complexidade, onde se tenta derrotar a morte iminente buscando desenfreadamente prolongar a vida.

Segundo Carvalho (1998), o adoecer e o morrer são algumas das inúmeras possibilidades que tem a vida e que, por sua indeterminação, podem ocorrer a qualquer momento. O homem tem consciência do-seu-existir e da sua finitude. Ele é um horizonte de possibilidades e o tempo é constitutivo do seu existir. Sua vida é orientada para o futuro, mas o passado também faz parte do existir presente. Essas possibilidades, inerentes ao viver, sofrem um impacto e se desestruturam frente a ameaças como dor, medo e sofrimento.

A observação tem mostrado que a realidade vivenciada pela equipe multiprofissional que atua em terapia intensiva é permeada por emoções e sentimentos variados e, ainda, que a rotina exige uma excelente capacitação técnico-científica e preparo profissional para lidar com a perda, com a dor e com o sofrimento.

No cotidiano de trabalho, em UTI, convive-se com as angústias vivenciadas pelos pacientes e familiares em virtude da complexidade do estado de saúde daqueles. Entre os profissionais de saúde, os enfermeiros são os que mais vivem essa situação, já que lidam

diretamente com tais pacientes.

O ser humano é dotado, em sua essência, de sentimentos e emoções, o que o torna sensível ao sofrimento alheio. O ser-enfermeiro sente-se ainda mais desafiado, porque é ele que tem o papel de cuidar da pessoa que está doente.

O trabalhador hospitalar enfrenta sentimentos e ansiedades profundos e intensos na sua rotina de trabalho que se prende fundamentalmente em assumir os cuidados às pessoas doentes. Esta responsabilidade recai em maior intensidade sobre o serviço de enfermagem que deve prover cuidados contínuos aos pacientes 24 horas do dia, até o desfecho esperado, um amplo leque de possibilidades que vai da cura à morte (PITTA, 1999).

Segundo Waldow (1998), o cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda no sentido de promover o bem. Neste sentido, os profissionais de saúde que visam o bem-estar do paciente, a sua integridade moral e a sua dignidade como pessoa, devem possuir intencionalidade no ato de cuidar.

Benincá (2002, p. 11) relata que:

[...] diante dos estados emergências e da iminência de morte, trabalha-se muito para que o processo mórbido seja interrompido e volte a vigorar o equilíbrio orgânico. A equipe é especializada; as técnicas médicas são sofisticadas, com ritmo de trabalho extremamente intensos, e os fluxos de ação são rápidos, semelhantes a estratégias militares. Como resultado, a UTI tem demonstrado eficiência na sua proposta de tratamento intensivo, revelando boas perspectivas diante de um quadro, muitas vezes, irreversível. Mas, se a morte é inevitável, e isso na UTI é uma realidade rotineira, tende a provocar conseqüências importantes em termos físicos e emocionais em toda a equipe.

Mesmo que a morte ou o morrer façam parte da evolução humana, é muito difícil lidar com estes pacientes sem envolver-se com seus sofrimentos. Em alguns momentos, o enfermeiro tende a associar a morte do paciente com seu próprio fracasso, exercendo desta forma uma postura de distanciar-se deste paciente para defender a si próprio.

Os profissionais de saúde são aqueles que têm a incumbência de zelar pelo cuidado da saúde. No contato muito próximo com situações que revelam a possibilidade da morte, esses profissionais se vêem frente à expectativa de que sua função é curar e restabelecer a saúde de todos os que os procuram, perdendo de vista que a morte é inerente à condição humana. Há situações em que, a despeito de todo o esforço da equipe de saúde, o paciente morre, e isso passa a ser vivenciado como frustração intensa por parte dos profissionais que sentem que não foram capazes de salvar a vida que lhes foi confiada (SOUZA; BOEMER, 2005). Para a equipe de saúde, o seu sucesso está irremediavelmente associado às ações que impeçam que a

morte ocorra (BOEMER, 1989; 1991).

Waldow (2004, p. 13) refere:

[...] que a dificuldade encontrada entre os profissionais de enfermagem de encarar a morte significa uma sensação de frustração de, ao cuidar, não resultar em cura. Esta, contudo, não é a missão da enfermagem. A cura, evidentemente, é almejada, mas nem sempre possível, e quando não alcançada, mais ainda deveriam importar as ações de cuidar, o seu processo e a presença do profissional como ser humano competente e sensível. Não significa que o cuidado não contemple a cura, o que é necessário salientar é que não é sua prioridade.

A participação dos enfermeiros, no processo de morte e morrer dos pacientes, afeta-os diretamente e esta vivência desperta os mais diversos sentimentos. A sensação de impotência surge como decorrência da educação mecanicista recebida. A tentativa frustrada de manutenção da vida, por meio da utilização de recursos tecnológicos, acaba provocando estresse, em razão da responsabilidade assumida perante a sociedade (FERNANDES et al., 2006; BENINCÁ, 2002; HOPKINSON; HALLETT; LUKER, 2005).

Muitos profissionais de saúde apresentam dificuldades em se relacionar com pacientes com prognóstico de morte e isso se deve, em parte, às características apresentadas pelo paciente nessa fase e, principalmente, à dificuldade interna que sentem em lidar com o problema. Neste sentido, o profissional de enfermagem, em contato com esses diversos sentimentos vividos pelos pacientes e familiares pela aproximação da morte, está diante do conflito de como se posicionar frente ao sofrimento e à dor, que nem sempre pode aliviar, tendo também de elaborar perdas de pacientes, principalmente, daqueles com quem estabeleceu vínculos mais intensos (KOVÁCS, 2003 apud BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006). Já, os profissionais de enfermagem relatam que a proximidade da morte de um paciente, ao qual dedicou horas de trabalho, pode despertar sentimentos como impotência e culpa. Neste sentido, a morte do doente pode trazer certo alívio, mas, também, incitar sentimentos de culpa, pois a pessoa acredita que não tratou o outro da melhor forma possível e com isso não evitou a sua morte (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

Para Trincaus (2005), até que se consiga aceitar a finitude da vida de forma natural, não sofrível, muito ainda precisa ser discutido e refletido. Vivemos em uma sociedade que acredita fielmente que a medicina cura. Que o dever do profissional de saúde é curar; se isso não ocorre, é porque ele não desempenha bem sua função. Já, Palú; Labronici; Albin (2004) apontam que cuidar do ser humano que está morrendo nos faz refletir sobre a fragilidade da vida, e muitas vezes, coloca aquele que cuida frente às suas impotências.

Considerando que a enfermagem se responsabiliza pelo cuidado de forma holística, entende-se que, para concretizar tais ações, o enfermeiro necessita estar preparado também para enfrentar os sentimentos gerados pelo sofrimento do paciente. Na UTI, a equipe multiprofissional convive com outros fatores desencadeadores de estresse, tais como: a dificuldade de aceitação da morte, a escassez de recursos materiais (leitos e equipamentos) e de recursos humanos e a tomada de decisões conflitantes relacionadas com a seleção dos pacientes que serão atendidos. Esses são alguns dos dilemas éticos e profissionais vivenciados cotidianamente pela equipe que atua em terapia intensiva. Essas situações criam tensão entre os profissionais e, em geral, influenciam, negativamente, a qualidade da assistência prestada aos clientes. Aliados às questões de baixa estima profissional dos enfermeiros, a profissão é vista como periférica a outras ciências, secundária socialmente, o que pode trazer sofrimento e desmotivação pessoal, elevando o nível de estresse e tornando-os mais vulneráveis à doença e aos problemas comportamentais (BETINELLI, 2002).

Além disso, supõe-se que o enfermeiro de UTI assuma não apenas a dimensão idealizada do cuidar direto a pacientes críticos (LINO; SILVA, 2001), mas também, a responsabilidade pelo trabalho executado por técnicos e auxiliares de enfermagem, além da organização do trabalho coletivo, do gerenciamento da unidade e da própria assistência de enfermagem. Ao ser legalmente responsabilizado pela segurança dos pacientes, mesmo quando estes são diretamente assistidos por outros elementos da equipe de enfermagem, os enfermeiros vivenciam insegurança, estresse e angústia pela incorporação dessas responsabilidades, gerando níveis elevados de exigências em relação às suas próprias atitudes e comportamentos (SHIMIZU, 1996).

Valle (1997 apud TACSI, 2003) assinala que os profissionais da equipe para não se envolverem, em situações emocionais difíceis, se impermeabilizam emocionalmente, mostrando insensibilidade aos seus pacientes; dispensam cuidados impessoais aos pacientes e suas famílias, centrando-se em tarefas e rotinas mecânicas para conseguirem afastamento psicológico de algo que pode levá-los a se depararem com sua própria fragilidade.

O trabalho em saúde é vivido com prazer e angústia. Prazer referente à valorização social que esse cuidado tem em nossa cultura ocidental e angústia, por trazer ao profissional o inevitável contato com sua impotência frente à morte, o que pode ser fonte de estresse e sofrimento psíquico para esses trabalhadores (PITTA, 1999).

O impacto do conteúdo do trabalho e do ambiente ocupacional sobre o bem-estar físico e psíquico do trabalhador tornou-se tópico de crescente discussão e de pesquisas nas últimas décadas. Não é possível descrever de forma totalmente segura o impacto das fontes de

pressão do trabalho sobre todas as pessoas, uma vez que a questão está vinculada a fatores pessoais, ou seja, à capacidade e à habilidade do próprio indivíduo em interagir com as pressões de seu meio (LADEIRA, 1996).

Segundo Dejours (1994), o trabalho pode trazer satisfação para o trabalhador, assim como pode trazer muito sofrimento capaz de ser evidenciado por um perfil de morbidade tal, que pode levar o trabalhador à total imobilidade frente à vida e ao trabalho.

Os trabalhadores de enfermagem estão expostos a fatores de riscos ocupacionais que podem causar danos à saúde, ainda mais devido aos baixos salários, que os leva a necessitar de mais de um emprego, fazendo com que permaneçam por muito tempo de suas vidas no ambiente hospitalar (BULHÕES, 1998).

Na enfermagem, vive-se uma realidade de trabalho cansativo e com muito desgaste por causa da convivência com a dor e sofrimento dos clientes. Se o enfermeiro não souber equilibrar bem essa situação, utilizando-se de mecanismos de transferência, pode ser acometido por um estado de ansiedade, que quando excede o nível mínimo leva à diminuição da capacidade de tomar decisões, incorrendo em erros adicionais, gerando um círculo vicioso e conseqüentes níveis progressivos de estresse. A diversidade de atividades executadas, as interrupções freqüentes, os imprevistos, o contato direto com o sofrimento e morte são fatores agravantes que, na maioria das vezes, podem conduzir ao desgaste mental (MIRANDA, 1998 apud MARTINO; MISKO, 2004).

Já, Ortiz e Patino (1991) relatam os riscos psíquicos aos quais os trabalhadores de enfermagem estão expostos: frustração e insatisfação, cefaléias, irritabilidade, ansiedade de alto grau, reações psicossomáticas, transtornos digestivos e cardiovasculares e agressividade. Em algumas situações, em que não é possível solucionar os problemas do paciente por causa das condições do mesmo ou por falta de recursos, podem desenvolver sentimentos de decepção, frustração e agressividade para consigo mesmos, com os pacientes e colegas de equipe.

Em virtude da constante expectativa de situações de emergência, da alta complexidade tecnológica e da concentração de pacientes graves sujeitos a mudanças súbitas no estado geral, o ambiente de trabalho, na UTI, caracteriza-se como estressante e gerador de uma atmosfera emocionalmente comprometida, tanto para os profissionais como para os pacientes e seus familiares.

Shimizu; Ciampone (1999, p. 96-98) apontam que:

O serviço de enfermagem sofre o impacto total, de modo imediato e concentrado, das tensões que advêm do cuidado direto dos doentes. Isto ocorre pelo fato de a equipe de enfermagem estar permanentemente em contato com as pessoas que estão fisicamente doentes ou lesadas, compreendendo que o restabelecimento dos pacientes não é certo e nem sempre será completo.

As mesmas autoras citam também que as enfermeiras evidenciam que a instabilidade do quadro clínico dos pacientes é um dos fatores geradores de grande tensão, pois impõe um ritmo de trabalho desordenado, uma vez que a qualquer momento pode ocorrer uma intercorrência. No atendimento a estas intercorrências, as enfermeiras são responsáveis pela organização de toda a infra-estrutura, recursos materiais, equipamentos e recursos humanos treinados para prestar o atendimento. Além disso, a atuação, nestes atendimentos, exige grande controle emocional que inclui ser continente às tensões da equipe médica e de enfermagem. Como conseqüência, essas trabalhadoras, para evitarem a perda de controle, os sentimentos de culpa e a punição, tornam-se vigilantes de si mesmas, controladoras atentas às conseqüências de seus atos e experimentam, inconscientemente, o temor pelas conseqüências de uma atitude desatenta. A rotina de trabalho, para grande parte dos profissionais, se mostra insatisfatória e até frustrante, ocorrendo uma lacuna em relação aos papéis mal definidos entre a equipe de enfermagem, deixando a desejar as potencialidades de cada profissional. O que se vê, especificamente na realidade, é que a enfermagem não cuida, mas presta ações e procedimentos, tendo sua prática centrada em tarefas, afastando-se do paciente para desempenhar funções administrativas, delegando o ato de cuidar a outros membros da equipe.

Acrescentam-se a todos estes fatores, “as freqüentes queixas das enfermeiras quanto a sua não-valorização pelos pacientes, familiares, equipe multidisciplinar e, freqüentemente, pelos dirigentes das instituições, traduzidas nas condições concretas de trabalho oferecidas a este grupo profissional em geral” (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999, p. 97).

No contexto hospitalar, não há autonomia para as enfermeiras, elas são conscientes de sua impotência perante a equipe quando está em discussão uma situação de limite de vida e morte de um doente. Perceber essa impotência e ter que administrar terapêuticas prescritas pelos médicos gera sofrimento para as enfermeiras (POPIM, 2001).

Neste aspecto, Machado; Leite (2004) relatam que apesar de o enfermeiro estar mais próximo do paciente, atendendo suas necessidades, fica impedido de tomar decisões quanto às condutas de tratamento por estar “subordinado” ao médico, mesmo que ele tenha opiniões diferentes a respeito da terapêutica adotada.

No cotidiano de trabalho em UTI, os profissionais de enfermagem convivem com as

angústias vivenciadas pelos pacientes, seus familiares e amigos. Vivenciam também angústias intensas, principalmente por causa da complexidade do estado dos pacientes, à tensão da possibilidade de morte iminente, à realização de grande número de procedimentos complexos, ao ritmo intenso de trabalho e à responsabilidade de realizar todas as atividades com iniciativa, rapidez e livre de qualquer erro, pois, uma falha pode resultar na morte do paciente (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999).

Benincá (2002, p. 55) afirma que:

[...] a sensação de desconforto, angústia e frustração vivenciada pelos enfermeiros é resultado da significativa pressão vivida pelo profissional que trabalha em UTI, especialmente em cargos de chefia. Além de ter de lidar com uma estafante rotina de procedimentos técnicos, de pressão psicológica dos pacientes e dos próprios sentimentos e reações, o enfermeiro também administra questões políticas do hospital, as quais, muito além de um jogo de poder, envolvem a decisão sobre quem vai ter a chance de viver ou morrer.

Para Tesck (1982 apud CORRÊA, 1995), os fatores de estresse a que estão submetidos os enfermeiros que trabalham em UTI'S são categorizados em três grupos – ambiente, equipe e relação enfermeiro-paciente-família. Os estressores que mais severamente afetam os enfermeiros localizam-se no terceiro grupo (relação enfermeiro-paciente-família), sendo mencionados a morte de jovens, a ansiedade da família, a expectativa de morte, a grande responsabilidade que recai sobre os enfermeiros, o sofrimento do paciente, a comunicação de morte e a insegurança no trabalho.

Durante a última década, muito se tem falado sobre a humanização nas UTI's e a prova disto é que estas vêm recebendo destaque como tema central em muitos congressos médicos. Isso representa um bom sinal de mudança na assistência predominantemente tecnicista que vê o paciente como uma doença, para uma abordagem mais humana, vendo-o como pessoa. O Programa Nacional de Humanização Hospitalar do Ministério da Saúde define que humanizar é resgatar a importância dos aspectos subjetivos e sociais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde, respeitando o outro como ser humano autônomo e digno. É assumir uma postura ética que respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e o imprevisível, que aceite os limites de cada situação (BRASIL, 1999).

Carvalho; Valle (2002, p. 844) relatam que:



[...] com o vigoroso avanço científico dos últimos tempos, a enfermagem sofreu profundas modificações, que se caracterizaram principalmente pela fragmentação, pela compartimentalização do objeto de seu cuidado. Como consequência lógica e, poderíamos dizer, inevitáveis, dessa fragmentação, surgiram e se impuseram de forma efetiva as regras, rotinas, normas e regulamentos, que acabaram por massificar o cuidado de enfermagem. Mais do que isso, esse cuidado se tornou de tal modo impessoal que se referia mais à doença que ao homem, perdendo a visão do todo humano.

Pesados investimentos têm sido aplicados, nas últimas décadas, em tecnologias para intervenções na área da saúde na tentativa de melhorar as condições de vida humana, trazendo a cura e/ou a reabilitação para um número cada vez maior de enfermidades. No entanto, apesar de trazer conforto e bem-estar ao homem moderno, percebe-se que tais inovações também podem estar favorecendo um contato profissional-paciente cada vez mais desumano, desprovido de vínculos (SOUZA; BOEMER, 2005).

Apesar de todo esforço que a enfermagem possa realizar no sentido de humanizar a assistência ao paciente, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante, poderoso e opressor. A própria dinâmica do trabalho diário não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa melhorar e se orientar (VILA; ROSSI, 2002).

Para Cheida; Christófolli (1984), parte dos enfermeiros está despreparada em relação à morte e o morrer. Com isso, têm dificuldade de conversar com o paciente sobre seus problemas e, mais comumente, encontram-se tristes, deprimidos, compadecidos, tomados de sentimentos de impotência. Os sentimentos gerados diante do confronto com a própria mortalidade e limitações podem variar entre culpa, depressão, tristeza, ansiedade. Como resultado desta problemática pode surgir o atendimento frio e impessoal, a fuga às perguntas do paciente e aos seus pedidos de empatia, o poder de decidir sobre o que falar e quais informações fornecer para não afetar o equilíbrio do meio hospitalar.

Percebe-se que, atualmente, já não se morre mais em casa, em meio a entes queridos; há uma despersonalização da morte. Segundo Thomas; Carvalho (1999), a morte passou a ser escondida nos hospitais e os doentes não têm domínio nas decisões tomadas acerca de sua condição de vida. Portanto, é de suma importância que a equipe de enfermagem saiba prestar assistência individualizada ao paciente em estágio terminal.

Embora a morte faça parte da vida e seja exatamente esta perspectiva que vai dar um significado e ressignifique a própria vida, falar sobre o tema morte sempre assustou o ser humano, mesmo em se tratando dos profissionais de saúde, cômicos da impotência humana e da própria morte (CARVALHO, 2003).

É necessário compreender que, a formação dos enfermeiros, como parte integrante na equipe de saúde, deve-se dar no sentido de estarem preparados para entender a morte não como algo contrário à promoção e preservação da vida, mas como parte intrínseca deste contexto.

Bellato; Carvalho (2005) apontam que resgatar o humano dentro do processo de morte e do morrer, embora essencial à perspectiva do cuidado à pessoa e não apenas ao corpo biológico, não se apresenta como tarefa fácil, visto que nossa humanidade de profissionais da saúde e, portanto, da vida, se ressentem desse enfrentamento, temendo olhar-se no espelho da própria finitude.

Carvalho (2003, p. 99) cita que:

O mundo que nos rodeia não nos ensina a aceitar o morrer. Tudo é feito para esconder a morte, para incitar-nos a viver sem pensar nela, seguindo, em termos de um projeto, como se estivéssemos voltados para objetivos eternos a serem alcançados e apoiados em valores de efetividade. Tampouco nos ensina a viver e/ou aceitar a vida tal como ela é.

A simples convivência diária com a morte não isenta os profissionais de expressão de sentimentos ruins. Pelo contrário, é necessário que tenham melhor compreensão sobre este fato, para que possam sofrer menos, controlar as emoções e melhor ajudar os pacientes e seus familiares.

## 2.2 O processo de morte e morrer

Só podemos viver intensamente e apreciar realmente a vida se nos conscientizarmos de que somos finitos, contingentes, vulneráveis, mortais. À medida que nos conscientizamos de nossa condição de mortais percebemos, mais e mais, que não temos o direito de desperdiçar o pouco tempo que dispõe a nossa existência; que cada instante é irrecuperável e que, por isso mesmo, deve ser aproveitado o mais plenamente possível (MARANHÃO, 1996, p. 64).

Ao buscar a definição das palavras morte e morrer, no dicionário, encontrei uma variada quantidade de sinônimos. A palavra morrer vem do latim *morere* por *mori*, com algumas significações: deixar de viver, falecer, finar-se, expirar, extinguir-se, acabar, cessar. No figurativo: perder o vigor, cair no esquecimento. Sinônimos de *gíria*: abotoar o paletó, bater as botas, comer capim pela raiz, vestir o paletó de madeira. A palavra morte vem do latim *morte* e significa: ato de morrer, fim da vida, termo de existência, acabamento, grande

dor, pesar profundo (BUENO, 1996; FERREIRA, 1975).

Segundo Morin (1970 apud PORTO, 2005), é nas atitudes e crenças diante da morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental. A sociedade funciona apesar da morte, contra ela, mas só existe, enquanto organizada pela morte, com a morte e na morte. Para a espécie humana, a morte está presente durante a vida toda e se faz acompanhar de ritos; ela faz parte do cotidiano, é concreta e fundamental, mesmo assim, a crença na imortalidade sempre acompanhou o ser humano.

A morte enquanto final da existência humana é antecedida por diversas “formas de morte” que fazem parte do próprio desenvolvimento humano, como o próprio nascimento, que é a primeira morte no sentido da primeira perda, da primeira ruptura, da primeira separação, caracterizada pelo rompimento do cordão umbilical, é o fim da simbiose do feto com o útero materno e de repente ocorre a substituição deste pelo meio externo. Depois a descoberta de si em detrimento do outro, quando ocorre o fim da simbiose mãe/bebê. Outro momento é a perda do corpo infantil e dos pais da infância durante o período da adolescência, culminando com a perda da juventude na terceira idade (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

D’Assumpção (1993) se refere à morte e ao morrer afirmando serem estes fenômenos diferentes, pois a morte é o final da vida material, e o morrer, o ato por meio do qual ocorre a morte. Comenta o autor também que o morrer está ligado basicamente ao instinto de sobrevivência, pois as sensações dolorosas que podem acompanhar tal acontecimento fazem com que este processo se torne muito temido.

A morte é um fato natural, assim como o nascimento, a sexualidade, o riso, a fome ou a sede. Diante dela, todos os homens se igualam: sua foice é desferida indiscriminadamente, sem levar em consideração o status daqueles a quem escolhe; todos devem morrer, jovens e velhos, ateus e crentes, homens e mulheres, brancos e negros, ricos ou pobres. Relativizando todas as condições sociais, a morte nos mostra a absoluta igualdade entre os seres humanos, nivelando-os ao mesmo destino (MARANHÃO, 1996).

A morte não é só um fato biológico, mas abarca a dimensão social. Cada cultura e cada sociedade, na sua evolução histórica, exprimem formas diferentes de vida que traduzem e espelham as concepções hegemônicas de morte (SANTOS, 1993).

Segundo o historiador francês Philippe Ariès (2003), no período da idade média, a morte era domada pelas pessoas, vista com pouca dramaticidade, fazia parte do cotidiano familiar. As pessoas solicitavam em suas preces a Deus uma morte calma, que ocorresse perto da família e em casa. O quarto do moribundo transformava-se em lugar público, onde os

amigos, parentes e vizinhos podiam entrar livremente. O temido era a morte súbita, considerada como um castigo de Deus, privando as pessoas de se prepararem para o momento final.

Ariès (1977 apud BELLATO; CARVALHO, 2005) relata que morria-se sempre em público, pois nunca se estava só fisicamente no momento da morte. Elas construía sistemas de defesa contra a angústia da morte, embasados em ritos e crenças que buscavam dar ao ser humano ilusão de perenidade e, por não se apoiarem na individualização e sim na participação da pessoa no seio do grupo, não concebiam a morte como ausência ou separação irreparáveis.

O século VII foi a época em que os mortos passaram a ser enterrados ao redor e dentro das basílicas; os locais para o sepultamento eram determinados pela condição socioeconômica do morto: quanto mais rico mais próximo do altar ele era enterrado. O padre passou a ocupar a cena principal, e não mais o morto. Após o último suspiro, o morto não pertence mais aos seus pares ou companheiros, nem à família, mas à Igreja (ARIÈS, 1977 apud BELLATO; CARVALHO, 2005).

No século XV e XVI, o homem começou a acreditar na vida após a morte, valorizando os bens materiais e os sentimentos egocêntricos, começou a desejar o adiamento da morte para poder desfrutar o que a vida lhe proporcionava. Nesta época, o corpo é escondido em caixões de madeira e a figura do morto é estampada na tampa do mesmo. Começam a esconder e a individualizar a morte (ARIÈS, 2003).

Nos séculos XVII e XVIII, os políticos preocupados com a saúde pública determinaram a transferência dos cemitérios para locais distantes dos centros urbanos. Os enterros tornaram-se simples e o luto perdeu sua originalidade e tornou-se impessoal (ARIÈS, 2003).

O homem começou a ter medo da morte. Surgiu a presença marcante do médico que diagnosticava a pessoa enferma na tentativa de curá-la, porém, quando isso não era possível escondia-se dela a proximidade de sua morte. O moribundo era impedido de realizar o seu ritual de despedida e sua família rejeitava a possibilidade de se afastar do ente (ARIÈS, 2003).

A partir do século XVIII, o homem tende a dar à morte um novo sentido. Exalta-a, dramatiza-a, deseja-a impressionante e arrebatadora. A morte é cada vez mais considerada como uma transgressão que arrebatava o homem de sua vida cotidiana, de seu trabalho, de sua sociedade, para submetê-lo a um paroxismo e lançá-lo em um mundo irracional e cruel. A morte é uma ruptura.

Do início do século XX até os dias atuais, a morte deixou de fazer parte do cotidiano das pessoas e passou a ser um fenômeno oculto, interdito, vergonhoso e indesejável.

A morte, tão presente no passado, tão familiar, vai se apagar e desaparecer, tornando-se vergonhosa e, por isso, objeto de interdição. Com isso, a nova imagem da morte vai se formando: a morte feia e escondida (ARIÈS, 1977 apud BELLATO; CARVALHO, 2005).

Kovács (1992) relata que, no século XX, a maioria das pessoas não vê os parentes morrerem. O hospital esconde a repugnância e os aspectos sórdidos ligados à doença. Há uma supressão do luto, escondendo-se a manifestação ou até mesmo a vivência da dor. Há uma exigência de controle, pois a sociedade não suporta enfrentar os sinais da morte.

Segundo esta mesma autora, atualmente, o tempo da morte se modifica prolongando-se indefinidamente. A morte foi dividida em cerebral, biológica e celular e o momento da morte é muitas vezes um acordo feito entre a família e o médico.

Estas transformações que ocorreram, em torno do processo de morte e morrer, segundo Ariès (2003), foram influenciadas pelo sistema econômico capitalista que visava individualizar e materializar as pessoas, pela disputa, pelo enriquecimento e pela preservação da vida. Era necessário estar saudável para produzir e a morte tornara-se um incômodo, pois interrompia o ritmo acelerado das produções. Antigamente, a morte era uma figura familiar, e os moralistas deviam torná-la horrenda para amedrontar as pessoas. Hoje, basta apenas enunciá-la para provocar uma tensão emocional incompatível com a regularidade da vida cotidiana.

A morte passou de algo esperado e cultuado a um fenômeno indesejável, devendo ser escondida. O seu enfrentamento com o passar dos anos modificou-se, deixando de ser um cerimonial cultuado entre familiares e amigos, para ser vivenciado ao lado de estranhos (MACEDO, 1994).

Assim, tanto a repulsa pela morte como os conhecimentos adquiridos para o seu adiamento indefinido por parte da medicina, legitimaram a passagem do quarto do moribundo da sua casa para o hospital. Esse passou a ser o templo da morte solitária; chega ao fim a morte solene, morre-se no hospital, símbolo da extraterritorialidade da morte (BELLATO; CARVALHO, 2005)

Ariès (2003, p. 292) afirma que:

A atitude diante da morte foi mudada não só pela alienação do moribundo, como também pela variabilidade da duração da morte; esta já não tem a bela regularidade de outrora, as poucas horas que separavam os primeiros avisos do último adeus. Os progressos da Medicina não param de prolongá-la. Dentro de certos limites pode-se, aliás, abreviá-la ou estendê-la; isso depende da vontade do médico, do equipamento do hospital, da riqueza da família ou do estado.

Este progresso da medicina possibilitou ao homem o controle cada vez mais poderoso diante dos fenômenos da “vida e da morte”, ele passou a controlar cada vez mais todo o dispositivo orgânico do indivíduo, todo o processo da doença e controla, em parte, o fenômeno da morte, podendo prorrogar a vida e “tentar impedir” a morte, ou seja, retardá-la (PORTO, 2005).

A morte passou a ser um tabu e um fracasso para o profissional de saúde (MELO, 1999). Saiu do domicílio rodeado de familiares, chegando aos hospitais, acabando-se os rituais de despedidas no leito.

A morte é agora institucionalizada e medicalizada. Encontra-se, nos hospitais, aparelhos de alta tecnologia que são utilizados para manter o organismo do paciente em funcionamento e profissionais treinados para manipulá-los, porém sem preparo para atender às reais necessidades do paciente e sua família (MARANHÃO, 1996).

A morte recuou e deixou a casa pelo hospital; está ausente do mundo familiar de cada dia. O homem de hoje não a vê com muita frequência. A morte não chega na hora prevista sem comprometer a dignidade do indivíduo, “pobre coisa espetada por tubos”, sem ferir a sensibilidade da família, esgotada pela espera, e, finalmente, sem desmoralizar enfermeiros e médicos. O paciente é apenas um objeto privado de vontades e consciência (ARIÈS, 2003).

Ariès (2003, p. 85) relata:

[...] morre-se no hospital porque este se tornou o local onde se presta os cuidados que já não se pode prestar em casa. [...] morre-se no hospital porque os médicos não conseguiram curar. Vamos ao hospital não mais para sermos curados, mas precisamente para morrer.

No dizer de Carvalho (2003), a relação entre o profissional de saúde e o paciente, no estágio do processo do morrer, apresenta problemas específicos que se revestem de grande importância na ação do curar e do cuidar. A doença é a experiência da fragilidade que provoca, na situação da finitude, a consciência aguda da mortalidade. É uma situação complexa porque ultrapassa o limite simplesmente biológico da intervenção médica e de enfermagem, configurando-se na relação dos profissionais de saúde com o paciente numa relação mais profunda e delicada do que a relação puramente terapêutica.

Silva (2001) ressalta que a enfermagem precisa pensar sobre o que é importante quando se cuida, se somente o desenvolvimento de técnicas e o ministrar tratamento são importantes, ou se há de considerar que ajudar a pessoa a resguardar sua dignidade é diferencial altamente significativo no ato de assistir o paciente no processo de morrer.

Diante desta realidade nos hospitais, temos alguns questionamentos sobre a assistência oferecida aos pacientes em iminência de morte, já que os profissionais são treinados e preparados para tratar e curar.

Segundo Poles; Bousso (2006), a possibilidade de morte está presente em todo momento da vida e essa consciência exerce poder transformador na relação que se estabelece com o viver. Conforme se aceitam os limites da capacidade de controlar o incontável e elaborar as perdas pessoais não-resolvidas, pode-se trabalhar de modo mais sensível com os dilemas das famílias que estão sob os cuidados dos profissionais enfermeiros.

Kovács (1992) ressalta que trabalhar com o sofrimento ou a perda de significado da existência dos pacientes pode despertar, nos profissionais, as mesmas vivências, ferindo o seu narcisismo e sua onipotência, colocando-o diante do incompleto e do não-terminado. Já os profissionais de enfermagem têm limitado conhecimento para trabalhar com a terminalidade e morte, com uma formação voltada a ações técnicas e práticas, com pouco embasamento teórico sobre as necessidades reais do paciente e da família que estão no processo de morte e morrer.

### **3 OBJETIVO**

O objetivo deste estudo foi compreender como os enfermeiros que trabalham em UTI/Adulto de um Hospital Escola vivenciam o processo de morte e morrer dos pacientes.



## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 4.1 A escolha da metodologia: uma aproximação à fenomenologia

O homem não escolhe a família onde nasce, não escolhe a cultura da qual participa, nem escolhe as várias situações nas quais foi posto, ou onde foi lançado. Nesses limites criados pela circunstancialidade, porém, o homem tem a possibilidade, a capacidade e a aptidão para escolher. Ser humano é estar em contínua situação de escolha, de correr riscos nessa escolha, de assumir compromissos e de sofrer as conseqüências das decisões tomadas. Sem riscos não há opções significativas para o ser e sem elas não há liberdade (MARTINS; BICUDO, 2006, p. 53).

Tendo como objetivo a compreensão da morte e do morrer, por meio da vivência/experiência dos enfermeiros de UTI, a pesquisa qualitativa na vertente fenomenológica, na modalidade da estrutura do fenômeno situado, mostrou-se a mais adequada.

Foram procedidas algumas aproximações a esse referencial, voltadas para a compreensão da experiência vivida pelo sujeito, indo ao encontro do fenômeno.

Neste contexto, o olhar fenomenológico pode permitir que se resgate a subjetividade, a experiência vivida, enfim, a dimensão humana que não se reduz à face biológica, mas a incorpora em articulação com a psicológica, social, cultural, ou seja, considerando o sujeito em sua complexidade, em sua dimensão existencial (URIZZI, 2005).

Segundo Boemer (1985), a opção metodológica depende do objeto de estudo, e principalmente do sujeito questionador, pois, antes de qualquer coisa, é uma postura diante do mundo. É uma postura de abertura do ser humano para a compreensão da vivência a partir do outro, parceiro do pesquisador em seu processo de descoberta. É essa possibilidade de compreensão que impulsiona o investigador.

A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda. Ela não se preocupa com generalizações, princípios e leis. “Sua atenção é centralizada no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados” (MARTINS; BICUDO, 2005, p. 23).

A Fenomenologia busca a compreensão do fenômeno interrogado. O pesquisador não parte de um problema, mas orienta sua pesquisa baseando-se numa interrogação acerca de um fenômeno, o qual precisa ser situado, estar sendo vivenciado pelo sujeito, como decorrência do mundo-vida (MARTINS; BICUDO, 2005).

Fenômeno pode ser definido como: tudo que se mostra, se manifesta, se desvela para a

consciência. Do grego *phainomenon* que deriva do verbo *phainesthai* que significa mostrar-se a si mesmo (MARTINS; BICUDO, 2005, p. 21). Segundo estes mesmos autores, "[...] do grego *phainomenon* significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra para o sujeito interrogador. Do verbo *phanesthai* como mostrar-se, desvelar-se. Fenômeno é, então, tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga" (MARTINS et al., 1990, p. 141).

Donzelli (1988) afirma que o método fenomenológico busca a compreensão do ser humano no seu "ex-sistir". Ser que possui uma vivência de consciência única e singular.

Assim, voltada para a experiência, à reflexão fenomenológica inclui a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam, ou ir em direção às coisas mesmas. Experienciando-se o mundo, este se abre para o homem, e esse abrir para o homem, esse se desvelar para o homem, é o fenômeno. A preocupação da fenomenologia é descrever o fenômeno, não explicá-lo; é compreendê-lo, não achar relações causais (CARVALHO; VALLE, 2002).

Na Fenomenologia, o objeto de investigação não é o acontecimento em si, mas a natureza subordinada à maneira humana de pôr o problema. "O homem se encontra só frente a si próprio. Há sempre um sujeito, em uma situação, vivenciando o fenômeno. Por vivência é entendido, também, experiência, mas é a experiência percebida de modo consciente por aquele que a executa. O pesquisador se defronta com a tarefa de des-velar e tornar explícita a constituição dos acontecimentos da vida diária" (MARTINS; BICUDO, 2005).

Para Merighi (1993), o objetivo da Fenomenologia é descrever a estrutura total da experiência vivida, incluindo o significado que estas experiências têm para os indivíduos que dela participam, preocupando-se com a compreensão e não com a explicação.

A Fenomenologia tem como princípio que, o que fundamenta todas as ciências é uma volta ao mundo da experiência, ao mundo vivido. Essa postura rompe de modo definitivo com o modelo das ciências naturais: antes da realidade objetiva há um sujeito conhecedor, antes da objetividade há o horizonte do mundo e antes do sujeito, da teoria do conhecimento, há uma vida operante (MARTINS et al., 1990).

O objetivo da Fenomenologia é descrever a estrutura total da experiência vivida, incluindo o significado que estas experiências têm para os indivíduos que dela participam, preocupando-se com a compreensão e não com a explicação (MERIGHI, 1993).

A pesquisa fenomenológica é pertinente à enfermagem por compreender o ser humano em sua totalidade existencial, pois as respostas são dadas por pessoas que vivenciam o fenômeno, em uma dada situação, em uma dada sociedade histórica e culturalmente situada (MERIGHI, 1993).

Em síntese, a Fenomenologia tem como enfoque central a compreensão dos fenômenos, dirigindo-se para a vivência cotidiana. Trata-se de buscar o homem em outra perspectiva - a partir do seu sendo-no-mundo. É uma volta ao mundo da vida do homem.

Com essa atitude, na trajetória fenomenológica, o pesquisador procura estabelecer um contato direto com o fenômeno que está sendo vivido. Para compreender esse fenômeno é preciso então buscar a descrição da experiência pelos sujeitos que o vivenciam. A essência objetivada pela fenomenologia não é um conteúdo conceitual passível de definição, mas uma significação da essência existencial que, como tal, deve ser descrita. Essa descrição deve ser a mais natural e espontânea possível; não é opinião nem o que se pensa, mas o que o sujeito está experienciando (REZENDE, 1990).

Outra questão que me motivou a optar pela trajetória fenomenológica é que para os enfermeiros, a convivência com o processo de morte e morrer de seus pacientes é uma experiência concreta, vivenciada por eles em seu mundo-vida e, como sujeitos-conscientes-no-mundo, experienciam esta situação conferindo significados de acordo com sua visão de mundo, costumes e valores vividos intersubjetivamente com o outro.

## 4.2 Apresentando o local de estudo: O Hospital

A morte não é o fim da vida humana no sentido de ser o fim de um caminho que pode ser alcançado ao término de um trajeto. Quando chego ao fim de jornada ainda existo e, enquanto existente, estou no estado de ter acabado algo. Mas, quando vem a morte, já não existo mais e, assim não há uma jornada propriamente dita que possa afirmar ter acabado, E mais ainda, quando já fiz a metade da jornada, só posso chegar até o final atravessando a outra metade que resta (HEIDDEGER, 1988 apud BOEMER; ROSSI; NASTARI, 1989, p. 13).

### 4.2.1 Histórico

O estudo foi realizado em um Hospital Escola situado em uma cidade de médio porte no Noroeste do Paraná. Este Hospital iniciou suas atividades em 20 de janeiro de 1989 e ao longo desses anos tem passado por constantes reformulações, expandindo e adaptando-se, rumo a uma consolidação enquanto instituição voltada para o ensino, à pesquisa e a

assistência. É credenciado junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se como instituição de caráter público. Desenvolve as atividades de assistência, ensino e pesquisa e designa-se como hospital escola desde 1991 em razão de sua capacidade operacional ativa, pela Classificação do Ministério da Saúde e certificado como Hospital de Ensino, conforme Portaria Interministerial.

O Hospital está situado no organograma da Universidade Estadual desta cidade como órgão suplementar, vinculado à Reitoria e academicamente ao Centro de Ciências da Saúde. A entidade mantenedora é o governo do Estado do Paraná e os servidores são aprovados em concurso público, regidos pelo Estatuto dos Funcionários Civis do Paraná.

Em 1992, o Hospital recebeu os primeiros acadêmicos do curso de Medicina. Em 1992, após convênio entre a Secretaria do Estado de Saúde e a Universidade, o Hemocentro Regional foi incorporado ao Hospital, com a finalidade de fornecer hemocomponentes aos hospitais da cidade e região.

Em 1993, foram ativadas as unidades de clínica cirúrgica, a ginecologia e obstetrícia, o centro cirúrgico, o berçário, o ambulatório de especialidades e o serviço social. O Hospital passa a colocar, neste ano, à disposição do SUS, 72 leitos para internação.

Em março de 1994, é integrada ao serviço, a psicologia hospitalar e, em novembro deste mesmo ano, instala-se o Ambulatório de especialidades.

A diversidade de atividades desenvolvidas no Hospital propiciou terreno fértil para trabalhos em equipes multidisciplinares, integradas por diversos profissionais como: administradores, enfermeiros, médicos, bioquímicos, contador, farmacêuticos, nutricionista, pedagogo, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e profissionais de nível técnico e elementar.

À medida que a equipe foi ampliando, com várias opções profissionais, começam a surgir projetos que requisitam a atuação dos diversos profissionais ao mesmo tempo. Também surgiram, concomitantemente, espaços para estágios extracurriculares e curriculares nas áreas de enfermagem, farmácia, bioquímica, administração, psicologia hospitalar e do trabalho, nutrição, fisioterapia, engenharia e pedagogia.

A partir de junho de 1997, o Hospital destina três leitos da Pediatria para o atendimento de cirurgias pediátricas. Neste mesmo ano, foi instalada a UTI/Adultos, com quatro leitos e, antes do final deste ano, inicia-se também a UTI/Neonatal, com seis leitos.

Em 2002, o Hospital oficializa participação e passa a integrar a rede de Projeto Hospitais Sentinela, projeto da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária fazendo parte da rede dos 100 hospitais selecionados, motivados e qualificados para notificação de

eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde.

Iniciou, em maio de 2003, a implementação do Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde, pelo que estava determinado pela ANVISA.

Em 20 de setembro de 2003, foram ativados oito leitos da UTI/Adulto e o Pronto Socorro se separou do Ambulatório de especialidades.

Em 18 de novembro de 2003, com a participação de representantes do Ministério da Saúde o Hospital recebeu o título de “Hospital Amigo da Criança” uma consagração a um trabalho iniciado no hospital, em 1995, com a participação de toda a equipe multiprofissional.

Em 20 de janeiro de 2004, inicia o funcionamento da UTI/Pediátrica, com seis leitos.

Em 30 de abril de 2004, foi instalado no Pronto Socorro um consultório para atendimento buco-maxilo realizado pelos profissionais docentes do Departamento de Odontologia e seus residentes. Em abril de 2004, o Banco de Leite Humano ganha novo espaço, ampliando o atendimento que já oferecia aos pacientes do próprio hospital e hospitais da cidade e região.

#### 4.2.2 **Caracterização**

Encontra-se credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se como instituição de caráter público, prioriza as atividades de ensino, pesquisa e extensão e designa-se como Hospital Escola e em razão de sua capacidade operacional ativa, classifica-se como hospital de médio porte.

#### 4.2.3 **Objetivos do hospital**

- Servir de campo de ensino para os acadêmicos dos cursos de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde e outras áreas da Universidade e demais instituições de ensino.
- Servir de Campo de aperfeiçoamento para os profissionais relacionados com a assistência de saúde.
- Prestar assistência médica, farmacêutica, de enfermagem e em outras

especialidades, às pessoas que possam ser atendidas em seus serviços.

- Proporcionar meios para o desenvolvimento de pesquisas científicas assim como para sua divulgação.
- Colaborar para o exercício da Medicina Preventiva e para a Educação em saúde da Comunidade Interna e Externa.

Os dados referentes ao histórico, à caracterização e aos objetivos do hospital foram extraídos de documentos pertencentes à UEM (2006).

#### 4.3 Situando o mundo-do-estudo: A Unidade de Terapia Intensiva Adulto

A morte não é algo que nos espera no fim. É companheira silenciosa que fala com voz branda, sem querer nos aterrorizar, dizendo sempre a verdade e nos convidando à sabedoria de viver [...] Na verdade a morte nunca fala sobre si mesma. Ela sempre fala sobre aquilo que estamos fazendo com a própria vida, as perdas, os sonhos que não sonhamos, os riscos que não tomamos, os suicídios lentos que perpetuamos (ALVES, 1991 apud TRINCAUS, 2005, p. 38).

A UTI/Adulto entrou em funcionamento em junho de 1997. Nesta época, esta unidade contava com quatro leitos de internação, atendendo pacientes adultos clínicos ou cirúrgicos. O quadro de funcionários era composto por um enfermeiro administrativo, sete enfermeiros assistenciais e dez auxiliares de enfermagem, distribuídos nos três turnos: manhã, tarde e noite.

Com o aumento da demanda e da complexidade dos pacientes internados, houve a necessidade de ampliação do número de leitos.

Em 2001, é finalizada a obra de 2.685,20 m<sup>2</sup> correspondente à UTI/Adulto com oito leitos, a UTI/Pediátrica com seis leitos e uma área para Pronto Socorro, em parceria com o Ministério da Saúde por meio do Projeto REFORSUS, mas a unidade só passou a prestar atendimento em 20 de setembro de 2003.

Atualmente, a UTI/Adulto conta com oito leitos de internação e o quadro de funcionários também se expandiu, para dez enfermeiros assistenciais, 20 técnicos de enfermagem, equipe médica nas 24 horas, serviço de fisioterapia no turno da manhã; possui grande número de equipamentos, monitores e ventiladores de última geração, para todos os

boxes, monitores de Swan-Gans, equipamentos para medir pressão intracraniana (PIC), pressão venosa central (PVC), pressão arterial média (PAM) e máquinas para hemodiálise.

O que diferencia esta unidade das demais UTI's do município é o fato de contar com a inserção do enfermeiro assistencial, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Outro dado apontado como diferencial, até para justificar o tema deste estudo, são algumas características próprias desta UTI. Estudos, realizados por Sanches; Carvalho (2006) que caracterizaram o perfil dos pacientes internados na UTI em estudo no ano de 1995, indicaram que houve maior incidência em relação à permanência/dias de internação, um número acentuado de pacientes idosos, com doenças crônico-degenerativas e uma elevada taxa de mortalidade, índices estes que diferem da maioria das UTI's onde se encontram pacientes jovens, politraumatizados, "recuperáveis" e com menor taxa de mortalidade.

Também se pode destacar o fato de o estudo se dar em um Hospital de Ensino onde, muitas vezes, a obstinação em manter determinada conduta terapêutica serve mais ao processo de aprendizagem médica que aos possíveis benefícios ao paciente.

Considerando a UTI como um setor diferenciado, tido como um dos locais mais estressantes do hospital, isso por si só já seria um bom indicativo para a realização deste estudo, ainda mais nesta unidade onde os pacientes chegam a ficar mais de 120 dias internados (SANCHES; CARVALHO, 2006) recebendo cuidados intensivos e diários, por enfermeiros que prestam essa assistência ao pé do leito.

#### 4.4 Os colaboradores da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros que atuam na UTI/Adulto de um Hospital Escola situada no Noroeste do Paraná.

A UTI/Adulto é composta por dez enfermeiros que atuam nos três turnos de assistência. São divididos em número de dois enfermeiros para cada turno, ou seja, dois pela manhã, dois à tarde e dois para cada noite (num total de três noites).

#### 4.5 Procedimentos para a coleta e registro de dados

Após a liberação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá e a autorização do Diretor Superintendente do Hospital, iniciei minhas entrevistas com os enfermeiros.

A primeira parte da entrevista refere-se à caracterização do perfil sociodemográfico e profissional, composta das seguintes perguntas: sexo, idade, estado civil, religião, tempo de formado, tempo de atuação em UTI, capacitação para trabalhar em UTI (pós-graduação).

A segunda parte da entrevista fundamentou-se em um único fio condutor com a seguinte questão norteadora: “O que é para você vivenciar a morte e o morrer de um paciente que está sob seus cuidados?”.

Cabe ressaltar que, a partir dessa questão, foi se configurando um diálogo que permitiu a livre expressão do entrevistado, com foco na sua experiência vivida naquele momento.

A entrevista, na abordagem fenomenológica, é considerada por Martins; Bicudo (2005), como um encontro social, com características peculiares como a empatia e a intersubjetividade, ocorrendo a penetração mútua de percepções. Ela tem um sentido de troca de experiências, na qual o cuidado, o zelo e o respeito para com a pessoa devem estar sempre presentes.

É importante salientar que a Fenomenologia valoriza a compreensão da vivência, ou seja, volta-se para captar a maneira como o sujeito vivencia o mundo. Nessa metodologia, a entrevista é enfocada como um recurso de acesso às pessoas, um encontro existencial, marcado pela empatia entre os sujeitos, a fim de se chegar à compreensão do fenômeno (CARVALHO, 1987 apud TRINCAUS, 2005).

O número de entrevistados não foi pré-determinado, pois, segundo Martins; Bicudo (2005), as entrevistas encerram-se no momento em que for constatada a invariância do fenômeno.

Segundo Bicudo; Esposito (1994), a partir de certo número de sujeitos as descrições tendem a evocar significados percebidos como equivalentes pelo pesquisador e só ele, ao olhar atentamente as descrições obtidas é que se declara satisfeito e considera que é suficiente.

Minayo (1998 apud ZORZO, 2004) argumenta que a entrevista, enquanto técnica de coleta de dados privilegia a obtenção de informações por meio da fala individual que revela condições estruturais, sistemas de valores, normas, símbolos, além de transmitir, por uma porta voz, a representação de determinados grupos. A autora, ainda, lembra que com a



entrevista é possível uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.

Houve um sorteio com o nome dos dez enfermeiros que trabalham nesta unidade, a fim de manter-me isenta de qualquer indicação, para poder iniciar minhas entrevistas.

Após este cuidado, dirigi-me à unidade no horário de trabalho dos mesmos, informei o motivo de minha visita e os objetivos de minha pesquisa e agendei um dia e horário mais adequado para eles.

Carvalho (1987 apud URIZZI, 2005) enfatiza que o sujeito não é um ator que representa um personagem no palco. O sujeito vive a sua história e imprime todo o seu passado e seu futuro no presente. Seus gestos, movimentos, olhares, entonação de voz, silêncio são formas de vivenciar o mundo que o sujeito expressa e têm íntima relação com as faces que estão sendo desveladas do fenômeno em questão. É necessário que o pesquisador tenha intuição e sensibilidade para perceber e captar estes momentos.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para preservar as expressões de linguagem e gramaticais utilizadas pelos colaboradores e tão logo realizadas para que não se perdessem detalhes importantes.

De acordo com Schraiber (1995 apud CARVALHO, 2003), o uso do gravador possibilita a ampliação do registro, captando e retendo por maior tempo um conjunto amplo de elementos da comunicação de extrema importância: as pausas de reflexão e de dúvida ou a entonação da voz nas expressões de surpresa, entusiasmo, crítica, ceticismo ou erros – elementos estes que compõem, com as idéias e os conceitos, a produção do sentido da fala, aprimorando a compreensão da própria narrativa.

Conforme Carvalho; Valle (2002), a relação pesquisador/sujeito deve ter como suportes a cooperação e a participação. O sujeito não pode se sentir questionado, avaliado; ele, seu discurso e suas ações podem ser a chave para a compreensão das situações investigadas, permitindo ao pesquisador penetrar no seu mundo vivido. Estimular o sujeito a participar da investigação é colocá-lo por inteiro na situação e, desse modo, facilitar a cooperação e a participação. A coleta de dados manifesta-se como intersubjetividade, já que é o encontro entre o sujeito que conhece e vivencia uma situação e o pesquisador que a desconhece. A atitude de empatia, o diálogo, a liberdade e a cooperação do investigador favorecerão a compreensão e levam ao alargamento de seu horizonte, fundindo-o com o horizonte do pesquisado.

O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a julho de 2007.

#### 4.6 Os procedimentos éticos

Aos colaboradores desta pesquisa informei, primeiramente, que estaria realizando uma entrevista, cujo objetivo seria compreender como eles vivenciam o processo de morte e morrer de seus pacientes. Quando os mesmos concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, receberam uma cópia que ficou sob sua guarda e outra cópia de igual teor ficou em posse desta pesquisadora.

Foram informados, também, sobre o direito de ser respeitada a sua vontade de participar ou não desta pesquisa sem que isso lhes causasse quaisquer ônus, a garantia do sigilo e do anonimato, interromper a entrevista quando lhe fosse conveniente e o esclarecimento de qualquer dúvida que porventura viesse a existir durante todo o processo de realização da pesquisa.

Para a realização da pesquisa, solicitei o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade, conforme Resolução 196/96 do CNS/MS, à qual o hospital é vinculado, recebendo a aprovação com o parecer de número 358/2006 e a anuência do Diretor Superintendente do Hospital.

#### 4.7 Interpretação e análise dos dados

Os dados das experiências foram obtidos por meio das descrições dos sujeitos que a vivenciam. Na pesquisa fenomenológica, os dados são descobertos ou não existem *a priori*, mas se constituem na experiência do sujeito que os vivencia. Buscam-se os significados dos eventos vividos pelos sujeitos da pesquisa, obtidos por meio de expressões claras sobre as percepções que o sujeito tem daquilo que está sendo investigado e que são expressões descritas para o pesquisador, pelo próprio sujeito que as percebe.

Os dados são, pois, as situações vividas pelos sujeitos que são tematizadas por eles, conscientemente nas descrições que faz. Ao descrevê-las, espera-se que os sujeitos simplesmente relatem de modo preciso o que ocorre com eles ao viver suas experiências (BICUDO; ESPOSITO, 1994).

Amatuzzi (2001 apud URIZZI, 2005) complementa que, na pesquisa fenomenológica, “lemos” o vivido entrando em contato com suas manifestações e estas se dão por meio de

pensamentos e ações, sendo qualquer forma de expressão humana constituída em depoimento. O que importa é sob qual luz é lida essa expressão, no sentido de penetrar a materialidade do depoimento, indo em direção ao vivido e expressando-o em um outro pensamento que faça sentido no contexto da temática enfocada pelo pesquisador.

Martins (1992) descreve a análise dos dados no referencial fenomenológico em três momentos, a saber:

**A descrição fenomenológica** - o sujeito comunica, descreve a respeito de suas percepções sobre o seu mundo vida, para qual a sua consciência está dirigida e aí ele atribui significados. É na descrição que a essência do fenômeno se manifesta, e para isso é preciso descrever a experiência vivida.

**A redução fenomenológica** - primeiro passo para ver as coisas ditas pelos sujeitos como elas se apresentam, livres de pré-julgamentos e preconceitos do pesquisador. O objetivo é chegar à essência, à natureza daquilo que se interroga. Consiste em selecionar quais partes da descrição são essenciais e aquelas que não são. Deseja-se encontrar que partes da experiência são verdadeiramente partes da consciência, daquelas que são apenas suposições.

A técnica para a redução fenomenológica é a “variação imaginativa” que consiste em refletir sobre as partes da experiência que parecem possuir significados cognitivos, afetivos e conativos imaginando cada parte como estando presente ou ausente da consciência. Para Martins (1992), por meio da comparação no contexto e eliminações, o pesquisador está capacitado a reduzir a descrição daquelas partes que são essenciais para a existência da consciência da experiência.

**A compreensão fenomenológica** - Envolve uma interpretação. É o momento de desvelar, descobrir os possíveis significados presentes na descrição. Surge em conjunto com a interpretação e só se torna possível quando o pesquisador assume o resultado como um conjunto de unidades de significados, que mostram a consciência que o sujeito tem do fenômeno. Para isso, o pesquisador seleciona na descrição dos sujeitos as assertivas mais significativas, de acordo com a percepção do investigador, ou seja, aquelas que revelam o significado que a consciência do sujeito atribuiu à sua experiência. A compreensão fenomenológica é o momento de tentar especificar o significado que é essencial na descrição e na redução, como uma forma de investigação da experiência.

Ao deter-se no significado expresso pelo sujeito sobre sua experiência, o pesquisador descobre certos determinantes sobre as situações e sobre o sujeito. Essas situações apresentam-se ao pesquisador como forma de dados. Os dados obtidos são as situações vivenciadas que foram tematizadas pelo sujeito (MARTINS; BICUDO, 2005).

Diante do material coletado, após inúmeras leituras, passei para a fase de análise, buscando uma direção que me possibilitasse organizá-lo. Esta leitura minuciosa das descrições dos colaboradores teve como finalidade captar a presença dos aspectos comuns em suas falas, ou seja, as convergências e as divergências que permitiram o emergir das categorias temáticas concretas. Segundo Martins; Bicudo (1989 apud CARVALHO, 2003, p. 82), o pesquisador deve “andar ao redor” das mensagens, perguntando-se incessantemente: “o que isso quer dizer”?

Além da fala atentei para outras formas de linguagem como silêncios, gestos e expressões corporais. Isto porque o sujeito, ao narrar sua vivência, faz como acontecimento vivo e forte, e assim, todo o seu discurso vem envolvido por gestos, silêncios, tonalidades e reticências. Esse conjunto de linguagem e expressões é próprio, singular, e revela a sua maneira de existir e estar-no-mundo (CARVALHO, 1998).

Em seguida, efetuei uma categorização prévia das unidades realizando uma seleção fenomenologicamente orientada das unidades mais relevantes de cada um dos depoimentos para a elucidação do fenômeno.

Finalmente, as unidades de sentido contidas em cada discurso foram agrupadas e relacionadas entre si, sem deixar de indicar os momentos que são específicos na descrição de cada fala, interligando os sentidos que foram desvelados pelos sujeitos. Nessa fase, por meio desse agrupamento das unidades de sentido, emergiram as categorias temáticas (CARVALHO, 2003).

Cabe ressaltar que textos que se fundamentam na abordagem fenomenológica e alguns outros que fizeram sentidos a este estudo foram utilizados na interpretação das entrevistas, em uma aproximação a este referencial.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: COMPREENDENDO O FENÔMENO

O homem tem direito à sua morte como tem direito à sua vida. Morrer é um processo humanamente tão importante quanto nascer e viver (MOLTMANN, apud MARANHÃO, 1996, p. 39).

### 5.1 Caracterização dos sujeitos

Do total de dez enfermeiros, foram realizadas oito entrevistas e encerrando-se quando foi constatada a invariância do fenômeno.

Em relação ao sexo dos entrevistados, todos eram mulheres. A idade dos mesmos ficou entre 26 e 47 anos. O tempo de formação acadêmica variou entre quatro e 20 anos e o tempo de atuação em UTI entre dois e 21 anos. Todos os entrevistados afirmaram possuir especialização, porém somente um na área de UTI. A maioria se declarou católica e somente um ateu. O estado civil mais encontrado foi a união estável, seguido de solteiros.

Da análise criteriosa das entrevistas, surgiram as categorias em que os enfermeiros apontam que a vivência da morte e o morrer de seus pacientes é um processo que permeia as seguintes questões: A obstinação terapêutica como um percalço no processo de morte e morrer; a difícil convivência com a equipe multiprofissional e o processo de morte e o morrer; a relação com a morte propriamente dita; a dinâmica do trabalho e suas implicações na morte e no morrer dos pacientes; o relacionamento com a família do paciente em processo de morte e morrer; o apelo por apoio para suportar o processo de morte e o morrer.

#### 5.2.1 A obstinação terapêutica como um percalço no processo de morte e morrer

Ao longo dos tempos, observa-se como a história da tecnologia médica evoluiu na cura de muitas doenças, ao mesmo tempo em que tornou a morte um processo longo e potencialmente sofrido. Um século atrás, considerava-se morta a pessoa que parasse de respirar. Na década de 50, quando se inventaram as máquinas de respiração assistida, a morte passou a acontecer quando o coração parava de bater. As reanimações cardiorrespiratórias

surgiram nos anos 60 e o conceito de morte mudou novamente. Hoje, a morte passou a ser considerada um evento certo quando se constata que cessou o funcionamento do encéfalo (SCHELP, 2002).

Em contrapartida, cada vez mais se discute sobre o tema distanásia. Pessini (1996) e Kovács (2003) conceituam a distanásia como sendo: “Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”. Trata-se de um neologismo de origem grega. O prefixo grego *dys* tem o significado de “afastamento” ou “ato defeituoso” e *thanatos* significa morte, portanto a distanásia significa prolongamento exagerado da morte de um paciente.

O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil, obstinação terapêutica ou futilidade médica (PESSINI, 1996; SCHELP, 2002; DINIZ, 2006; KOVÁCS, 2003).

Durante a realização das entrevistas, constatou-se grande ansiedade por parte dos enfermeiros, e por que não dizer, até certa insatisfação no que se refere a essa questão.

É também uma discussão que deve ser levantada, a distanásia. E a gente tem que discutir isso abertamente: A distanásia, a relação da família, a relação da qualidade de vida desse paciente, são questionamentos que eu tenho feito com bastante frequência [...] (E2)

[...] porque às vezes chega em situações lamentáveis assim, você fala: “Meu Deus do céu”, o paciente tá morto alí na cama, sabe, mas tá com drogas vasoativas, então tem pressão, tem frequência cardíaca, mas é uma coisa assim, que você olha e fala: “Até onde vai isso?”(E1)

[...] eu ando me questionando muito né, essa questão do que nós estamos fazendo aqui dentro da UTI. Será que eu não estou brigando contra a própria vida, né? (E6)

Ah, acho que mais essa questão de rediscutir bioética né. Até quando a gente pode dizer não pro paciente, estar internando realmente quem precisa, quem vai ter uma expectativa de vida com qualidade se sair da UTI, pra estar realmente investindo[...] (E8)

Pessini (1996) relata que a questão da distanásia surge num contexto da medicina e da tecnologia que, diante de uma doença incurável, transforma em obsessão a “cura da morte”, como se isso fosse possível, negando-se a dimensão da finitude da humanidade. Relata, ainda, que as dificuldades maiores estejam relacionadas com alguns profissionais de saúde, que não conseguem reconhecer que a morte é irreversível, que não há maior sentido em manter tratamentos que só prolongam funções fisiológicas.

Para Diniz (2006), os profissionais de saúde são socializados em um *ethos* que, erroneamente, associa a morte ao fracasso. O paradoxo dessa associação moral é que se, por um lado, são os profissionais de saúde os que mais intensamente lidam com o tema da morte,

por outro lado, são eles também os que mais resistem a reconhecer a morte como um fato inexorável da existência.

Contudo, se o objetivo primeiro da medicina é a preservação da vida e restauração da saúde, a morte deveria ser entendida e esperada como o último resultado deste esforço, implícito e inerente desde o começo (PESSINI, 1996).

Horta (1992 apud PESSINI, 1996, p. 3) lança a seguinte questão:

A medicina e a sociedade brasileira têm hoje diante de si um desafio ético, ao qual é mister responder com urgência - o de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida. Centenas ou talvez milhares de doentes estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectivas em hospitais, sobretudo nas suas UTIs e emergências. Não raramente, acham-se submetidos a uma parafernália tecnológica, que não só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrer, como ainda os prolonga e os acrescenta inutilmente. Quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra da vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte.

Essa obsessão da cura da morte, esta obstinação terapêutica, que vem tomando conta da assistência prestada aos pacientes também pode ser claramente evidenciada pelas seguintes falas:

Mas eu também não posso me achar um Deus, então, nós temos a falsa esperança que nós podemos fazer tudo e isso é muito ruim [...] (E2)

Porque eu acho que quando a gente tem um paciente jovem a gente deve fazer todos os investimentos, mas o que eu vejo aqui dentro é que a gente tá lutando contra a própria natureza, né. Eu ando me questionando muito assim, muito, será que tá valendo a pena, o que eu to fazendo aqui dentro? Será que é isso mesmo que eu tenho que fazer? Será que esse é que é o certo? Será que eu não tô impedindo a vida? Porque a gente trabalha muito com pessoas idosas, então eu acho que teria que deixar essas pessoas seguir o ciclo normal delas. (E6)

A gente sabe que dentro da UTI, esses pacientes que vêm, praticamente sem critério nenhum e que “todo” mundo sabe que não vai ter nenhuma sobrevivência depois dali, que se não for à óbito ou no mesmo setor tiver alta, vai ter pouquíssimo tempo de vida depois disso, que já superou a expectativa e mesmo assim se investe muito. (E8)

Percebeu-se, nas falas dos entrevistados, a busca pela valorização da vida e do ciclo vital. Compreendem que a existência do ser-no-mundo tem um começo, um meio e um fim e que isso deve ser respeitado e considerado.

Com o avanço biotecnológico, corre-se o risco de perder o bom senso diante de um paciente com um quadro irreversível e em vez de se proporcionar a vida, prolonga-se o

processo de morrer. Pessini (1996) afirma que o conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas serviram para tornar nosso morrer mais problemático, difícil de prever, mais difícil ainda de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difíceis, geradoras de angústia, ambivalência e incertezas. Este conhecimento não tornou a morte um evento mais digno.

É muito difícil para os entrevistados conviverem com profissionais de sua equipe que assumem posturas tecnicistas, pois eles percebem que em alguns momentos o sofrimento do paciente, família e profissionais está insuportável, e lembram ainda que a vida tem um limite e numa determinada hora a morte vence o saber humano.

Essa vivência dos enfermeiros, em relação à morte e o morrer, vêm ao encontro da fala de Schelp (2002, p. 4) quando considera que as UTI's não foram criadas para essa extensão sem sentido do processo de morte, mas pode acontecer de serem usadas com esse fim porque há uma tendência, entre muitos médicos, de encarar a perda de um paciente como um fracasso profissional. Para esse mesmo autor: “Criam-se prisioneiros da tecnologia, entubados, ligados a fios e máquinas, que simplesmente não podem abandonar a vida”.

Para os sujeitos dessa pesquisa, o processo de morrer é marcado como um gerador de ansiedade, porque o profissional ou a equipe não aceita a morte naturalmente, fazendo inúmeros procedimentos para tentar salvar a vida do paciente. No entanto, o resultado é apenas o prolongamento do tempo para o paciente morrer, o que acentua o sofrimento deste doente, de sua família e dos profissionais de saúde envolvidos neste processo.

[...] é aquela sensação de nadar, nadar, nadar e morrer na praia. (E1)

Eu tô preservando a vida, assim, entre aspas, mas prá mim isso não é preservação, isso não é condição de vida. (E6)

[...] a gente tem que ter essa noção que a gente tem um prazo de validade [...] A tecnologia fez com que nós tenhamos essa falsa esperança de que a vida é eterna. (E2)

Ou ele sai durante esses 7 dias ou ele morre. Não fica ali 70 e poucos dias e você não vê progresso no paciente, não vê resultado, que a gente faz, faz, faz e muitas vezes não dá em nada. (E5)

Tem procedimentos caríssimos, diálise que a gente faz no paciente, o kit custa 2 mil reais, então assim, precisa? É pra uma pessoa. Olha o quanto que carece a população em atenção primária e o tanto que a gente gasta aqui, pra às vezes não ter retorno nenhum. Pra simplesmente dar uma satisfação pra família sabendo que não ia sair, que é velhinho, que tem 90 anos já, e [...] : Não, nós tentamos [...] Tentamos às custas de quê? Com tanta gente carecendo de tantas outras coisas no setor de saúde. (E8)



Durante as entrevistas, os enfermeiros demonstraram sentimentos de ansiedade muito grande. Desabafos, mão agitadas, olhares nervosos, suspiros e muitas reticências. Deixaram claro que seu trabalho possui pouco retorno e gratificação no que se refere à melhora clínica dos pacientes, justamente por se tratar de pacientes com prognósticos bastante reservados.

Em 1950, o Papa Pio XII manifestou claramente que ninguém é obrigado a receber tratamentos exagerados para manter a vida. Bem antes, 400 anos a.C., o filósofo grego Sócrates disse: “Preferirei morrer a mendigar servilmente a vida e fazer-me outorgar uma existência mil vezes pior que a morte” (SCHELP, 2002, p. 3).

França (1999 apud KOVÁCS 2003, p. 148) apresenta uma questão interessante: “Não cabe matar quem está vivo, nem manter vivo quem está morto, não há meia vida nem meia morte”.

Num jovem, eu ainda acho que a gente tem que fazer investimento, tem que ir até o último instante, mas em pacientes idosos que a gente cuida, eu não acho certo não. (E6)

Principalmente alguns grupos da equipe têm essa dificuldade e isso gera assim, gera a insatisfação e gera a tristeza dos outros que entendem a morte como uma passagem, ou entendem a morte como algo finito, né. (E2)

[...] dependendo do paciente né, eu prefiro até que ele vá logo, do que que a gente fica fazendo a tal da distanásia. Sabe, esses pacientes já são idosos, não ... Eu acho que eles tinham que seguir o ciclo da vida, não fazer o que a gente faz aqui. (E6)

Percebe-se, nestes discursos, que os entrevistados lutam sim pela vida, mas uma vida de qualidade. Não deixam de investir em pacientes com prognóstico e nem em pacientes “jovens”, pois acreditam que antes de tudo são seres cuidadores da vida e percebem que a morte também faz parte do ciclo vital, quando não há mais nada o que a medicina possa fazer.

Vincent (2001 apud GUTIERREZ, 2003) afirmam que o profissional de saúde, ao assistir o paciente em processo de morrer, não tem a intenção de causar a sua morte, mas tornar estes momentos mais confortáveis, aliviando a sua dor e preservando a sua dignidade, sem ferir os princípios da Bioética.

Convém a todos, porém especialmente aos médicos e enfermeiros, refletir sobre o sofrimento que inutilmente, não poucas vezes, se acrescenta a uma agonia programada por uma terapêutica já inútil e somente utilizada para cumprir o dogma médico de "fazer tudo o que for possível para conservar a vida".

A morte deve ser entendida não como uma doença a ser curada, mas algo que faz parte da vida e ter a coragem de aceitá-la, em vez de lutar contra ela, e tentar desfazer a mentalidade de antimorte que está arraigada em nossa cultura atual.

Podemos sim, ser curados de uma doença classificada como sendo mortal, mas não de nossa mortalidade. Quando esquecemos isso, acabamos caindo na tecnolatria e na absolutização da vida biológica pura e simplesmente. É a obstinação terapêutica adiando o inevitável, que acrescenta somente sofrimento e vida quantitativa, sacrificando a dignidade (PESSINI, 1996, p. 9).

### **5.2.2 A difícil convivência com a equipe multiprofissional e o processo de morte e o morrer**

Uma equipe multiprofissional precisa exercer a interdisciplinaridade de maneira a vivenciar o respeito, a solidariedade, o companheirismo, o comprometimento com a qualidade no serviço, atitudes que terminam por estimular o autoconhecimento e o crescimento pessoal e profissional do conjunto (COSTENARO, 2001).

A interdisciplinaridade caracteriza-se como um processo dinâmico e complexo, cuja compreensão aponta para reflexões em que todo conhecimento é importante frente ao saber universal. Assim, torna-se inviável que profissionais de uma equipe ignorem o conhecimento dos demais colegas (PEREIRA, 2005).

A UTI é uma área de convergência multiprofissional e os resultados de suas atividades dependem sensivelmente do estreito relacionamento entre os membros da equipe e da colaboração interdisciplinar (ORLANDO, 2002). É o local onde os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde possuem objetivos comuns, ou seja, a equipe trabalha pelo mesmo fim (COSTENARO, 2001).

Neste sentido, as entrevistas revelaram que o relacionamento com a equipe multiprofissional também interfere negativamente no processo de morte e morrer do paciente, conforme as falas:

[...] não adianta a gente só colocar mais um doente aqui e a gente deixar uma equipe insatisfeita, porque não se discute qual é o caminho que a UTI leva. (E2)

Por isso assim, que eu prezo muito o trabalho em equipe, né, o trabalho não é do médico, as coisas não têm que centralizar nele, tem que centralizar na equipe né, então a partir do momento em que isso não acontece, as pessoas vem trabalhar sim, né, com o serviço tudo, só que a diferença é que ela não vem comprometida. (E3)

[...] nós investimos demais nesse paciente que tem essa finitude, que ele tem uma idade avançada, que ele tem múltiplas patologias associadas, que nós sabemos que a qualidade de vida dele depois não vai ser a que a gente espera de um ser humano e que a equipe, principalmente a equipe médica investe o máximo e não discute isso com o restante da equipe. (E2)

Porque ele não é valorizado como um ser pensante ali dentro da assistência, né. (E3)

O relato dos sujeitos revela as dificuldades que encontram com a equipe que pouco valoriza as diferenças disciplinares, não deixando muitas vezes os enfermeiros a par das decisões/ informações, o que tem gerado sentimentos de frustração, insatisfação e desânimo.

Resultados de pesquisas têm demonstrado que a má utilização dos recursos tecnológicos e a falta de compromisso de alguns profissionais têm tornado a assistência mecanicista, ou seja, têm afastado o cliente (paciente e família) da equipe multiprofissional, descaracterizando o cuidado como ação humana (WALDOW, 1998; VILA; ROSSI, 2002).

Boemer; Rossi; Nastari (1989) relatam que as divergências em opiniões e valores entre médicos e a equipe de enfermagem podem ser muito comuns. É certo que os profissionais difiram em suas crenças e atitudes a respeito dos problemas, que afetam fatores pessoais e éticos relacionados aos cuidados de um paciente gravemente enfermo, principalmente nos casos que urgem decisões sobre a vida e a morte, ou cujo desfecho final é desconhecido. A decisão de investir na sobrevivência de um paciente, por exemplo, por ser estritamente médica, pode trazer conflitos com a equipe de enfermagem, que se torna cumpridora das decisões, sem o direito de opinar sobre elas ou exercer qualquer influência na situação.

Nós fizemos tudo o que estava a nosso alcance, nós da enfermagem, entendeu? Agora, quem pode fazer não faz [...] Vem aqui, só faz plantão e cai fora, não tem o comprometimento que a gente tem. E aí que fica nossa angústia nesse sentido. Quem pode não faz, e nós que podemos fazer, não podemos. (E5)

E a gente convive com esse tipo de coisa, entendeu, diariamente, que angustiam a gente nesse sentido, que estressam, que angustiam, que são coisas que a gente não acha certo, mas a gente não pode falar, a conduta médica. Como dizem: “Conduta médica não se discute, faz. Se faz [...] (risos...). Pelo menos aqui na UTI essa é uma regra muito clara”. Então nós temos que falar [...] (E5)

Tem um que tem uma conduta e têm outros que investe, investe, investe, investe, investe no paciente até onde não tem mais, estressa a equipe de enfermagem. Aí vem o outro e desfaz tudo o que ele fez, entendeu. (E5)

Tem alguns casos né, pontuais, isso são alguns casos pontuais. De ter alguns plantonistas que falam: Ah, faz uma ampolinha de atropina, de adrenalina pra gente poder passar o plantão [...] Ninguém fala assim, deixa, deixa [...] é complicado lá dentro. (E8)

Segundo os relatos, os enfermeiros apontam a falta de comunicação e entrosamento por parte de alguns membros da equipe, e fazem relatos indignados a respeito de suas condutas no que se refere ao cuidado prestado ao paciente, as falas trazem conteúdos referente a desvalorização do profissional de enfermagem, uma hierarquia imposta onde o desejo de

somente uma classe profissional prevalece.

As situações de terminalidade, na área da saúde, são freqüentes para os profissionais, e muitas vezes, inevitáveis, ficando o trabalhador exposto às mais diversas sensações, porque os hospitais são caracterizados como instituições de cura e recuperação, e as UTI's locais reservadas para manutenção da vida a qualquer custo (PALU; LABRONICI; ALBINI, 2004).

Os relatos revelaram que um dos fatores causadores de estresse para a equipe multiprofissional, além da morte e da carga de serviço em si, é a própria equipe. Esse fato é decorrente do pouco comprometimento por parte de alguns membros da equipe, o que interfere negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente.

Perdemos pacientes jovens por causa desse descaso muitas vezes, do médico que tem que vir aqui, ver, avaliar, fazer [...] Quem tem o poder de fazer alguma coisa? Essa é muitas vezes a nossa angústia, quem tem condições de fazer alguma coisa pelo doente não vem e não faz, entendeu. Não sei por que, não sei por que não vem, mas essa é nossa grande angústia, entendeu. (E5)

E essa também é uma coisa que estressa, que angustia a gente. Porque o outro vai lá faz, faz, faz, e o outro chega lá e desliga tudo? Qual o critério? Que um faz, faz, faz e o outro não faz? (E5)

O que se observa nas unidades críticas, em geral, é uma atenção destinada às técnicas e à tecnologia, em detrimento à condição humana e às necessidades emocionais do paciente. Contudo, é preciso não esquecer que o ato de cuidar vai muito além do fazer técnico e espera-se que a equipe de enfermagem, mediante o cuidado profissional, desenvolva suas ações objetivando não somente assistir o ser humano no momento sublime que é seu nascimento, mas comprometer-se com esse momento desconhecido em sua essência, ou seja, o momento da morte (PALU; LABRONICI; ALBINI, 2004).

Para os entrevistados, ficou claro que o ato de cuidar não consiste apenas em salvar vidas a qualquer preço, mas antes de tudo preservar a vida com dignidade e respeito, isso fica muito evidente nas falas quando os mesmos apontam a dificuldade que a equipe médica tem de perceber o fato de estarem “lutando contra a própria vida” e o quanto isso repercute negativamente na assistência e percepção profissional dos entrevistados.

Muitas vezes eu fico perguntando, eu queria entender, eu queria ter a visão que alguns médicos têm, que eu não consigo enxergar. O que eles enxergam que eu não consigo ver, né. (E6)

Eu acho que tinha que ser discutido critérios pra internação. Que o maior problema é a característica do paciente. Se tiver algum critério assim, não: Esse paciente [...] né. Problema de saúde pública, tudo bem, mas põxa, tem uma hora que todo mundo morre [...] (E8)

Na UTI, a equipe multiprofissional convive com outros fatores desencadeadores de estresse, tais como: a dificuldade de aceitação da morte, a escassez de recursos materiais (leitos e equipamentos) e de recursos humanos e a tomada de decisões conflitantes relacionadas com a seleção dos pacientes que serão atendidos. Esses são alguns dos dilemas éticos e profissionais vivenciados cotidianamente pela equipe que atua em terapia intensiva. Essas situações criam tensão entre os profissionais e, em geral, influenciam, negativamente, a qualidade da assistência prestada aos clientes (LEITE; VILA, 2005).

Em um trabalho realizado por Saar; Trevisan (2007) sobre os papéis dos profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes, os entrevistados fizeram referência ao fato de que nem todos os profissionais conhecem o papel, a função ou a competência de seus colegas de equipe. Foi mencionada uma disputa pelo poder e também o medo de perder espaço e status profissional, bem como a existência de “feudos” profissionais difíceis de penetrar. Assinalaram que essa dificuldade é decorrente do precário diálogo entre os profissionais, assim como o estudo acima, ficou evidenciado pelas falas dos entrevistados que essa realidade também se faz presente nesta UTI.

Dessa forma, dizer o que se espera de cada um da equipe, encorajar o profissional a ser responsável pelos próprios atos e deixar claro o impacto que esse trabalho tem para a equipe como um todo é essencial para uma assistência de qualidade.

### 5.2.3 A relação com a morte propriamente dita

Dentre as inúmeras possibilidades abertas para o homem, uma se destaca como certamente realizável, independentemente de seu projeto de vida: a morte, a única das certezas humanas e, paradoxalmente, a única cuja experiência direta nos é vedada por princípio, pois só temos experiência da morte do outro (CARVALHO, 2003).

A morte é vivida como possibilidade existencial, como algo que cresce e amadurece em nós à medida que vivemos. Com isso, acrescenta-se uma característica singular ao nosso modo de existir: o homem não é apenas um ente que está-aí, lançado-ao-mundo, mas, sobretudo, está-no-mundo para a morte. Vivenciar o processo de viver e morrer, na condição de vulnerabilidade, faz parte da experiência humana enquanto ser-aí (*Dasein*), isto é, de ser jogado-no-mundo e submetido aos efeitos devastadores do tempo, o que tornaria todo ser vivo humano de alguma forma consciente de ser um ser-para-a-morte (HEIDEGGER, 1993).

O trabalho, em instituições hospitalares, coloca o profissional de enfermagem frente a um grande tabu que é a própria finitude. O homem é criado pensando que é eterno e que a morte é algo que acontece com os outros, com um conhecido, com um paciente. Não ousamos sequer pensar na nossa própria morte ou na morte de nossos entes queridos, não pensamos que a terminalidade é uma condição existencial inerente à condição humana.

A partir de 1970, a morte foi praticamente institucionalizada porque a evolução tecnológica implantada nos hospitais, principalmente às unidades de terapia intensiva, criou o hábito de manter as pessoas internadas, mesmo aquelas vítimas de doenças crônicas, sem possibilidades terapêuticas. É por isso que, atualmente, um grande número de pessoas morre nos hospitais, onde o moribundo fica isolado de seus entes queridos, permanecendo ao lado apenas os profissionais de saúde que o assistem (GUTIERREZ, 2003).

No meio acadêmico e científico, o profissional de enfermagem é formado também para vencer a morte, o que leva a pensar que se tem o dom de “curar a morte”, e quando isso não ocorre, vem o sentimento de impotência, de fracasso profissional.

Isso se torna ainda mais evidente nas UTI’S, que prestam cuidados contínuos a pacientes em extrema condição de vida-morte, e não obstante, essa prática do domínio da vida e da morte também impera com grande força nestas unidades de atendimento.

Para os profissionais de saúde, o processo de morrer é penoso e árduo, ainda mais para a equipe de enfermagem de UTI porque permanece o tempo todo ao lado do paciente, presenciando todo o seu sofrimento e também o sofrimento de sua família (GUTIERREZ, 2003).

As questões da morte foram amplamente discutidas nas falas dos entrevistados, e são exemplificadas:

É muito triste, porque por mais que você, que é uma realidade do seu serviço, morte é sempre triste principalmente quando é paciente jovem ou paciente que tem prognóstico, que tá conversando e daqui a pouco desestabiliza e acaba evoluindo pra óbito, isso é muito doloroso. Eu particularmente até hoje não consegui dominar isso [...] (E1)

A gente não tá preparado prá morte. A gente quer viver, a gente quer que as pessoas vivam, quer que as pessoas estejam bem. (E1)

Mas a morte tem estressado, estressa, preocupa, principalmente se é um paciente jovem. (E2)

[...] então eu falo assim: “Não sei lidar com morte”. Realmente eu acho que a gente cria barreiras, prá se proteger. (E7)

E é difícil falar sobre morte, é uma coisa que todo mundo na verdade sabe que vai acontecer, mas todo mundo tem medo e não sabe lidar mesmo. Nem nós enquanto profissionais. (E8)

As falas expressam a dificuldade de conviver com o sofrimento e com a morte, e muitas vezes estão associadas ao significado de libertação em relação ao sofrimento e à dor.

Este sentimento de angústia nasce a partir do momento em que o homem passa a enxergar além da banalidade do cotidiano, reconhecendo assim sua situação, ou seja, um ser jogado-no-mundo sem motivo algum, destinado à sua própria morte. A morte é uma experiência pessoal e intransferível, pois não se pode experimentar a morte dos outros, a morte pertence à própria estrutura essencial da existência (HEIDEGGER, 1993).

Para Souza; Boemer (2005), o profissional de saúde tem o seu ser-aí envolvido com o ser-que-está-doente, e a partir do momento que assume o cuidado do paciente em estado grave, passa a ser-com-o-outro-que-está-morrendo e esta relação sempre afeta, de alguma maneira, a sua existência. A nossa experiência com as situações de morte e morrer advém da morte do outro, que nos remete à percepção de que também somos seres para a morte e que, em algum momento de nossa existência, passaremos pelo processo do morrer. As intervenções de cuidado para com o paciente se apresentarão permeadas pela nossa postura frente ao morrer, como o ser-cuidador que percebe o ser-que-precisa-ser-cuidado.

A morte de pacientes é considerada pelos trabalhadores de enfermagem como uma das situações mais difíceis de ser enfrentada. Com frequência, esses trabalhadores, ao acompanharem o processo de morte dos pacientes, identificam-se projetivamente, antevendo a sua própria morte. Além disso, a morte suscita nestes profissionais a sensação de que o mesmo possa acontecer com parentes ou amigos, e ainda recupera a lembrança de perdas de pessoas que lhes foram significativas (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002).

A reação diante da morte dos pacientes é dimensionada conforme cada caso. O investimento que se faz, o prognóstico de cada um, o envolvimento com o paciente e a família podem levar os profissionais a optarem pela negação, fuga, ou levantar uma barreira de proteção para o alívio das constantes mortes presenciadas na unidade, o que fica evidenciado pelas seguintes frases:

[...] esses tempos teve uma paciente aqui na UTI. Ela tinha em torno de 30 e poucos anos, e ela chegou andando no dia anterior no pronto socorro e veio prá UTI à noite, e piorou muito de manhã, assim, ela tava muito grave e acabou falecendo conosco. E daí assim, nessa hora, na hora em que eu comecei a ler a história dela, liguei, ela tinha 02 filhos, o esposo táva aqui, sabe [...] Então assim, nesse dia em especial eu fiquei muito, muito abalada assim [...] (E3)

Não tem como ser insensível, de dizer: “Não, morreu, morreu.” A gente sente, ou pelo paciente ou pela família. (E1)

Então eu sofro bastante, eu tive bastante questões de perda de familiares, né? Então você já se distancia um pouco do paciente [...] Prá não sofrer [...] (E5)

[...] esquece, não liga muito, entendeu? Cada um faz a sua parte, o que tem que fazer. Se você começar a fazer isso você fica muito angustiada, fica depressiva, você sai daqui muitas vezes muito chateada, então é melhor esquecer, fazer de conta [...] cada um vai lá faz a sua parte e acabou. (E5)

Então por isso que eu te falo, enquanto não tem comprometimento emocional, psicológico, ótimo, beleza [...] (E5)

Na verdade a gente acaba também criando algumas barreiras né. Acho que talvez é mecanismo de defesa, talvez porque você sofre demais, então no outro você começa a ficar mais rígida, né. Tenta não criar muito vínculo. (E7)

Eu não sinto assim [...], eu vou falar prá você, que eu já fico chocada diante de uma morte de um paciente, muito pelo contrário, eu fico mais aliviada [...] (E6)

As falas apontam que a morte representa a finitude da vida e faz parte do processo natural do viver. Reconhecem que o fim de todos os seres vivos é a morte, mas mesmo assim não estão preparados para lidar com ela.

Shimizu; Ciampone (2002, p.151) apontam que:

Quando algum paciente morre, todos os trabalhadores da UTI sentem que foram reprovados na prova de competência, já que acreditavam ter todas as condições materiais e de recursos humanos para salvá-lo. Diante dessa situação, sentem a onipotência desmoronar, o que dá lugar a sentimentos intensos de fracasso e de impotência. Para eles, não há espaço para o luto e para a vivência da dor. Há uma exigência de controle, pois o leito daquele que acabou de morrer raramente fica mais que algumas horas vazio. A demanda por cuidados intensivos é grande, e logo o leito está novamente ocupado por outro doente. O luto é assim empurrado para o porão da consciência e os trabalhadores precisam "rapidamente" acumular forças para começar de novo.

A morte é uma realidade bastante presente no trabalho de enfermagem de UTI, considerando as peculiaridades dos pacientes atendidos. Mesmo assim é a situação mais difícil de enfrentar, exigindo uma forma bastante peculiar de enfrentamento, que garanta a continuidade do trabalho e da assistência.

Os sentimentos despertados diante da morte exigem dos profissionais o estabelecimento de estratégias de defesa para o enfrentamento da situação crítica e para a preservação da saúde mental. Em consequência dessa realidade, surgem os atendimentos frios e desumanizados, a banalização da vida e, em muitos casos, a perda da sensibilidade frente ao



sofrimento do outro, conforme as seguintes falas:

[...] e outra coisa que me incomoda, hoje em dia, é que a gente vai perdendo um pouco do feeling humano. Chega uma hora que: Morreu... não tinha mais nada prá fazer [...] (E8)

[...] a nossa concepção, de enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva vai mudando conforme o tempo, né. Então, eu até esses tempos estava refletindo sobre isso, dá a impressão que nós ficamos meio mecanizados, né. Parece que a gente acaba assim, não tendo muito sentimento quando você se depara com uma parada, com uma pessoa que venha a falecer [...] (E3)

[...] a minha preocupação, eu acho que nós como enfermeiros, com o passar do tempo a gente vai ficando menos sensibilizados com a morte. Você acaba encarando ela numa maneira muito assim, entre aspas né, normal, do que as pessoas que não convivem aqui. (E3)

Então assim, dá a impressão que quando as pessoas são mais jovens, que a gente acaba se sensibilizando mais né, se vendo no lugar da família e tudo. Só que assim, quando é uma pessoa, um paciente que tem assim, um idoso, que você vê que tem um prognóstico complicado, tá seqüelado, vivendo uma dependência, restrito numa cama, então assim, quando acontece né, com esse prognóstico, parece que você assim, é [...] Ah, ele é assim, assim, assim, então você acaba arrumando alguma coisa prá se conformar né, que ele foi a óbito. (E3)

O paciente está em quadro geral mal, né, então você já sabe que a expectativa de vida desse paciente é a morte. Então se o paciente vier a parar, ou não sobreviver, você não liga muito, porque você sabia que esse é que seria o caminho derradeiro, o final, digamos assim, da vida dele, entendeu [...] (E5)

[...] você fica muito cética, você não consegue separar o seu trabalho da sua convivência familiar. Então você muitas vezes fica mais fria, não liga tanto pras coisas no seu convívio, não dá tanta importância pros pequenos detalhes, questão de carinho, você não liga [...] (E5)

A primeira vez que eu vi um paciente morrer [...] “Nossa”, né. Aí tem a 2ª, e na 20ª você já tá [...] mas é questão de que a única certeza de todo mundo é a morte. (E4)

O processo de morrer dos pacientes, de acordo com a análise das falas acima, é percebido como um momento difícil, embora mascarado pela frieza que nada mais é, senão, a tradução do sentimento de impotência e estresse.

Os discursos mostram que o medo da morte se traduz como o medo do desconhecido, embora existam tentativas para desvendar a morte, ainda não se sabe como é o morrer e o que acontece durante e após este evento, por isso cria-se uma “carapaça” de proteção no sentido de não ser atingido pela morte do outro e assim não sofrer a sua própria morte, ou daqueles que estão mais próximos, os familiares e amigos.

[...] a morte não é um fim e é só mais um estado, eu tô passando dessa vida prá uma outra vida, me dá esperança. (E2)

Ninguém gosta muito de pensar na morte né. Eu tento pensar que é uma passagem pra uma vida melhor né. Que morreu, que lá do outro lado a gente espera que seja melhor do que a pessoa teve aqui. (E6)

Percebe-se nestas falas, questões relacionadas às crenças religiosas, e isso muitas vezes ajudam as pessoas a aceitarem a morte de forma menos dolorosa, como não sendo o fim da existência. É uma forma de consolo, de aceitação, de encarar a morte como parte da vida, mas de uma vida que não tem fim, ou seja, que continua do outro lado da eternidade. A esperança em outra vida trás uma outra perspectiva, um outro olhar e faz com que os entrevistados vivenciem de modo menos doloroso a morte.

Kovács (2005, p. 485) aponta que o mistério da morte nos acompanha desde a tenra idade e que durante nosso ciclo vital, várias perguntas são formuladas: “De onde viemos e para onde iremos?”; “A morte é o final da existência ou apenas uma transição?”; “Por que pessoas jovens e saudáveis morrem rapidamente e os idosos não?”; “Por que algumas pessoas fogem do assunto e outras fazem piadas?”. E as perguntas continuam porque o ser humano tem característica questionadora, e vai em busca de explicações para a sua própria existência.

Durante a assistência ao paciente, em processo de morrer, o profissional de enfermagem sofre muito, pois se sente impotente e inconformado com a presença da morte e também despreparado emocional e psicologicamente (LUNARDI FILHO et al., 2001).

A morte-do-outro pode se mostrar marcante na vida dos que ficam, permitindo que experimentem o sentimento da perda. Sentimento este que só pode ser sentido pelos que ficam. Acompanhar a morte do outro permite aos que ficam experienciarem o fenômeno da perda, sem, necessariamente, deixar-de-ser-no-mundo (TRINCAUS, 2005).

Desta mesma forma, também foram evidenciados relatos que levantam esta questão de que a morte é alívio para quem vai, mas difícil para quem fica.

[...] prá pessoa que acontece eu não acho que é uma coisa ruim né, é um sentimento ruim que a gente não sabe lidar ainda nas pessoas que ficam aqui, mas assim, a pessoa que vai, eu acho que é um sentimento bom, de paz [...] (E3)

A morte é o fim aqui na terra, mas é o começo de uma nova vida. É alívio pra quem vai, é sofrimento pra quem fica. (E4)

[...] eu acho que é mais difícil pra quem fica, sente mais, tanto familiar quanto quem estiver próximo [...] (E7)

O paciente não, o paciente deixou de sofrer, agora o problema é quem fica. (E4)

Carvalho (2003, p. 135) relata que:

A relação entre o profissional de saúde e o paciente, no processo de morrer, apresenta problemas específicos que se revestem de grande importância na ação do curar e do cuidar. A doença é a experiência da fragilidade que provoca, na situação da finitude, a consciência aguda da mortalidade. É uma situação complexa porque ultrapassa o limite simplesmente biológico da intervenção médica e de enfermagem, configurando-se na relação dos profissionais de saúde com o paciente numa dimensão mais profunda e delicada do que a relação puramente terapêutica.

Em seus discursos, os profissionais revelam o sentimento de que a cura foge às competências do saber humano e a única coisa que está ao seu alcance é proporcionar ao paciente cuidados de higiene e conforto, o que resultará em um processo de morrer mais digno e humano.

Então eu tenho uma tranquilidade muito grande de lidar com esse doente e com a morte desde que eu sei que eu fiz o máximo e que eu ajudei prá que a minha equipe tenha feito o máximo. (E2)

Os entrevistados apreendem que assistir a um paciente em situação de morte é um desafio, tanto pela situação vivida pelo paciente e seus familiares, quanto pela angústia, dúvidas e incertezas geradas por este processo; porém, entendem que “ser presença” junto a este paciente exige resgatar o valor da vida, a sensibilidade de se pôr no lugar do outro, o sentido de viver e o significado de morrer.

Fernandes et al., (2006) relatam que a participação dos enfermeiros, no morrer dos pacientes, afeta-os diretamente. A exemplo do que ocorre com os demais membros da equipe de saúde, esta vivência desperta os mais diversos sentimentos: a sensação de impotência surge como decorrência da educação mecanicista recebida, a tentativa frustrada de manutenção da vida, por meio da utilização de recursos tecnológicos, acaba provocando estresse, em razão da responsabilidade assumida perante a sociedade.

Desde a sua formação, o profissional enfermeiro sente-se comprometido com a vida, e é para preservação desta que deverá sentir-se capacitado; sua formação acadêmica está fundamentada na cura, e nela está sua maior gratificação. Assim, quando em seu cotidiano de trabalho necessitam lidar com a morte, em geral, sentem-se despreparados, e tendem a se afastar dela (BOEMER; ROSSI; NASTARI, 1989).

[...] eu procuro não pensar muito não, porque se você pensar muito eu vou, como se diz, “sair da casinha”. Então eu procuro não ficar [...] né [...] porque acho que se eu tivesse pensando muito eu já tinha saído da UTI ou largado a enfermagem né, já tinha largado a enfermagem porque você aprende que você tem que cuidar da vida, dar condições de vida, tudo, mas eu acho que eu faço tudo ao contrário. (E6)

Porque a vida da gente aqui muitas vezes é uma frustração grande, chega lá fora e também tem outras coisas, se ficar deixando essas coisas interferir na minha vida eu vou “sair da casinha”, né. (E6)

Eu sei o quanto é difícil isso, mas, essa parte eu ainda tenho que trabalhar muito, muito, muito mesmo. (E8)

Os relatos deixam claro que a condição de saúde do paciente gera sofrimento e faz com que os entrevistados mantenham uma atitude distanciada, como um mecanismo de defesa. O sofrimento gerado pela assistência direta a estes doentes soma-se aos seus próprios padecimentos, pois os enfermeiros são pessoas vulneráveis como outra qualquer, porém estão constantemente expostos a situações de dor, estresse, limitações e morte.

O cuidar do paciente grave pode se tornar impessoal, fato este às vezes necessário para se manter a saúde mental, pois não se está, culturalmente, preparado para isto e, como um mecanismo de defesa e proteção contra o sofrimento, o processo de morte e morrer passa a ser visto como banal, sendo o distanciamento e endurecimento das relações frente à morte e ao paciente terminal algo tornado natural e considerado comum e rotineiro (MOREIRA; LISBOA, 2006).

Durante as entrevistas, ficou claro que falar do paciente, falar da morte do outro, não condiz com as reações e atitudes em se tratando das mortes que são próximas dos entrevistados e de situações particulares dos mesmos.

Quando é conosco a coisa muda. Então de repente eu acho que eu poderia encarar desestruturando totalmente [...] Eu fico mais neurótica porque eu acho que uma unha encravada ela já vai vim parar numa UTI. (E3)

[...] eu já tive alguém próximo que morreu né, e a gente , então a gente se pergunta: Porque com a gente? É tão acostumado com os outros e quando chega a nossa vez de perder alguém é difícil. (Pausa demorada...) Eu já me perguntei por que tinha que acontecer comigo. (E4)

Então aí é diferente, ficaria totalmente desesperada, choraria um monte, horrores, porque é uma coisa que eu sei o que está acontecendo. (E5)

O profissional de enfermagem deve ter em mente que quando a morte é uma probabilidade muito próxima, e quando se identificam situações em que a adoção de novas terapias não mais trarão benefícios para os pacientes, e pelo contrário, somente agregará mais sofrimento a eles, cabe à equipe da UTI promover discussão com base em conceitos éticos e morais, e que inclua todos os elementos da equipe e a família do paciente.

#### 5.2.4 A dinâmica do trabalho e suas implicações na morte e no morrer dos pacientes

Um dos achados relevantes, deste estudo, foi o fato de que a UTI, em estudo, possui especificidades que acarretam nos entrevistados algumas insatisfações, no que se refere à idade dos pacientes, à taxa de permanência na UTI, ao prognóstico e às condutas tomadas pela equipe. Além disso, o quadro de funcionários permite que o enfermeiro seja tido como assistencial prestando cuidados ininterruptos ao paciente, desde as atividades mais simples às mais complexas, atuando também na organização do cuidado e nas tarefas administrativas.

Essas peculiaridades podem ser evidenciadas nas seguintes falas:

E a gente já sabe qual vai ser o fim. A gente sabe que vai acabar evoluindo prá óbito e ele fica com a gente 40, 60, 90, 100 dias [...] (E1)

[...] embora a gente saiba que ele ia a qualquer momento, mas a gente acaba acostumando porque é sempre mais de 120 dias que eles ficam aqui com a gente [...] (E1)

Têm pacientes que estão com a gente 70 dias internados [...] (E5)

Os discursos apontam características próprias dessa unidade. Relatam que os pacientes ficam muitos dias internados e isso gera insatisfação porque reconhecem que o investimento, o tempo e a dedicação dispensada serão em vão.

Sanches; Carvalho (2006) caracterizaram o perfil dos pacientes internados na UTI em estudo no ano de 2005 e evidenciaram maior internação de pacientes masculinos, acima de 65 anos, com doenças do aparelho circulatório e respiratório, com um tempo de internação que variou de 01 a 145 dias. Outro dado interessante a ser levantado é o fato da alta incidência de óbitos nesta unidade, ou seja, 49,13% dos internamentos.

Dentre todos os seres humanos que convivem com os sentimentos gerados pela morte, os profissionais de saúde que atuam em UTI'S são os mais susceptíveis pois lidam com essa realidade constantemente e ficam, dessa maneira, expostos aos mais diversos sentimentos, já que se percebe que eles desenvolvem um trabalho exclusivamente voltado para a cura e não para a morte. É importante destacar que a morte para esses profissionais perpassa além do saber científico e profissional, a sua existência humana, fazendo com que se sintam frustrados pelas perdas, não tendo condições de elaborar os “lutos” e lidar com os aspectos emocionais suscitados por ela.

[...] prá gente discutir com a equipe prá tentar desmistificar também essa idéia da morte e da nossa alta taxa de mortalidade que pode parecer como uma UTI terminal. Essa não é uma UTI terminal. (E2)

É, a taxa de mortalidade realmente é grande mesmo, mas até a gente se questiona muito. A maioria é grave, os que vêm pra cá, sem chance mesmo. (E7)

Mas aqui, o índice de gravidade eu vejo que é muito alto. (E4)

É um lugar assim, que te angustia, porque a maioria, pela realidade da nossa UTI principalmente, pelos pacientes já chegarem com várias patologias já de base, então são pacientes com um prognóstico muito reservado. E a gente já sabe qual vai ser o fim. (E1)

E é um dos meus pedidos prá equipe, prá coordenação da equipe da UTI prá que a gente trabalhe a nossa taxa de mortalidade, a gente trabalhe o nosso perfil do doente prá que a gente entenda também que diante de um perfil de doente mais idoso, com várias patologias associadas, obviamente que a nossa taxa de mortalidade vai ser maior. (E2)

Os entrevistados compreendem que a UTI não é um local para a morte e sim para a vida. Lutam pela vida, mas acima de tudo, vida com qualidade. Percebe-se um grande desalento por parte dos enfermeiros quando citam que a unidade onde trabalham é vista como uma unidade terminal, como se os pacientes que para lá são encaminhados estivessem condenados à morte certa.

As UTI's, na sua grande maioria, são consideradas locais "frios", onde se dispensa enorme atenção aos aspectos técnicos em detrimento às questões humanas. Esta atmosfera distante e impessoal é consequência do uso da tecnologia, pois cria distanciamento entre enfermeiro e paciente mediados pelos aparelhos que desenvolvem, neste último, sentimentos de dependência e submissão. A convivência com a dor e a aflição que acompanham o processo de morrer, é capaz de modificar a prática do cuidado, na qual o cuidador se torna compassivo perante o sofrimento, mas busca a melhor maneira de ajudar o paciente na hora da sua morte. Portanto, o sentimento de indiferença passa a ser utilizado também como um mecanismo de defesa e proteção contra o processo de finitude, que passa a ser considerado como banal (PALÚ; LABRONICI; ALBINI, 2004).

Então eu sei que eu vou trabalhar com a morte perto sempre, freqüentemente, então não é uma questão de eu me acostumar, é uma questão de eu saber que isso existe e que vai fazer parte do meu trabalho. (E4)

Os entrevistados expressam que alguns profissionais iludem-se com a tecnologia e com isso perdem o senso crítico, o que resulta somente em mais sofrimento para a família, equipe e para o próprio paciente.

A UTI nossa evoluiu com a tecnologia, nós temos uma tecnologia de ponta e a gente não discutiu aonde é que nós vamos parar. Aonde nós vamos parar na assistência do doente. Isso é uma coisa que a gente devia discutir. (E2)

[...] é a mecanização da assistência que acaba, infelizmente numa UTI, às vezes com um perfil muito crônico, que você acaba tendo essa mecanização. (E3)

Pessini (1996) afirma que o conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas serviram para tornar o morrer mais problemático, difícil de prever e lidar, fonte de complicados dilemas éticos, geradores de angústias e ambivalências. O autor questiona a tecnolatria e afirma que é necessário refletir como a medicina pode ajudar o paciente a morrer em paz. Cita ainda que a “parafernália tecnológica” a que estão submetidos os pacientes de UTI não só conseguem minorar-lhes a dor e o sofrer, como ainda os prolonga e os acrescenta inutilmente.

O isolamento da UTI, o especialismo aprofundado e restrito, a tecnologia, o poder de cura da ciência médica, todas essas condições que salvam vidas e possibilitam sua extensão, são ao mesmo tempo as condições de maiores riscos para a iatrogenia. Manipulam os corpos das pessoas para conhecerem seus limites e isso se torna obrigatório em cada intervenção.

Benincá (2002) aponta que as ocorrências inesperadas nas condições de um paciente são eventos altamente estressantes e redundam no aumento da ansiedade e do temor, principalmente quando sobrepõem as esperanças de um bom prognóstico. As pressões profissionais às quais se submete o pessoal de enfermagem têm seus efeitos potencializados pela própria dificuldade de enfrentar a morte de pacientes nos quais são investidos tantos recursos e tantas expectativas.

O sentimento de impotência pode trazer sofrimento ao trabalhador de enfermagem, o qual faz questionamentos sobre o que pode ou não fazer para recuperar ou manter a vida do paciente que está em seus cuidados. Juntamente a estas questões vivencia o conflito da vida e da morte.

As palavras dos entrevistados expressam que é muito difícil aceitar algumas atitudes relativas à tomada de decisão, como a utilização de todos os recursos possíveis para manter a vida do paciente sem considerar o sofrimento que esta conduta possa lhe causar. Às vezes, relatam que o sofrimento vivenciado pelo paciente é tamanho que chegam a ansiar pela morte como sendo algo que abrevie a dor tanto do paciente, família, quanto da própria equipe.

Como a gente tem paciente muito, muito crítico, talvez a morte chega a ser até um alívio que a gente sente prá gente e pro paciente, né. (E4)

Porque a gente trabalha muito com pessoas idosas, então eu acho que teria que deixar essas pessoas seguir o ciclo normal delas. (E6)

Os entrevistados também se questionam a respeito de suas próprias atribuições enquanto “seres cuidadores da vida”, e como tal, reconhecem a morte como uma etapa da vida, da qual a equipe tenta manter a qualquer custo, sem levar em consideração as chances reais de qualidade de vida deste paciente.

Então eu sinto muitas vezes assim, que [...] sabe [...] um serviço assim perdido, sabe. Não tem aquele prazer, né. Igual tipo, nós passamos as duas últimas semanas com gente diferente, gente jovem, entrou, saiu, então a gente sente mais ânimo prá trabalhar. Aí a gente vem aqui, com esses pacientes né, então a gente não sente ânimo disso. (E6)

Eu acho que assim, realmente a taxa de óbito é grande, eu fico pensando: “Será que eu vou agüentar?”. (E7)

[...] discutir mesmo o critério de internação, que isso já acarretaria em menos mortes pelo que eu entendo. (E8)

Conviver, diuturnamente, com a morte faz parte do mundo-vida da enfermagem, mais ainda em situações de crise e emergência como é o caso da UTI. Todavia, neste estudo, este fenômeno se revelou com um componente de dramaticidade especialmente pela dinâmica do trabalho e especificidade da UTI. É fonte de profundo sofrimento e de angústia para os enfermeiros desenvolver atividades, cuidar, conviver com pacientes e familiares já sabendo de antemão da pouca perspectiva de um bom prognóstico. Mais difícil se torna essa situação quando os enfermeiros se vêem refém dela, uma vez que não opinam e nem são consultados quanto aos critérios de internação na unidade. Acredita-se que a dinâmica deste local de trabalho seja a responsável por grande parte da angústia dos sujeitos que têm, assim, aumentada sua impotência e seu fracasso frente à morte e ao morrer.

### **5.2.5 O relacionamento com a família do paciente em processo de morte e morrer**

A internação do paciente, em terapia intensiva, é um momento quase sempre difícil para a família, que pode experimentar sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro de seu familiar, sentimentos que também envolvem as suas próprias perspectivas de vida.

A internação de um familiar, em uma UTI, apresenta-se como um momento crítico, especialmente pela sua entrega aos cuidados de uma equipe de saúde de uma unidade com o



estigma de ser um local para pacientes graves e terminais, podendo despertar na família vários sentimentos negativos. Ao adoecer e hospitalizar-se de forma súbita, o cliente é deslocado do seu meio ambiente, gerando uma situação de crise para todos os membros de sua família, pois, junto com a doença que ameaça a sua vida, vêm compartilhados o medo, o estresse, os sentimentos de perda e a preocupação com a morte. Considera-se que a assistência prestada, especialmente à assistência de enfermagem, deve estar direcionada à unidade familiar como um todo, sendo fundamental percebê-la como de extrema relevância, incluindo-a nas ações de cuidado (FERRIOLI et al 2003).

Corrêa; Sales; Soares (2002) citam que a internação do paciente em terapia intensiva é um momento quase sempre difícil para a família, que pode experimentar sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro de seu familiar, sentimentos que também envolvem as suas próprias perspectivas de vida. Neste momento, emerge a angústia da família ao perceberem que a morte pode ser uma ocorrência muito próxima e concreta.

Nesta UTI em estudo, os horários de visitas são restritos a dois visitantes em cada período, sendo 30 minutos no período da tarde e 30 minutos no período da noite. O plantonista da tarde reserva um momento para informações breves com os familiares de cada paciente ao final da visita. Além dessas informações, é feito um boletim por período que é passado para a Portaria do Hospital com as informações básicas sobre o estado de saúde dos pacientes, as quais também podem ser repassadas por telefone.

Na hora da chegada, quem acolhe os familiares é um funcionário do quadro administrativo que fornece o avental e instrui a lavagem das mãos antes e após a visita, orientando também qual é o box que cada paciente está internado.

Não é informado previamente aos familiares sob quais condições estará seu familiar dentro da unidade, nem mesmo realizado um atendimento formal pelos enfermeiros.

Foi verificado maior envolvimento do turno da tarde com a família do paciente, ou pelo perfil dos entrevistados, que afirmaram gostar da interação com a família, ou pela questão do vínculo que se faz constante em todas as tardes com aquele mesmo grupo, pois durante a visita noturna as equipes se rodiziam em três noites.

A relação com a família se revelou na fala dos enfermeiros como um fenômeno ambíguo, porque apesar de afirmarem a importância deste contato com a família, tanto para prestar uma assistência mais humanizada, quanto para uma recuperação mais rápida do doente, os enfermeiros alegam não querer se relacionar porque o envolvimento requer trocas, laços, e afetividade, aumentando dessa maneira o sofrimento ao lidar com esse paciente no seu processo de morte e de morrer.

[...] a gente sente, a gente sente pela família. Tem família que são bem mais sensíveis e acabam passando isso pra gente também. É bem complicado [...] (E1)

A gente sente, ou pelo paciente ou pela família. Pelo paciente nem tanto porque a gente sabe que ia ter uma vida sem nenhum tipo de qualidade, mas que para a família era importante que ele ficasse bem [...] (E1)

A relação com a família é uma coisa que a gente devia discutir mais [...] eles não têm um vínculo afetivo com o médico, tem vínculo com a enfermagem porque ela vê todos os dias aquela mesma pessoa ali [...] (E2)

Bolela; Jericó (2006) afirmam que a família deve ser compreendida como um aliado importante da equipe, podendo atuar como um recurso por meio do qual o paciente pode reafirmar e, muitas vezes, recuperar sua importância no tratamento, de forma a investir nas suas possibilidades de recuperação.

Então eu acho assim, que às vezes a gente precisa se envolver muito mais com a família pra gente conhecer um pouco mais a realidade daquela pessoa, pra que a gente acabe assim, nesse momento, se sensibilizando mais, vê que não é só um paciente, vê que a pessoa tem uma vida toda fora daqui, e quando uma ligação acaba acontecendo eu acho que a gente se comove mais né. (E3)

A gente não fica tão sozinho quando a gente tem a relação da morte, quando a gente consegue discutir inclusive com a família. Será que essa morte não é tranquila pra família? (E2)

A maioria dos discursos referiu a dificuldade em lidar com a família. Os enfermeiros percebem os sentimentos de sofrimento dos familiares e sentem dificuldades em lidar com eles. Para alguns essa dificuldade está vinculada à organização do trabalho e às especificidades de uma terapia intensiva, às próprias limitações pessoais ou as da equipe de saúde e, ainda, ao modo das famílias expressarem seus sentimentos.

A enfermagem pode, ainda, assumir uma postura de indisponibilidade e de intolerância para com a emoção provocada pela percepção do sofrimento do outro. Ao rejeitar ou negar o sofrimento do usuário, a enfermagem se protege.

[...] acho que por a gente não ter um contato muito direto com a família, a gente se distancia de uma maneira, que pra você só o paciente ali: “Ah, morreu, morreu”. Você não sabe a história dele, não sente o que a família [...] Quando você passa a falar com a família, junto com o médico, a coisa muda. (E3)

Eu acho que o contato com o familiar é bem distanciado. A gente presencia muito o horário de visita, mas ao mesmo tempo você fica com receio de conversar com a família e criar esse vínculo e até porque depois eles podem estar questionando e você não sabe até que ponto o médico contou pra família, ou que não contou né. (E7)

Então, eu acho que acontece muito a questão de você encaram a morte de uma maneira normal a partir do momento que você passa a se distanciar da família do doente. (E3)

Nos discursos, foi levantada a questão da distância que existe entre a equipe de enfermagem e a família e ressaltam a importância e até a necessidade de se estabelecer esse vínculo, tanto para melhor recuperação do doente, quanto para melhor assistência prestada.

Corrêa; Sales; Soares (2002) apontam que a família, por si mesma, ao deparar-se com aquele ambiente estranho e com o aparato tecnológico, não tem meios mais efetivos para convencer-se de que seu ente querido pode se recuperar. Assim, vai à busca daquele que, ao manipular, de certo modo, a vida de seu paciente, pode prestar-lhe esclarecimento: o profissional da saúde. Os enfermeiros percebem ainda que a tecnologia, o saber dos profissionais e a própria dinâmica de trabalho da unidade também se relacionam aos sentimentos de medo, de ansiedade e de insegurança.

A efetiva assistência à família pauta-se na capacidade de se colocar no lugar de quem está sendo cuidado. Quanto mais se conhece a respeito do paciente, maior é a possibilidade de empatia e maior a compreensão de suas emoções, percepções e necessidades.

A gente ainda, com as famílias, a gente ainda mantém uma distância muito grande deles. Então essa é uma coisa que eu queria deixar como recado assim, de que a gente precisa ter esse vínculo com a família. É importante, até pra gente entender a complexidade que é aquele ser doente que tá ali, dentro no meio familiar. (E2)

Talvez a gente entenda a morte dele, aceite ou não a morte dele de uma forma melhor, se a gente saiba entender qual é o sentido que ele faz dentro da família, o que ele [...], em que posição da família ele se encontra, tá. (E2)

[...] é um ou outro que abre o olho, que te atende às suas solicitações, a maioria tá sempre sedado, então algumas coisas que você sabe, se é uma boa pessoa ou se era assim, ou se era assado, é através do contato com a família, né. (E1)

A visita hospitalar proporciona interação entre a pessoa doente e seus familiares. Vários autores consideram a visita extremamente importante, porque representa segurança afetiva ao doente e, além disso, a família anseia por este contato para fortalecer o relacionamento família-paciente e família-equipe (FERRIOLI et al., 2003).

Para Leske (1992 apud FREITAS, 2005), a busca por informações retrata a necessidade que a família tem de conhecer o real estado de saúde de seu familiar. Essa informação pode ser transmitida de várias maneiras, como por exemplo, a partir da permissão para observar seu parente, da participação nos cuidados prestados, da conversa com o médico e do acesso a outros profissionais que cuidam do paciente.

Outro ponto levantado pelos enfermeiros é a dificuldade de lidar e informar os familiares. Relatam que às vezes não sabem qual conduta tomar frente ao familiar durante o horário de visita porque alguns membros da equipe médica não assumem seu papel de comunicar o quadro clínico e demais intervenções. Apontam também que os profissionais da equipe médica precisam reconhecer que, nesse momento, a família também está ansiosa e sente-se isolada, com medo da morte e sem controle da situação. Deste modo, o fardo de lidar com a morte e o morrer dos pacientes aumenta significativamente para os enfermeiros, pois está mais próximo da família, sabe da condição do paciente e se vê, por questões de hierarquia profissional, impedido de passar informações, de dizer o que a família precisa e quer ouvir.

Eu acho que realmente é difícil de lidar mesmo, com a morte. Então quando o paciente vai a óbito, eu não sei, a gente fica assim: “Quem vai comunicar, né?”. Porque tem médico que não gosta de comunicar, mas eu acho que é função dele estar comunicando, até porque a família pode estar questionando o que foi feito, o que não foi feito. É complicado porque alguns médicos não querem estar comunicando. (E7)

Outra coisa que a gente vem discutindo muito também né, é a questão do que o médico tem passado pros familiares, então [...] alguns médicos colocam” “Oh, tá mal, tá grave [...]” Praticamente não tem informação. A maioria dos médicos, dá pra contar acho que uns 2 ou 3, acho que orientam também, informam também como é que está o paciente, porque o restante é só: “Tá mal, tá grave [...]”. Você vê a família perguntando, querendo saber mais, e aí vai a óbito e você vai falar o quê? (E7)

[...] depois que o paciente morre, já não penso mais tanto no paciente, mas a gente sempre fica com receio por causa da família, de dar a notícia pra família, de ver como que a família vai reagir. (E4)

Mirr (1991 apud FREITAS, 2005) identificou a importância da informação para os familiares, comentando que as notícias recebidas são fatores que irão interferir diretamente no processo de tomada de decisão da família, sejam estas relacionadas ao doente ou aos próprios membros da família. A autora chama atenção dos profissionais para o cuidado com os informes passados, de modo que possa transmitir ao familiar o seu interesse na compreensão das informações. Freitas (2005) diz ainda que é fundamental que o profissional forneça informações adequadas a respeito das mudanças na condição do paciente, usando uma linguagem simples, de modo que promova conforto e esperança.

Foi evidenciada através das falas uma faceta importante também do convívio com os familiares no que diz respeito ao afeto, preocupação e cuidado que os mesmos têm com seu ente internado. Levantaram que para algumas famílias a internação na UTI é um alívio, porque há um isolamento do paciente configurando-se na diminuição do “fardo” para essas famílias.

Muitas famílias deixam o doente dentro da UTI, pedem pro doente vir pra UTI, porque não conseguem uma relação perfeita com a morte e acompanhar esse familiar dele que sabem que é inevitável a morte, e pedem pra afastar ele e botar ele dentro da UTI. Então isso é muito difícil. (E2)

Às vezes a gente está investindo ao máximo em um paciente daqui, que essa família tem o seu familiar que tá aqui dentro, que tá no asilo e que ele vai sair daqui e vai fazer questão de deixar o pai ou a mãe no asilo de novo. Então tem que discutir essa relação da família, essa responsabilidade da família e até que ponto a família também é parceira na assistência do doente. (E2)

Teve também aqueles que a gente não desistiu de investir e que a família já tinha desistido há muito tempo [...] (E2)

Mas a chance que a gente está dando pra ela, lá fora ela não tem chance nenhuma, porque a gente deixa eles muito debilitados, cheios de seqüelas, então a hora que ele vai prá família, será que a família vai ter estrutura de cuidar? (E6)

Bolela; Jericó (2006) afirmam que o ambiente da UTI tornar-se-á menos impessoal para o doente e seus familiares quando o diálogo estiver aberto para ambos, quando houver uma interação entre os doentes, seus familiares e os cuidadores de enfermagem da UTI.

O cuidar em terapia intensiva, sem dúvida nenhuma, exige alto grau de conhecimentos técnico-científicos que dêem conta de atender às alterações hemodinâmicas do paciente crítico. Entretanto, tais conhecimentos, isoladamente, não são suficientes para compreender o ser humano, em suas múltiplas facetas de existir e ao mesmo tempo, não são suficientes para lidar com a família de maneira mais afetiva e humanizada.

### 5.2.6 O apelo por apoio para suportar o processo de morte e o morrer

O trabalho na UTI é prazeroso, mas o desgaste e sofrimento também estão presentes, sobretudo o desgaste emocional, que tem sua origem, entre outros fatores, no ritmo de trabalho intenso, na necessidade de conviver com o sofrimento e morte. Acompanhar de perto o sofrimento dos pacientes mobiliza sentimentos de compaixão em quem cuida. Esse vínculo causa desgaste intenso e os expõe a uma grande quantidade de cargas psíquicas, pois os trabalhadores assimilam intensamente o sofrimento dos pacientes (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002).

As falas, atitudes não verbais e os apelos emocionados diante das realidades vivenciadas pelos enfermeiros durante suas atividades laborais fizeram-me ver a necessidade premente de apoio institucional proporcionando, assim, melhor qualidade de vida e impondo

menos carga psíquica e sofrimento a estes profissionais.

Mas não adianta né, a gente pedir prá instituição, ela não vai resolver seu problema. Muitas vezes você tem que sair fora daqui prá você resolver o seu problema. Não adianta falar: “Ah, arruma uma psicóloga prá trabalhar aqui com a gente”. Porque eles não vão trabalhar o que a gente quer. Então tem que sair prá fora mesmo. (E6)

Então eu acho que não adiante fazer solicitações de trabalho, porque a gente tem que procurar um serviço fora daqui mesmo. Não vão corresponder o que a gente quer [...] (E6)

As pessoas não conseguem trabalhar: é por isso que você está fazendo esse trabalho, porque as pessoas não conseguem trabalhar com a idéia da morte. E é um dos meus pedidos prá equipe, prá coordenação da equipe da UTI prá que a gente trabalhe a nossa taxa de mortalidade [...] (E2)

Os discursos apontam que, para que os trabalhadores de enfermagem possam suportar a dor, o sofrimento, a morte do paciente e o luto não elaborado, estes profissionais utilizam diversos mecanismos individuais de defesa, classicamente descritos pela Psicopatologia e pela Psicanálise.

Segundo Shimizu; Ciampone (2002), esses mecanismos de defesa, embora ajudem, não são eficientes e nem eficazes, pois identificam que os trabalhadores costumam levar para suas casas grande parte do conteúdo de sofrimento no trabalho advindo do contato com a tarefa do cuidar, uma vez que não encontram espaços continentais na instituição para a elaboração desses sentimentos e angústias.

Silva (2000), em seus estudos sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte, destaca a impotência, a tristeza, a culpa e a raiva, vivenciados com muita dor, e que os mecanismos de defesa mais comumente utilizados por eles nessas situações são o da negação e o da evasão.

Eu atribuo a minha crise hipertensiva, esse fato de eu me tornar uma hipertensa, pode ser até genético, mas, de repente eu acho que a UTI de uma certa forma contribuiu, acho que pelo nível de estresse mesmo, porque gera estresse toda vez que alguém morre ali, de alguma forma você é afetado. (E1)

Ah, eu acho assim, que enfermeiro né, a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva teria que ter [...], as pessoas deviam ter um olhar diferente prá qualidade de vida dessa equipe, porque a gente sofre muito ali dentro, em todos os sentidos. (E1)

Eu acho que é isso que você faz Patrícia, esse trabalho, acho que é fundamental porque, né, com o tempo eu acho que a gente acaba banalizando muito a morte [...] Então até com isso assim, eu vou conversar com os médicos daqui prá de repente a gente começar a fazer isso, sabe, envolver mais a enfermeira, o técnico né, diante desse tema, prá... até porque assim, a gente tem decisões muito difíceis aqui na UTI [...] (E3)

O sofrimento evidenciado nas falas dos entrevistados e a solidão com que lidam com esses sentimentos me levam a concordar com os dizeres de Garcia (1999 apud PORTO, 2005, p. 70):

[...] é inegável a importância de continuarmos a lutar por profissionais competentes e eficientes, comprometidos com as necessidades de saúde do ser humano, mas acima de tudo precisamos entender que o preparo profissional não nos despe da condição de humanos e que quando a tecnologia e o conhecimento científico se tornarem impotentes frente aos desígnios da natureza, sejamos humanos o suficiente para entender que só resta cuidar e confortar com amor, porque antes de mais nada somos única e simplesmente gente!

É imprescindível o apoio psicológico a estes trabalhadores que vivenciam constantemente o processo de morte e morrer, pois podem apresentar vários sintomas como estresse, exaustão, sofrimento psíquico ou depressão, ao assistirem o paciente em iminência de morte.

Lunardi Filho et al., (2001), também afirmam que as instituições deixam a desejar no que se refere a oferecer apoio psicológico aos seus servidores.

Nos discursos, ficou observada a falta de apoio institucional no que diz respeito, principalmente, ao despreparo e treinamento profissional e a falta de apoio emocional para quem trabalha em um ambiente tão estressante. A instituição encaminha os enfermeiros a atuar na UTI sem levar em consideração sua especialização ou experiência. Essa situação acaba por levar os profissionais a se sentirem confusos e com um sentimento de estarem lançados à própria sorte. Solicitam também apoio para poderem suportar as altas cargas psíquicas decorrentes das suas práticas cotidianas.

[...] porque a gente foi jogado na UTI, não tinha experiência nenhuma pra atuar no setor, ninguém prá pegar na nossa mão. Você é enfermeira, pega que o filho é teu e se vira [...] (E8)

Olha, a gente poderia até tentar fazer uma solicitação, fazer um trabalho com a gente prá gente conseguir entender melhor o que faz aqui dentro [...] (E6)

Então eu acho que assim, as pessoas tinham que ter um olhar diferente prá gente, não que enfermeiro de pronto socorro, de internamento, é diferente, não é isso. Mas é pela complexidade do serviço, né, que deixa a gente também bem “complexa”. (E1)

As condições de trabalho são essenciais ao cuidado de si e ao cuidado do outro. Acredita-se que refletir sobre estes aspectos seja essencial para a preservação e manutenção de interações saudáveis entre os profissionais e a instituição.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte começa quando não levamos em conta que a morte existe. Quando nem sequer nos indignamos ao ver os mortos – mortos, não porque a morte existe, mas porque não lutamos pela vida. A criança miserável que morreu de fome, o operário que perdeu as mãos, a prostituta que perdeu o amor, o ser humano que perdeu a humanidade e também o seu ser. O suicida que não sabe que já morreu antes de matar-se, porque não suportou a vida, a morte em vida; muitas vezes porque não pode tolerar a morte do outro, e vai a busca dele, num mundo imaginário, que delírio, engana como se fosse vida (CASSORLA apud KOVÁCS, 1992, Prefácio, p. XV).

Diante das argumentações sobre o tema proposto, posso afirmar que refletir sobre as vivências dos enfermeiros de UTI em relação à morte e o morrer de seus pacientes, faz-se necessário. Primeiro porque além da UTI ser considerada um dos locais mais estressantes de um hospital, a UTI do Hospital em estudo conta com características próprias que faz com que os enfermeiros se angustiem ainda mais frente à possibilidade de morte de seus pacientes, e segundo porque foi constatada a necessidade premente de apoio a esses servidores e a urgência de repensar certas condutas e atitudes tomadas por alguns membros da equipe multiprofissional.

No decorrer desta pesquisa, com base no depoimento dos sujeitos, pude me deparar com várias situações e relatos que fizeram refletir a minha própria existência e assistência enquanto ser-enfermeiro e ser-no-mundo.

Identifiquei-me com várias falas, vi-me nas mesmas cenas, senti as mesmas angústias, inconformei-me com as mesmas situações, enfim, adentrei em suas vivências, uma vez que também participei deste mesmo mundo até bem recentemente.

Somente quando nos aproximamos da angústia experimentada com a iminência de morte é que temos a possibilidade de pensar mais acerca da vida, conferindo novas possibilidades de vir-a-ser. Mesmo assim, é difícil falar de morte, pois isso implica na impossibilidade de toda e qualquer possibilidade.

O enfermeiro é o primeiro profissional a lidar com a morte, a sentir a morte, uma vez que presta cuidados ininterruptos ao paciente e, apesar da morte fazer parte da rotina, todos desejam sempre que aconteça em outros plantões que não os seus. A morte é uma evidência do nosso limite, da nossa mortalidade e da nossa condição humana.

Compreender a morte como sendo a solução da dor, da angústia e de todo o processo que envolve o morrer é uma maneira que os entrevistados encontraram para se proteger do



sofrimento psíquico decorrente da perda do paciente que estava sob os seus cuidados.

Os entrevistados levantaram a questão da obstinação terapêutica que envolve o processo de morte e de morrer e questionaram a sua própria assistência enquanto cuidadores de vidas. Convivem com a dificuldade que alguns membros da equipe médica possuem de não reconhecer a morte como mais uma etapa do ciclo vital e a necessidade de se discutir critérios de internação e tratamentos. O avanço tecnológico por qual passou a UTI, nos últimos anos, faz com que alguns membros da equipe ajam de tal forma que levam a entender que possam salvar vidas a qualquer preço, sem levar em consideração a opinião da equipe multidisciplinar, da família e da própria qualidade de vida do paciente.

Ao assistirem o paciente, em processo de morrer, os enfermeiros demonstraram que o relacionamento com a equipe multidisciplinar é algo que vem dificultar esse processo porque alguns membros da equipe não respeitam seus pontos de vista e não consideram as peculiaridades de cada profissão, despertando sentimentos de frustração e de não serem considerados como “seres pensantes” dentro da unidade. As decisões são tomadas individualmente, deixando o enfermeiro fora deste processo. Alguns membros da equipe médica têm pouco comprometimento com o paciente e não seguem as condutas tomadas por outros plantonistas e isso também decorre do precário diálogo entre a equipe.

As falas mostraram que os entrevistados se distanciam do paciente como forma de proteção e passam a encarar a morte como o final de mais uma etapa apenas. Diferentemente da morte em si, o processo de morrer, esse sim tem angustiado, e muito. Os enfermeiros relataram que vários fatores interferem na chamada “boa morte”, levando por muitas vezes ao aumento do sofrimento do paciente, da família e da equipe.

Embora os enfermeiros trabalhem em UTI, há algum tempo, a grande maioria ainda referiu que falar de morte é muito difícil e doloroso e a reação diante da morte dos pacientes é dimensionada conforme cada caso: o investimento que se faz, o prognóstico de cada um, o envolvimento com o paciente e a família. Deste modo, muitas vezes optam pela negação ou fuga, como barreira de proteção para o alívio das constantes mortes presenciadas na unidade. A morte do paciente é encarada de forma diferente da morte de alguém próximo ou familiar e, embora a morte faça parte do seu cotidiano de trabalho, não a vêem com naturalidade entre seus entes, porém relataram possuir poucas experiências com a mesma.

A morte e o morrer dos pacientes da UTI e a vivência dos entrevistados estão intimamente ligados às características próprias dessa unidade, ou seja: alta permanência, prognósticos reservados, múltiplas patologias de base, alta taxa de mortalidade, características essas que foram levantadas como pontos importantes no desgaste emocional frente à

assistência dessa clientela. É de difícil aceitação algumas atitudes relativas à tomada de decisão, como a utilização de todos os recursos possíveis para manter a vida do paciente sem considerar o sofrimento que esta conduta possa lhe causar.

Lidar com a família do paciente em processo de morte e de morrer, é sofrido e doloroso. Embora os entrevistados reconheçam a importância desse contato, preferem manter certa distância como forma de proteção, evitando-se laços, envolvimento emocional e, conseqüentemente, mais sofrimento.

É evidente a premência de apoio para que os enfermeiros possam suportar as altas cargas psíquicas decorrentes das suas práticas cotidianas, pois trabalhar com pacientes em iminência de morte suscita sentimentos variados, levando-os muitas vezes a apresentarem sintomas físicos e psicológicos.

O que chama a atenção é que muito se falou sobre viver com qualidade e parece que o lidar com a morte no seu cotidiano fez emergir, nestes profissionais, uma valorização maior por uma existência que deve ser vivida com plenitude e qualidade acima de tudo. Deste modo, questionaram o fato de a maioria dos pacientes que conseguem receber alta, retornarão para suas famílias com algum tipo de dependência grave e, conseqüentemente, sem qualidade de vida, indagando também até onde ir com a terapêutica e o ônus que porventura ela possa trazer ao paciente e familiares.

O mundo de hoje não ensina as pessoas a morrer, tudo é feito para se ocultar a morte. Os projetos de vida são feitos em longo prazo, como se o homem fosse imortal. Tão pouco nas universidades se ensina, discute-se ou reflete-se sobre a morte e o morrer. Aprendemos, sim, a salvar e curar e não a acompanhar o ser-para-a-morte. Não conseguimos vislumbrar a finitude do paciente, assim como a nossa própria. A dificuldade de lidar com a morte, como processo natural do viver, leva o profissional, muitas vezes, ao esquecimento de conceitos básicos, como o de qualidade de vida, e a tentativas desesperadas de manter vivas as pessoas que se sabe biologicamente mortas.

O tema morte e o relacionamento com estes pacientes precisam ser amplamente discutido nas estruturas curriculares das universidades com vistas à desmistificação dos significados do fenômeno que estejam associados à idéia de medo e pavor e que possa, dessa maneira, surgir uma nova forma de entendimento e sensibilidade para lidar com o processo de morte e o de morrer.

É necessário que a equipe cultive o diálogo construtivo, valorize a honestidade e exija respeito mútuo, motivando o grupo para a construção de uma equipe unida, harmoniosa e comprometida com a assistência de qualidade, possibilitando, assim, a melhoria da qualidade

de vida do paciente, da família e da própria equipe.

Há, ainda, a urgente necessidade de se criar espaços de educação permanente para que os enfermeiros possam refletir sobre seus objetivos existenciais permitindo assim uma melhor convivência com a angústia e a ansiedade que, inevitavelmente, fazem parte do seu mundo-vida e do processo de morte e de morrer de seus pacientes.

Dentro desta perspectiva é que, ao encerrar minha fala nesse estudo sobre a vivência da morte e morrer dos pacientes, aponto que se os profissionais que atuam na área da saúde não compreenderem que a morte faz parte da existência, não poderão estar-com-o-paciente em situação de terminalidade de maneira autêntica. A morte e o morrer não são sempre um desafio a ser vencido, mas parte inalienável da vida.

## 7 REFERÊNCIAS

ALVES, R. **Navegando**. Campinas, SP: Papirus, 2000.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. de. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 21, jan./fev. 2005.

BENINCÁ, C. R. S. **Apoio psicológico à enfermagem diante da morte: estudo fenomenológico**. Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2002.

BETTINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidado: dimensões e sentido da vida**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2002.

BICUDO, M. A. V.; ESPOSITO, V. H. C. **Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico**. Piracicaba: Unimep, 1994.

BOEMER, M. R. A fenomenologia na pesquisa em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem. **Anais...**, São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem, 1985. p. 90-94.

\_\_\_\_\_. **A morte e o morrer**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. A temática da morte sob a perspectiva da pesquisa do fenômeno situado. **Revista de Sociedade de Estudos e Pesquisas Qualitativas**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 65-84, 1991.

BOEMER, M. R.; ROSSI, L. R. G.; NASTARI, R. R. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva: análise de depoimentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 8-14, jul. 1989.

BOLELA, F.; JERICÓ, M. de C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Revista da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 301-309, ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar**, 1999.

BRÊTAS, J. R da S.; OLIVEIRA, J. R. de; YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 477-83, 2006.

BUENO, F. da S. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, 1996.

BULHÕES, Y. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

CARVALHO, M. D. de B. **Sendo-com-o-aluno-no-mundo-da-enfermagem**: a morte no cotidiano do hospital. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

CARVALHO, M. D. de B.; VALLE, E. R. M. do. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. **Acta Scientiarum**, Maringá. v. 24, n. 3, p. 843-847, 2002.

CARVALHO, M. V. B. **O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer**: uma atitude fenomenológica. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CHEIDA, M. L. C.; CHRISTÓFOLLI, D. A. S. A equipe de enfermagem frente a problemática da assistência individualizada ao paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3-4, p.165-73, jul./dez., 1984.

CORRÊA, A. K. **Sendo enfermeira no Centro de Terapia Intensiva**. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

CORRÊA, A. K.; SALES, C. A.; SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 811-818, 2002.

COSTENARO, R. G. S. **Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI neonatal**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

D'ASSUMPÇÃO, E. A. **Os que partem e os que ficam**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1741-1748, ago., 2006.

DONZELLI, T. A. Método fenomenológico e ciências humanas. In: Leila Bugalho (Org.) **Teorização do serviço social**. Rio de Janeiro: Agir, 1988. p. 44-49.

FERNANDES, M. E. N. et al. A morte em unidade de terapia intensiva: percepções do enfermeiro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste Rene**, Fortaleza, v. 7, n. 1, abr. 2006.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FERRIOLI, D. R. et al. Cuidando de famílias de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 5, n. 3, p.193-202, set./dez., 2003.

FREITAS, K. S. **Necessidades de familiares em unidades de terapia intensiva: Análise comparativa entre hospital público e privado**. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. As causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 20, n. 4, p. 995-1003, jul./ago. 2004.

GERMANO, R. M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.

GUTIERREZ, B. A. O. **O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva**. Tese (Doutorado)-Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo: 2003.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 3. ed., Petrópolis: Vozes, 1993. Parte 2.

HOPKINSON, J. B.; HALLETT, C. E.; LUKER, K. A. Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? **International Journal of Nursing Studies**, Elmsford, NY, US, v. 42, p 125–133, 2005.

HUDACK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. 3. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 1992.

\_\_\_\_\_. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003.

\_\_\_\_\_. Educação para a morte. **Psicologia: ciência e profissão**. v. 25, n.3, Brasília: set. 2005.

LADEIRA, M. B. O processo do stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho. **Revista de administração**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 64-74, jan./mar., 1996.

LEITE, M. A.; VILA, V da S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, p. 145-50, mar./abr., 2005.

LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática, **Nursing**, v. 41, n. 4, p. 25-29, 2001.

LUNARDI FILHO, W. D.; SULZBACH, R. C.; NUNES, A. C. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. **Texto e contexto enfermagem**; v.10, n. 3, p. 60-79, 2001.

MACEDO, M. C. S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 108-117, abr./jun. 1994.

MACHADO, W. C. A.; LEITE, J. L. **Eros e Thanatos**: a morte sob a óptica da enfermagem. São Caetano do Sul: Difusão editora, 2004.

MADUREIRA, C. R. et al. Gerenciamento de tecnologia em Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, dez., 2000.

MARANHÃO, J. L. S. **O que é morte**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1996.

MARTINO, M. M. F. de; MISKO, M. D. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 161-7, 2004.

MARTINS, J. et al. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Cadernos da Sociedade de Estudos e Pesquisa**, São Paulo: Qualitativa, 1990. cad. 01.

MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo**: educação como poiésis. São Paulo: Cortez, 1992.



MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 5. ed., São Paulo: Centauro, 2005.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

MELO, L.de L. **A vida que insiste em lembrar a morte: vivências de uma criança com câncer hospitalizada em iminência de morte**. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: 1999.

MERIGHI, M. A. B. **A docência de enfermagem em uma universidade pública: um enfoque fenomenológico**. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1993.

MOREIRA, A. da C.; LISBOA, M. T. L. A Morte entre o Público e o Privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 447-454, set. 2006.

ORLANDO, J. M. C. **UTI: muito além da técnica: a humanização e a arte do intensivismo**. São Paulo: Atheneu, 2002.

ORTIZ, G. C. M.; PATINO, N. A M. El stress y su relacion com las condiciones da trabajo del personal de enfermeria. **Revista investigación y educación em enfermeria**, Medellín, Colômbia, v. 9, n. 2, 1991. Sup.

PALÚ, L. A.; LABRONICI, L. M.; ALBINI, L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n.1, p. 33-41, 2004.

PEREIRA, D. D. F. **Interdisciplinaridade: concepção e prática de profissionais de uma equipe de UTI neonatal**. Dissertação (Mestrado)-Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí: UNIVALI, 2005.

PESSINI, L. **Distanásia**: até quando investir sem agredir? 1996. Disponível em: [www.crmgo.cfm.org.br/revista/bio1v4/distanasia.html](http://www.crmgo.cfm.org.br/revista/bio1v4/distanasia.html). Acesso em 08 jun. 2007.

PITTA, A. **Hospital**: dor e morte como ofício. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

POLES, K; BOUSSO, R. S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 2, p. 207-213, mar./abr. 2006.

POPIM, R. C. **O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica**: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PORTO, A. M. **A morte como fator gerador de stress no centro de terapia intensiva na percepção dos alunos do 4º ano do curso de fisioterapia**. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde)-Universidade de Franca, Franca, 2005.

RAMOS, L. R. et al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista Saúde Pública**. São Paulo: v. 21, n. 3, p. 211-24, jun. 1987.

REZENDE, A. M. de. **Concepção fenomenológica da educação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1990. 96 p. (Coleção Polêmicas do nosso tempo, v. 38).

RIBEIRO, M. C.; BARALDI, S.; SILVA, M. J. P. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo “pós-morte”. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 117-123, 1998.

SAAR, S. R. da C.; TREVISAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p. 106-112, jan./fev., 2007.

SANCHES, P. G.; CARVALHO, M. D. de B. Caracterização dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital escola no ano de 2005. In: II CONGRESSO INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE, 2., **Anais...**, Maringá: [s,n], ago.2006. p.175 – 176.

SANTOS, G. F. A morte sob a ótica da racionalidade. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, out.1993.

SCHELP, D. Até onde prolongar a vida. **Revista Veja**, São Paulo, ed. 1764 de 04 set. 2002. Disponível em: [www.medicinaintensiva.com.br/veja.htm](http://www.medicinaintensiva.com.br/veja.htm). Acesso em 08 jun. 2007.

SHIMIZU, H. E. **Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado por enfermeiras que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital escola**. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade Intensiva em um hospital-escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p.148-155, 2002.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. Sofrimento e prazer vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n.1, p. 95-106, mar. 1999.

SILVA, A. L. Morte-renascimento: foco essencial do cuidado transdimensional. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 3, set./dez., 2001.

SILVA, A. P. **A vida diante da morte**. Niterói: Ed. da UFF, 2000.

SOUZA, L. G. A; BOEMER, M. R. **O cuidar em situação de morte**: algumas reflexões. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 38, n.1, p. 49-54, 2005.

TACSI, Y. R. C. **Vivências da enfermagem na assistência à criança em situação de emergência - PCR**. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2003.

THOMAZ, C.; CARVALHO, V. L. **O cuidado ao término de uma caminhada**. Santa Maria: Pallotti, 1999.

TRINCAUS, M. R. **A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em situação de metástase**. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ. Manual de integração do Hospital Universitário. Maringá: [s.n], 2006.

URIZZI, F. **Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação**. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 2, p. 137-144, mar./abr, 2002.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Saga Luzzatto, 1998.

ZORZO, J. C. da C. **O processo de morte e morrer da criança e do adolescente**: vivências dos profissionais de enfermagem. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

## **9 ANEXOS**

### **9.1 Anexo I**

Comitê de Ética

## 9.2 Anexo II



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado colega,

Meu nome é Patrícia Gisele Sanches, sou enfermeira, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Estou realizando uma pesquisa que possui o título: **“Convivendo com a morte e o morrer: o ser-enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva”**. Tenho como objetivo, neste estudo, compreender a vivência dos enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva frente à morte e o morrer dos pacientes.

Esclareço ainda que se você concordar em participar deste estudo, comprometo-me a respeitar todos os seus direitos como:

- ter liberdade de participar ou deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga algum prejuízo;
- manter o seu nome em sigilo e anonimato absoluto;
- interromper a conversa, caso sinta-se incomodado em continuá-la;
- conversar na hora que lhe for conveniente, informando-me sobre um horário e data em que possa se sentir mais confortável;
- garantia de receber uma resposta a alguma dúvida, durante ou após a sua contribuição.

Caso queira entrar em contato comigo, após a realização do estudo ou a qualquer momento, para solicitar esclarecimentos ou retirar-se dessa pesquisa, o meu telefone é: (44) 3261-4318 (Departamento de Enfermagem).

Se aceitar participar, farei algumas perguntas e precisarei gravar o que você falar. Sua contribuição fará parte de uma pesquisa científica e será apresentada em congressos e publicada em revistas da área da saúde, no sentido de contribuir para um melhor cuidado ao profissional de enfermagem.

Obrigada pela atenção.

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e compreendido as informações acima e esclarecidas todas as minhas dúvidas referentes a este estudo, concordo voluntariamente em participar como sujeito desta pesquisa.

\_\_\_\_\_ Maringá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007.  
Assinatura

Eu, Patrícia Gisele Sanches, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao entrevistado.

\_\_\_\_\_ Maringá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007  
Patrícia Gisele Sanches

- Patrícia Gisele Sanches, (44) 3261-4318. Av. Colombo, 5790.
- Maria Dalva de Barros Carvalho, (44) 3261-4318. Av. Colombo, 5790.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – sala 01 – Bloco 010 – Campus Central – Telefone: (44) 3261-4444.

---

<sup>1</sup> O presente documento, baseado nos artigos IV.1 a IV.3, do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito pesquisado e outra com o pesquisador.