



CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INGRID TAUANA NUNES CHUISTA

**A MORTE NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA
ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**Apucarana
2017**

INGRID TAUANA NUNES CHUISTA

**A MORTE NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA
ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso Bacharelado em
Enfermagem da Faculdade de Apucarana
– FAP, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Vladimir Araujo da
Silva.

Apucarana
2017

INGRID TAUANA NUNES CHUISTA

**A MORTE NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA
ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, com nota final igual a _____, conferida pela Banca Examinadora formada pelos professores:

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Vladimir Araujo da Silva
Faculdade de Apucarana

Profa. Esp. Lilian Ferreira Domingues
Faculdade de Apucarana

Profa. Me. Audrey Ventura de Azevedo
Faculdade de Apucarana

Apucarana, ____ de _____ de 2017.

CHUISTA, Ingrid Tauana Nunes. **A morte na perspectiva de profissionais da enfermagem de uma unidade de terapia intensiva**. 51 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). Graduação em Enfermagem da Faculdade de Apucarana. Apucarana-PR. 2017.

RESUMO

Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os profissionais de enfermagem convivem com as angústias vivenciadas pelos pacientes e seus familiares, em virtude da complexidade do estado de saúde dos pacientes, da iminência de morte, da prática de procedimentos complexos e do ritmo excessivo de trabalho. O presente estudo teve como objetivo conhecer a perspectiva de profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de terapia intensiva, em relação a morte. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Participaram desse estudo 23 profissionais da enfermagem sendo seis enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem, que atuam na UTI adulto de um hospital de médio porte, situado em uma cidade do norte do Paraná. Utilizou-se um formulário sociodemográfico e um roteiro de entrevista. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciam oito categorias temáticas: sentindo-se despreparados para lidar com a morte e o morrer; sentindo-se preparados para lidar com a morte e o morrer; vivenciando a morte corriqueiramente; enfrentando o sentimento de impotência; sofrendo com a morte de pacientes jovens; sentindo-se aliviados com a morte de pacientes em cuidados paliativos; sentindo-se solidário diante da dor da família, expressando espiritualidade diante da iminência de morte. Embora os profissionais da enfermagem trabalhem em uma UTI há algum tempo, muitos referiram que falar sobre morte é doloroso, alguns preferem não criar vínculos com o paciente, com o intuito de evitar a dor e o sofrimento, alguns buscam a religiosidade como refúgio, e outros confessaram sentir alívio com a morte do paciente, pois entendem que seja o fim do sofrimento para o mesmo e seus familiares.

Palavras-chave: Morte. Atitude frente à morte. Unidade de terapia intensiva. Equipe de enfermagem.

CHUISTA, Ingrid Tauana Nunes. **Death from the perspective of nursing professionals in an intensive care unit.** 51 p. Course Completion Work (Monograph). Graduation in Nursing of the Faculty of Apucarana. Apucarana-PR. 2017.

ABSTRACT

In the Intensive Care Unit (ICU), nursing professionals coexist with the anxieties experienced by patients and their families, due to the complexity of patients' health status, the imminence of death, the practice of complex procedures and the excessive rhythm of job. The present study aimed to know the perspective of nursing professionals who work in an intensive care unit in relation to death. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach. Twenty-three nursing professionals, including six nurses and 17 nursing technicians, work in the adult ICU of a mid-sized hospital, located in a city in the north of Paraná. A sociodemographic form and an interview script were used. The interviews were recorded and transcribed in full. The data were submitted to Bardin content analysis. The results show eight thematic categories: feeling unprepared to deal with death and dying; feeling prepared to deal with death and dying; experiencing death routinely; facing the feeling of powerlessness; suffering with the death of young patients; feeling relieved by the death of patients in palliative care; feeling solidarity with the pain of the family, expressing spirituality before the imminence of death. Although nursing professionals have been working in an ICU for some time, many have said that talking about death is painful, some prefer not to bond with the patient, to avoid pain and suffering, some seek religiosity as a refuge, and others confessed to feeling relief with the death of the patient, because they understand that it is the end of the suffering for the same and their relatives.

Keywords: Death. Attitude to death. Intensive care unit. Nursing team.

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.”

Principalmente à Deus, por me guiar sempre pelo melhor caminho e nunca ter desistido de mim, pela saúde que sempre me proporcionou. Mais uma vez, Ele não me abandonou.

A minha avó Lucia Pereira Nunes, por acreditar em meu potencial e sempre levantar minha autoestima, nunca deixando que as dificuldades acabassem com os meus sonhos, pois sabia que não estava sendo fácil essa caminhada, e mesmo assim nunca me abandonou sempre se mantendo paciente, serei imensamente grata por toda minha vida.

À minha mãe Fatima Pereira Nunes, minha heroína que sempre me apoiou, incentivou nas horas difíceis, de desânimo e cansaço e que mesmo de longe sempre esteve presente ajudando e torcendo pela concretização deste curso. Sem você, o sonho não seria possível minha rainha. E quero que saiba que eu cheguei a onde estou, por vocês, avó Lucia e mãe Fatima, e essa vitória eu dedico a vocês.

Aos meus irmãos Victor Hugo, e Pietro Luciano, que mesmo pequenos sem entender ainda o que estava acontecendo, sempre me deram muita força, e carinho, e peço desculpas por esse último ano ser tão ausente em suas vidinha, a tata ama vocês.

Ao meu namorado Osmair Gonçalves, por compreender a importância dessa conquista, pela paciência que teve em todos esses anos, por aguentar as minhas crises de choro por estar completamente esgotada e que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, te amo.

À minha família, por me mostrar a importância da união, por me ensinar a ser uma pessoa melhor a cada dia. Obrigada, pois foi com vocês que eu aprendi o verdadeiro sentido da vida.

Em especial ao meu orientador, Prof. Dr. Vladimir Araujo da Silva, pelo empenho, paciência e credibilidade em mim depositada. Eu posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa. Peço a Deus que o ilumine e abençoe sempre a sua família, sua caminhada, e o seu trabalho, o qual exerce brilhantemente com tanto amor e dedicação.

Aos meus professores que me acompanharam em minha vida acadêmica, proporcionando o meu crescimento profissional e pessoal. Sem vocês esta vitória não seria possível.

Aos amigos de turma pelas agradáveis lembranças que serão eternamente guardadas em meu coração, cada um com seu jeitinho especial, jamais me esquecerei de vocês. Em especial a minha amiga Rosinéia A. M. S. G. Lopes por ser minha conselheira, confidente e parceira de todas as horas, sempre me apoiando nos momentos difíceis, que Deus abençoe eternamente. O meu muito obrigado a todos.

A minha amiga e Enfermeira Renata Janaina Costa, por sempre me apoiar, me dando conselhos, e acreditando em meu potencial. Sou eternamente grata a sua pessoa.

À Direção e funcionários do Hospital da Providência aonde foi realizada a minha pesquisa, por terem autorizado o meu trabalho e me auxiliado de inúmeras formas durante a sua realização.

Aos profissionais da Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, que aceitaram participar desta pesquisa. Obrigada pelo apoio, oportunidade de aprendizado e pela colaboração. Espero que os resultados encontrados se reflitam em melhores condições de trabalho.

À todos que participaram de alguma forma na realização desta pesquisa e em minha formação.

“Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça”.

Cora Coralina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	Objetivo Geral.....	12
2.2	Objetivos Especificos.....	12
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3.1	A Unidade de Terapia Intensiva (UTI).....	13
3.2	Avaliações do Paciente Crítico.....	14
3.3	Reflexões sobre a Morte e o Morrer.....	15
3.4	A Equipe de Enfermagem na UTI: perda e luto.....	15
4	METODOLOGIA.....	17
4.1	Tipo do Estudo.....	17
4.2	Local do Estudo.....	17
4.3	Participantes do Estudo.....	17
4.4	Coletas de Dados.....	18
4.5	Análises dos Dados.....	18
4.6	Considerações Éticas.....	19
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.1	Caracterizações Sociodemográfica dos Participantes.....	20
5.2	Categorias Temáticas.....	22
5.2.1	Sentindo-se despreparados para lidar com a morte e o morrer.....	22
5.2.2	Sentindo-se preparados para lidar com a morte e o morrer.....	24
5.2.3	Banalizando o processo de morte e morrer.....	26
5.2.4	Enfrentando o sentimento de impotência diante da morte.....	29
5.2.5	Sofrendo com a morte de pacientes jovens.....	31
5.2.6	Sentindo-se aliviado com a morte de pacientes em cuidados paliativos.....	33
5.2.7	Sentindo-se solidário diante da dor da família.....	34
5.2.8	Expressando espiritualidade diante da iminência de morte.....	36

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS.....	41
	APÊNDICES.....	46
	APÊNDICE A – Perfil sócio-demográfico.....	47
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista.....	48
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).....	49
	APÊNDICE D – Termo de autorização institucional.....	51

1 INTRODUÇÃO

A morte e o processo de morrer são assuntos que afligem a maioria das pessoas. Ninguém passa ileso do fim inevitável. No entanto, é preciso compreender que nascimento e morte são processos igualmente naturais, ou seja, o ser humano nasce, cresce, amadurece, envelhece e morre. Porém, no sentido religioso, a morte e o processo de morrer são objetos de crenças, filosofias e ritos específicos, que podem expor o insensato, em razão das discordâncias entre os diversos conceitos e credos (VICENSI, 2016).

Nesse sentido, a morte e o processo de morrer são acontecimentos, inerentes ao ciclo da vida, mas que desperta medo no ser humano, inclusive nos profissionais de saúde, o que pode justificar a sua dificuldade em lidar com a própria limitação (VICENSI, 2016). Com efeito, o convívio diário com a morte não livra os profissionais dos sentimentos ruins, pelo contrário. Logo, é importante que tenham sabedoria para lidar com isso e sofrer menos, controlar suas emoções e amparar os pacientes e familiares (SANCHES; CARVALHO, 2009).

Quando o risco de morte é decorrente de doenças ou acidentes em que o paciente permanece dias ou meses dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com auxílio de medicações, aparelhos e atendimento ininterrupto, a iminência ou possibilidade da morte se propaga com maior complexidade entre os profissionais de saúde, por mais experientes que sejam em lidar com esses enfrentamentos. Deste modo, a UTI provavelmente seja o melhor cenário para se ter o conhecimento esclarecido do processo de morrer e suas implicações na relação entre o profissional de saúde, pacientes e familiares (VICENSI, 2016).

Nessa perspectiva, a morte constitui um fenômeno presente no dia a dia da vida de um profissional de saúde que trabalha e se dedica na assistência em uma UTI (ANJOS et al, 2010). Sendo assim, independente de suas causas, seu grande cenário, continua sendo os hospitais e instituições de saúde (BRÊTAS et al, 2006).

Logo, a UTI representa um ambiente hospitalar muito complexo, com assistência médica e de enfermagem em período integral, onde os profissionais de saúde podem usufruir de seus recursos tecnológicos, o que exige, cada vez mais, paciência e conhecimento, devido ao seu alto grau de complexidade para oferecer

melhores possibilidades de tratamento, recuperação ou cura desse paciente (VIANA et al, 2014).

Nesse contexto, o profissional de enfermagem se depara com a morte de um paciente, aumenta a sua ansiedade em relação ao enfrentamento do processo de morte e morrer. Isso, por vezes, implica na banalização do processo, e a morte passa a ser encarada com medo e preconceito, gerando angústia e desânimo diante da inabilidade em lidar com as estratégias de enfrentamento (FERNANDES et al, 2006).

Ressalta-se que, o preparo do corpo após a morte, compete à equipe de enfermagem, e consiste na retirada de materiais e qualquer equipamento conectado ao corpo. Também é realizada a higiene corporal, a troca de vestimentas e a identificação do mesmo. Tais procedimentos devem ser realizados com cuidado, competência e, principalmente, com respeito (MOTA et al, 2011). Vale lembrar, que este cuidado de enfermagem também é permeado por sentimentos e emoções, diante da necessidade de entregar o corpo para a família, em perfeito estado, com aparência de conforto e aconchego, com higiene adequada e tamponamento dos orifícios (NASCIMENTO et al, 2007).

No que tange à motivação para pesquisar sobre este tema, surgiu em 2011, diante da experiência de morte iminente vivenciada pelo meu irmão, em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), quando percebi que, enquanto leiga, estava totalmente despreparada para lidar com isso. Em 2015, outra experiência de morte iminente, agora em uma Unidade Coronariana (UCO), envolvendo a minha avó materna, despertou-me o interesse de compreender, enquanto acadêmica de enfermagem, os sentimentos dos profissionais que convivem diariamente com a morte.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a perspectiva de profissionais da enfermagem que atuam em uma unidade de terapia intensiva, em relação à morte.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes;
- Descrever as estratégias por eles utilizadas para lidar com a morte.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A UTI surgiu a partir de cuidados intensivos e diferenciados implementados durante a Guerra da Crimeia, em 1854, sob a supervisão da enfermeira Florence Nightingale, que teve a ideia de separar os pacientes mais graves, pois necessitavam de cuidados especiais. Com essa medida, ela conseguiu reduzir de 40% para 2% a taxa de mortalidade naquela época (JERONIMO, 2010).

Sendo assim, conforme descrito na Resolução n° 170, de 6 de novembro de 2007, anexo 1, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), a UTI tem o propósito de prestar atendimento aos pacientes graves ou de risco, possivelmente recuperáveis, e determinam uma assistência médica contínua, com ajuda da equipe de saúde multiprofissional, além de equipamentos e recursos humanos especializados (JERONIMO, 2010). Nesse sentido, a UTI é entendida, tanto pelos profissionais de saúde, como pelos próprios pacientes e familiares, como um dos ambientes mais complicados, agressivo, invasivo e traumatizante do hospital (CORONETTI et al, 2006).

Ao longo dos anos, ficou sobre a responsabilidade das UTIs, uma área designada aos pacientes que deveriam permanecer distanciados do convívio familiar. Portanto, os familiares tinham acesso totalmente restrito aos leitos. Muitas vezes só poderiam visitar o seu ente querido através de vidros. Mesmo os profissionais de saúde que ali trabalhavam também tinham acesso controlado, evitando ao máximo a circulação de pessoas (JERONIMO, 2010).

Atualmente se percebe uma mudança no sentido de humanizar o atendimento nas UTIs. Logo, as visitas estão sendo menos limitadas e, com algumas exceções, o tempo de permanência do familiar aumentou, quando não passou a ser integral, pois acredita-se que esta nova conduta implica em melhor a qualidade de vida desse paciente. Alguns hospitais também já incrementaram outros recursos como, luz natural e visualizações das partes externas (JERONIMO, 2010).

Ressalta-se que algumas características são imprescindíveis em uma UTI. Entre elas destacam-se:

- Garantia de assistência médica 24 h;

- Garantia de assistência de enfermagem 24 h;
- Garantia de assistência de recursos laboratoriais 24 h;
- Garantia de assistência de diagnóstico por imagem 24 h;
- Possuir no mínimo cinco leitos (JERONIMO, 2010).

Entretanto, para garantir tais características, as instituições hospitalares se preocupam com as despesas e investimentos inerentes à estrutura física e aos recursos materiais, tecnológicos e humanos – indispensáveis à assistência à saúde (VERSA et al, 2011).

3.2 Avaliações do Paciente Crítico

Tendo em vista a gravidade e a instabilidade clínica do estado de saúde do paciente internado em UTI, é essencial a sua avaliação diária pelos profissionais da enfermagem. Com efeito, é justificada a necessidade desse controle, pelos procedimentos que são realizados pelos profissionais de saúde. Sendo assim, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde executem essas tarefas, com todos os detalhes de uma avaliação clínica, uma ou mais vezes por período, quando se fizer necessário, principalmente quando o paciente apresenta alguma alteração em seu quadro clínico (PADILHA et al, 2010).

Ressalta-se que o paciente crítico de uma UTI, sempre pode apresentar diferentes graus de dependência física, exigindo dos profissionais de saúde uma capacidade de observação, sensibilidade, conhecimento técnico-científico e experiência, e garantindo segurança diante de sua instabilidade (PADILHA et al, 2010).

Vale lembrar que o familiar do paciente crítico, ao ter ciência de sua real situação e da possibilidade de sua morte, expressa sentimentos como tristeza, pessimismo, angústia e falta de sentido para a vida. Muitas vezes, esse familiar pode ser o responsável pelo paciente, e com isso as responsabilidades são dobradas. Portanto, os profissionais de enfermagem devem ter uma boa relação com a família do paciente, pois esta precisa de acolhimento, segurança, humanização (LIMA; ROSA, 2008).

3.3 Reflexões sobre a Morte e o Morrer

Compreende-se que o processo de morte e morrer têm sofrido transformações conforme o momento histórico e o contexto sociocultural no qual o ser humano está inserido, sendo construído pela interação social e cultural, dentre outras dimensões. Logo, durante esse processo, o ser humano pode estabelecer diferentes simbolismos sobre a morte (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015).

Cientificamente, morrer é deixar de existir, por meio da falência de órgãos vitais, que pode ser de forma inesperada – doenças agudas e acidentes – ou de forma progressiva – doenças crônico-degenerativas, podendo ser acompanhada de uma degeneração dos próprios tecidos (MOREIRA; LISBOA, 2006). Com efeito, a morte faz parte do desenvolvimento biológico do ser humano, que pode significar algo natural, inevitável, totalmente aceitável; uma proporção, um prolongamento da vida em outro plano, outra vida; ou, ainda, algo complicado, complexo, cruel, inaceitável em qualquer contexto (LA LONGUINIERI et al, 2016).

Sendo assim, a morte sempre irá causar um grande impacto na vida das pessoas. O modo que cada familiar ou profissional de saúde vê ou encara a morte é diferente, e isso faz total diferença no seu enfrentamento. Dessa maneira, percebe-se que a maioria das pessoas entendem a morte como o fim de um ciclo, uma passagem, que os seres humanos irão enfrentar durante a sua vida (KUSTER; BISOGNO, 2010).

3.4 A Equipe de Enfermagem na UTI: perda e luto

A prestação de cuidado de enfermagem ao paciente de alta complexidade implica no envolvimento e na realização do profissional, auxiliando no estabelecimento de vínculos e influenciando a qualidade da assistência. Nesse contexto, o bom humor contribui para a manutenção do seu equilíbrio psicológico ao lidar com os familiares amedrontados e ansiosos por informações sobre os seus entes queridos. Seguindo este pensar, o serviço da enfermagem em uma UTI abrange tanto competências assistenciais quanto gerenciais, e sempre demandará destreza manual e improvisação, além da consciência do que está acontecendo e

realizando, pois está diretamente relacionado com a vida e/ou a morte de pessoas (CAMELO, 2012).

Nesse sentido, ao acompanhar o processo de morte e morrer, os profissionais de saúde se deparam com sentimentos como: desgosto, decepção, frustração, tristeza, dó, além da autocrítica pelos cuidados prestados. Sendo assim, diante do luto pela morte do paciente, os profissionais procuram um acolhimento em meio a estas circunstâncias desagradáveis (COSTA; LIMA, 2005).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Ressalta-se que o estudo exploratório tem como objetivo proporcionar um maior conhecimento do problema, esclarecendo-o. Também pode-se construir hipóteses. O estudo descrito, por sua vez, tem a intenção de descrever as características de uma determinada população (GIL, 2008). No que tange à abordagem qualitativa, busca-se responder questões específicas de uma realidade que não pode ser apenas quantificada, pois possui uma gama de significados, motivos, emoções, crenças, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos minimamente (TAQUETTE; MINAYO, 2016).

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na UTI adulto de um hospital de médio porte, situado em uma cidade do norte do Paraná.

4.3 Participantes do Estudo

Participaram do estudo, os profissionais da Enfermagem que contemplarem os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro ou técnico em enfermagem; atuar em UTI há pelo menos seis meses. Para a exclusão de participantes foram adotados os seguintes critérios: estar de licença maternidade e/ou doença; estar de férias.

Ressalta-se que, para evitar a identificação dos participantes, optou-se por utilizar como pseudônimos, nomes de flores, acompanhados pelas iniciais E ou T (diferenciando a categoria profissional, enfermeiro ou técnico em enfermagem, respectivamente), M ou F (diferenciando o sexo, masculino ou feminino, respectivamente), e por um numeral representado a sua idade em anos.

Optou-se por designá-los por nome flores, uma vez que estas já se estabeleciam como presentes aos mortos, entre os indivíduos do Neandertal, em torno de 29 mil anos. Nesse tempo, foram encontrados corpos de neandertalenses

enterrados sobre leito de flores, no Iraque em 1951, fazendo universal esse costume (BAYARD, 1996).

Vejo que hoje em dia se tem o hábito de presentear os mortos com flores, além de ser um belo presente, e uma forma de expressar o carinho e a gratidão por alguém que, de certa forma, marcou a vida de alguma pessoa, acaba sendo comum decorar também os carros fúnebres, sendo assim é um método demonstrado pelos seus entes/amigos queridos no dia de finados e domingo de Ramos e o crisântemo é a flor preferida para essas ocasiões no Ocidente (BAYARD, 1996).

4.4 Coletas de Dados

Para a coleta de dados foram utilizados um formulário sociodemográfico (Apêndice A) e um roteiro de entrevistas (Apêndice B). Enfatiza-se que as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

4.5 Análises dos Dados

Os dados serão submetidos à análise de conteúdo, que constitui um conjunto de técnicas que dispõe de processos sistemáticos, com a intenção de descrever o conteúdo das falas, subsidiando o conhecimento das palavras e seus sentidos (BARDIN, 2008).

Na primeira fase será realizada a transcrição das falas, na tentativa de capturar os sentidos que os participantes da pesquisa deixarão transparecer em suas falas. Na segunda fase, terá início a separação das opiniões, frases e parágrafos que convergem ou divergem em relação à temática do estudo. Na terceira e última etapa, será feita a organização das semelhanças e diferenças dos discursos, realizando releituras sucessivas dos textos, com o objetivo de apresentar as primeiras ideias e selecionar as categorias que supostamente responderiam às questões da pesquisa (BARDIN, 2008).

Em outras palavras, a análise dos dados seguirá os três polos cronológicos propostos:

- Pré-análise: Fase de organização. Tem por objetivo tornar funcional e sistematizar as ideias iniciais. Comumente, possui três missões: a escolha dos

instrumentos a serem utilizadas, a formulação das teorias e objetivos, e a elaboração dos indicadores que conduzirão a interpretação final;

- Exploração do material: Fase de análise dos dados propriamente dita. Consiste fundamentalmente de operações e codificações, redução ou enumeração, em função de regras previamente formuladas;

- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: Os dados são abordados de maneira a serem expressivos e válidos. Sendo assim, o pesquisador tendo à disposição, resultados significativos e fiéis, pode propor inferências e explicações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2008).

4.6 Considerações Éticas

O estudo obedeceu as normas regulamentadoras determinadas pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, por envolver seres humanos (BRASIL, 2013). Dessa forma, o projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CETi) da Faculdade de Apucarana (FAP), após autorização da Instituição Hospitalar, e a coleta de dados se deu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Dos 28 indivíduos que integram a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, dois se encontravam em licença saúde, dois tinham menos de seis meses de experiência no setor, e um estava em férias. Portanto, 23 profissionais participaram do estudo.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo características sociodemográficas. Apucarana, 2017

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	18	78,3
Masculino	5	21,7
Estado Civil		
Solteiro	11	47,8
Casado	10	43,5
Viúvo	2	8,7
Categoria Profissional		
Enfermeiro	6	26,1
Técnico de Enfermagem	17	73,9
Grau de Escolaridade		
Curso técnico em Enfermagem	17	73,9
Graduação em Enfermagem	6	26,1
Especialização	3	13,1
Jornada de trabalho		
Manhã (6 horas)	6	26,1
Tarde (6 horas)	6	26,1
Integral (8 horas)	1	4,3
Noite 1 (12 horas)	6	26,1
Noite 2 (12 horas)	4	17,4
Carga Horária Semanal		
42 horas	23	100
Tem outro emprego?		
Sim	8	34,8
Na área	6	26,1
Não	15	65,2
Religião		
Católico	12	52,2
Evangélico	9	39,1
Ateu	2	8,7

Fonte: CHUISTA, 2017.

Com base nos dados produzidos a partir da aplicação do instrumento para caracterização sócio demográfico, foi feito um levantamento sobre sexo, idade, estado civil, categoria profissional, grau de escolaridade, tempo de trabalho na enfermagem, tempo de enfermagem em unidade de terapia intensiva, jornada de trabalho, carga horária semanal (na instituição onde o estudo foi realizado), existência de outro vínculo empregatício e religião.

Dos 23 profissionais entrevistados, 18 (78,3%) eram do sexo feminino e cinco (21,1%) do sexo masculino. Muito embora possa estar no campo dos entendimentos pessoais da pesquisadora, observa-se que os modos como homens e mulheres se comportam diante do processo de morte e morrer em uma unidade de terapia intensiva, não apresenta diferenças ou particularidades relacionadas ao sexo, exceto quando se perde uma de criança.

Acredita-se que o instinto maternal seja mais intenso e evidentemente mais aflorado que o instinto paternal. Portanto, mesmo considerando que esta seja apenas uma possibilidade apontada a partir das observações da pesquisadora, visto que não foram encontrados estudos que possibilitassem discutir de modo científico esse comportamento, considera-se oportuno fazer este apontamento.

A distribuição dos participantes segundo a faixa etária, onde a maioria (56,5%) tinha entre 23 e 30 anos. Ressalta-se que a média da idade dos participantes é de 32,1 anos, e varia de 23 a 55 anos.

Trata-se de uma amostra composta por jovens profissionais de enfermagem que, se considerarmos a lógica de que, quanto mais vivemos, mais aprendemos, está “menos” preparada para lidar com situações inerentes ao processo de morte e morrer, ainda que fora do seu contexto familiar.

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes (47,8%) é solteira.

Já a categoria profissional, havia seis (26,1%) enfermeiros e 17 (73,9%) técnicos de enfermagem. Dentre os enfermeiros há três profissionais que possuem pós-graduação.

Segundo pesquisa realizada pelo COFEN, no Brasil são graduados em enfermagem 414.712 (100,0%), e 1.389.823 (100,0%) são técnicos e auxiliares de enfermagem. Já no Paraná são 20.909 (5,0%) graduados em enfermagem e técnicos e auxiliares 56.553 (4,1%).

Com relação ao tempo de trabalho na enfermagem, 14 profissionais (60,9%) trabalham entre seis meses e cinco anos, cinco (21,7%) trabalham entre seis e 10 anos, três (13%) trabalham entre 11 a 20 anos e um (4,3%) trabalha há 30 anos.

No que diz respeito ao tempo de trabalho na UTI, 20 profissionais (86,9%) trabalham no setor de seis meses a cinco anos. Quanto à jornada de trabalho, seis (26,1%) profissionais trabalham no período matutino, vespertino ou na noite par. Todos os 23 profissionais cumprem carga horária semanal de 42 horas e dentre estes, e oito (34,8%) disseram ter outro vínculo empregatício, sendo seis (26,1%) na área da enfermagem.

Tanto o tempo de trabalho na enfermagem quanto o tempo de trabalho na UTI, a exemplo do sexo e da faixa etária dos participantes, parecem ser fatores a serem considerados como determinantes do modo como pensam e se posicionam esses profissionais diante da morte e do morrer, muito mais do que a categoria profissional.

5.2 Categorias Temáticas

5.2.1 Sentindo-se despreparado para lidar com a morte e o morrer

Lidar com a morte é uma realidade altamente presente no trabalho da enfermagem em uma UTI, determinando uma forma bastante peculiar de enfrentamento, que garanta a continuidade da assistência. Percebe-se que a maioria dos participantes possui muita dificuldade em lidar com a morte e o morrer. Mesmo sabendo que a morte faz parte do ciclo da vida, é sempre muito complicado, o sofrimento é inevitável. Tais reações podem ser identificadas nos discursos a seguir:

Para mim é difícil, porque eu tenho muita dificuldade de lidar com a morte, tanto é que hoje o Cassiano (paciente da UTI) rebaixou. Menina, eu entrei em desespero [...] ainda mais ele que faz tempo que está aqui. Eu tenho muita dificuldade em lidar com a morte. [...] A maioria das vezes eu acho que não estou preparada. [...] eu me apego demais com as pessoas. Eu sei que isso não pode, sabe? [...] a gente sabe que vai passar pela morte. Essa é a única certeza que a gente tem, mas eu acho que eu não sou uma pessoa preparada para isso, mesmo trabalhando aqui. Kalanchoe (T. F. 31)

Querendo ou não é a nossa área, não é? Ela acaba exigindo que a gente tenha um psicológico preparado para isso, porque dizer que é fácil, não é [...] mas, dizer que está preparado, infelizmente não. Papoula (T. F. 30)

Lidar com a morte a gente nunca está preparado, não é? Mas, a gente tenta todos os dias, entrega na mão de Deus (suspiro), e pede para Ele fazer a parte Dele, e a gente a nossa, e vamos tentando. Preparada, preparada, eu não estou, mas eu tento dar o meu melhor. Tagetes (F. 39)

A gente nunca está preparado para lidar com a morte. A morte vem de repente e não tem ninguém que a impede, não é? [...] mas, a gente, como profissional, tem que ser forte, não é? Para poder dar o apoio à família que vem visitar o corpo [...], sempre manter uma postura ética e de responsabilidade. Cravo (T. M. 25)

Embora a morte faça parte da vida e seja exatamente esta esperança que vai dar uma importância à sua própria história, falar sobre este tema sempre espantou o ser humano, mesmo os profissionais de saúde, conscientes da impotência humana e da própria morte (CARVALHO, 2003). Com efeito, resgatar o ser humano dentro do processo de morte e morrer, apesar de ser eficaz a concepção do cuidado à alma, e não apenas ao corpo biológico, não parece ser uma tarefa fácil, pois implica em olhar no espelho da própria limitação (BELLATO; CARVALHO, 2005). Vale lembrar que em toda a sua vida, o ser humano vivencia emoções e sentimentos, deixando-o sensível ao sofrimento alheio. Logo, o enfermeiro acaba se sentindo ainda mais perceptível, pois é o responsável pela vida do paciente.

Nesse contexto, a tanatologia torna-se imprescindível, pois pode acabar com os preconceitos em sala de aula, até mesmo em hospitais e fornecer informações para um melhor preparo dos futuros profissionais ao lidar com a questão da morte, proporcionando a valorização da humanização no cuidado de pacientes com risco iminente de morte assim como também de seus familiares e até mesmo dos funcionários, por meio de ações de conforto e respeito (PORTO; LUSTOSA, 2010).

No que tange aos cuidados paliativos, compreende todo o cuidado completo realizado aos pacientes cuja doença não respondeu ao tratamento realizado, e que pode aliviar a sua dor e alcançar uma melhor qualidade de vida para o paciente e sua a família, mantendo-se alerta em relação aos cuidados de controle de sinais e sintomas da doença (SILVEIRA; GORINI, 2009).

Atualmente, a formação dos profissionais de enfermagem os prepara para restaurar e salvar vidas a qualquer custo. Deste modo, quando isso não acontece, ou seja, quando o paciente morre, estes profissionais percebem que estão despreparados e vivenciam sentimentos de frustração e fracasso, pois mesmo que tenham utilizados os mais diversos recursos tecnológicos, não foram capazes de salvar a vida do paciente (ROSA; COUTO, 2015).

Evidencia-se, portanto, a necessidade das instituições de ensino técnico e superior revisarem suas matrizes curriculares e oferecerem aos futuros profissionais, oportunidades de se aproximarem de temas como tanatologia e cuidados paliativos, preparando-os minimamente para o enfrentamento do processo de morte e o morrer e luto de seus pacientes.

Fica claro entender que quanto maior for o vínculo afetivo entre o profissional e o paciente, maior será o grau de sofrimento, tristeza e desgosto no momento da perda. O vínculo afetivo geralmente está relacionado ao tempo de permanência do paciente no hospital ou as diversas internações em pequenos períodos. Em determinadas situações o profissional de enfermagem permite-se viver a perda e o enlutamento, pois o paciente torna-se estimado para ele. Esse sentimento é tão forte para alguns profissionais, que eles sofrem como se fosse a morte de um ente querido (SHIMIZU, 2007).

5.2.2 Sentindo-se preparados para lidar com a morte e o morrer

Os discursos dos profissionais revelam que os mesmos atribuem a preparação para lidarem com a morte à consciência tranquila de que fizeram tudo o que estava ao seu alcance (competência técnico-científica), à capacidade de separar as questões profissionais das emocionais, às crenças religiosas de que Deus sabe o que faz, e à experiência adquirida ao longo da atuação profissional. Mas, também, há quem diga sentir-se preparado para a morte do outro, mas não para a própria morte, o que coloca em dúvida tal preparação, conforme evidenciam os depoimentos a seguir.

Eu não sei se eu estou preparado para minha morte (risos), mas como lidar com a morte de paciente, eu acho que estou preparado.
Antúrios (E. M. 50)

[...] eu tenho a certeza que eu estou preparado, porque você faz aquilo que está nas suas condições. Você sente a perda desde que você não seja omissa com as coisas que você tem que fazer, as coisas da sua responsabilidade. Se você fizer tudo o que estiver dentro do seu alcance, desde o planejamento, cuidados, intervenções, atenção... Se você estiver realmente preparado para lidar com o paciente, você vai estar preparado para lidar com a perda dele também, mesmo que a perda não seja tão impactante quanto é para a família, mas, se você se empenhar e zelar pelo paciente conforme você aprendeu [...] mesmo que seja uma coisa que a gente não goste, mas, infelizmente, é uma coisa que está na nossa profissão e, principalmente, na nossa realidade, entendeu? Porque muitas pessoas pensam que a unidade de terapia intensiva é o ponto final da vida. Não. Pode ser o recomeço da vida, ou a despedida da vida [...]. Se você se doar, e fizer tudo aquilo que você aprendeu, que você estudou, e fazer com amor e carinho, você vai estar preparado para lidar com a perda, mesmo que ela seja dolorosa, mas você consegue superar, sim. Crisântemo (E. M. 26)

Sim, eu me sinto preparada, porque o que a gente pode fazer pela vida do paciente, enquanto ele está vivo... Eu acho que eu dou o meu melhor pelo paciente, entendeu? [...]. Eu não fico vivendo o luto do paciente. Eu já fui de ficar sofrendo vários dias pela morte de paciente, ir em velório de paciente... Agora eu não vou mais (risos). Mas, no começo, eu me apegava tanto com o paciente que eu ia até no velório. E a gente tem que aprender separar essas duas partes, mas eu me sinto preparada sim. Gérbera (T. F. 24)

Sim, eu me sinto. Porque como eu disse, Deus sabe de todas as coisas, e quando chega a nossa hora, não tem nada o que se possa fazer. Rosa (T. F. 39)

Porque tudo o que a gente vive, tudo o que a gente estuda ao decorrer dos anos... Hoje eu posso dizer que eu sou, não é? Que eu sou capaz. Eu sei o que eu faço, não é? Girassol (T. F. 35)

Eu me sinto, porque [...] não tem o que fazer, entendeu? Você cuidou, você sabe que você fez o seu melhor para cuidar. Espere em Deus. Cravina (T. F. 31)

Agora sim. [...] porque eu não absorvo (as perdas). [...] eu acho que a gente tem um preparo físico, talvez, não tão psicológico. No momento em que tu perde o paciente tu diz: nossa, perdi um paciente! [...] mas, eu acredito que agora, nesse momento da minha profissão, eu consigo lidar com a morte, sim. No início, não. Orquídea (E. F. 27)

Eu consigo lidar bem com essa situação. Lisianto (T. F. 24)

É importante entender que os profissionais de enfermagem, por ficarem mais tempo com os pacientes internados, precisam estar preparados para entender a

morte como algo intrínseco a esse contexto, e não como algo contrário à promoção e preservação da vida.

Contextualizando, os profissionais da enfermagem demonstram que o contato direto com o paciente contribui para que haja um melhor enfrentamento de sua morte, mesmo havendo diferenças pessoais e individuais nas defesas criadas contra o sofrimento diante da morte. Ressalta-se que os profissionais com mais tempo de atuação e experiência na enfermagem, parecem estar mais preparados para encarar esta situação do que os profissionais recém-formados (SHIMIZU, 2007).

O primeiro contato com a morte é certamente traumático para qualquer profissional, entretanto a vivência diária e a experiência adquirida no dia a dia de sua profissão pode ajudar a equipe de enfermagem a ter outro olhar sobre a morte, um olho clínico, enfrentando-a como um processo natural da vida, o qual todos os seres humanos passarão. A perda e a tristeza podem permanecer, mas a experiência ajuda a lidar com e a enfrentar as situações de morte com mais humanização, oferecendo conforto para os pacientes e familiares (MOTA et al, 2011).

Durante os relatos foi percebido que os profissionais de enfermagem, depois de alguns anos lidando com a iminência de morte todos os dias, se sentem mais preparados para enfrentar esta situação, diferente dos profissionais no início de carreira, que acabam sofrendo mais, ficando desgostosos com as perdas vivenciadas diariamente.

5.2.3 Banalizando o processo de morte e morrer

Alguns profissionais em suas falas relatam que já se “acostumaram” com o processo de morte e morrer na UTI, e que para eles virou rotina, uma atividade mecânica, muitas vezes indiferente, como é possível observar nas unidades de significados a seguir:

Porque aqui dentro da UTI é tudo muito automático. Tu perdeu um paciente, tu já raciocina assim: é um potencial doador. No início, para mim era bem complicado. Eu tremia inteira. Eu levava os rostinhos deles todos para casa. Hoje não. Se me perguntar o nome, eu não vou nem saber te dizer, mas é que vira uma coisa, assim, meio que automática, porque tu tens muita coisa para fazer. O papel te prendi muito, porque tu tens que relatar, tu tens que evoluir, tu tens que

preencher, buscar a D.O (Declaração de Óbito), tu tens que comunicar a família, então, assim, é muita coisa em cima, e o teu lado humano, embora tu tenhas feito tudo por aquele paciente, fica ali no momento em que ele morre, respeitar o corpo daqui até o necrotério, mas a gente perde um pouco daquela sensibilidade. Não que a gente deixe de ser humano, não é? Orquídea (E. F. 27)

Então, não que seja comum, mas como a gente está aqui, dentro da UTI... isso acontece... quase todo dia alguém morre, não é? Então acaba se tornando, assim, não comum. Como eu posso dizer? Mas, uma rotina, sabe? Então, não é que eu não sinta nada, mas quando se torna, se tornou rotina. Margarida (E. F. 29)

Logicamente que, quando a gente perde alguém, aqui dentro eu fico sentida, bastante mesmo, se eu tiver que chorar, eu choro. Só que sempre ali focada no serviço. [...] nunca me atrapalhou a perda de um paciente que eu gosto bastante. Aqui dentro (no seu interior) eu sofro, eu choro. Passou. Pronto. Eu volto a fazer as minhas tarefas normalmente. Rosa (T. F. 39)

Eu não sinto nada. Já acostumei. Eu não tenho apego muito com paciente, a não ser que, às vezes, ele se apegue em mim, mas eu tenho isso. Eu não tive avô, avó... Nunca tive a presença deles. Geralmente, na UTI, morre mais idosos. [...] Eu já não gosto de chamar ninguém de vó e de vô, porque eu acho que é senhor e senhora, não é? Então, eu não tenho apego a nada. Camélia (T. F. 33)

Para mim é rotina (risos). [...] a gente mantém a educação, respeita o paciente depois de morto, arruma certinho. Ser sempre profissional, manter a ética. Mas, virou rotina. Lírio (T. M. 28)

Ah, para mim, assim, é um ato natural, não é? É uma fase em que a pessoa passa. Ela vive, cresce, casa, cria a sua vida e depois tem o ato final. Para mim é um processo normal. Tulipa (T. F. 23)

Depois de um tempo, acaba ficando mecânico. Begônia (T. F. 40)

Os profissionais da enfermagem discursam que a convivência constante com a morte frequente faz com que eles criem estratégias para não sofrerem diante da morte de seus pacientes, e conviverem com o sofrimento alheio de maneira mais superficial, tentando evitar se envolver. Como ressalta Rosa (T. F. 39):

Logicamente que, quando a gente perde alguém, aqui dentro (no seu interior) eu fico sentida, bastante mesmo, se eu tiver que chorar, eu choro. Só que sempre ali focada no serviço. [...] nunca me atrapalhou a perda de um paciente que eu gosto bastante. Rosa (T. F. 39)

Todavia, se esforçam para esclarecer que, em relação ao cuidado profissional, não houve mudanças.

É preciso que os profissionais de saúde estejam preparados para receber e cuidar de todos os pacientes, muitas das vezes, com prognóstico ameaçador, necessitando compreender as reações e os comportamentos que eles apresentam diante da morte, para assisti-los em suas necessidades durante o processo de despedida da vida (COSTA; LIMA, 2005).

Sendo assim, nem todos os profissionais podem realmente estar preparados para lidar com a morte, porém, pelo fato de vivenciarem a morte praticamente todos os dias em sua atuação profissional, acabou tornando esse sentimento “mecânico”, não que eles não sintam a morte, ao contrário, se sentem acostumados em lidar com esse processo.

Com relação à dificuldade de cuidar de um corpo sem vida, de manter as suas funções fisiológicas até o momento da captação dos órgãos, enquanto a família lhe confere status de vivo, o cuidado de pacientes com morte encefálica é uma atividade muito complexa, sendo realizadas pelas equipes multiprofissionais que atuam em UTI, porém é o enfermeiro o responsável por prestar todo o cuidado ao potencial doador de órgãos e tecidos, e a sua família. Ressalta-se que o sucesso do transplante de órgãos e tecidos está totalmente relacionado à manutenção do paciente até o momento da captação (CAVALCANTE et al, 2014).

Percebe-se que há uma grande mudança no comportamento dos profissionais da saúde, no momento em que o diagnóstico de morte encefálica é fechado, bem como ao lidar com o paciente, pois os profissionais referem a importância da manutenção do corpo, mas que embora sem vida, este ainda representa uma pessoa que é merecedora de respeito e todos os cuidados necessários (CAVALCANTE et al, 2014).

É importante salientar, também, a dificuldade em abordar a família para o consentimento da doação de órgãos e tecidos, atividade normalmente realizada pelo enfermeiro, respeitando os limites da dor da perda e a decisão familiar. Nessa perspectiva, o enfermeiro qualificado para fazer a entrevista com os familiares e sanar todas as dúvidas, precisa reconhecer que a doação de órgãos é um ato de solidariedade da família que esta partilhando a dor da perda, e que apesar da aflição e sofrimento, consegue se desprender do corpo (matéria) do ente querido e optar pela doação (CAVALCANTE et al, 2014).

Vale lembrar que os avanços científicos e tecnológicos têm contribuído para o aumento mundial do número de transplantes de órgãos e tecidos, permitindo que

inúmeras pessoas possam beneficiar-se desse processo. No entanto, o número insuficiente de doadores, para atender à crescente demanda de pacientes em lista de espera, passou a ser a maior barreira para a realização desse procedimento (SANTOS; MASSAROLO; MORAES, 2012).

Logo, diante do diagnóstico de morte encefálica, a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), especialmente os profissionais da enfermagem, ficam vigilantes diante da possibilidade de captação e doação de órgãos e tecidos, como se pode observar na fala de Orquídea (E. F. 27) ao dizer:

Tu perdeu um paciente, tu já raciocina assim: é um potencial doador.
Orquídea (E. F. 27)

Destaca-se que as famílias dos potenciais doadores apresentam-se fragilizadas, desamparadas, e precisam totalmente de cuidado e apoio dos profissionais de enfermagem, da equipe de saúde, pois as mesmas enfrentam um momento de muita dor com o diagnóstico de morte encefálica e a perda de seu ente querido, muitas vezes decorrente um acidente inesperado, de forma catastrófica. E nesse momento os profissionais devem responder todas as dúvidas dos familiares (CAVALCANTE et al, 2014).

5.2.4 Enfrentando o sentimento de impotência diante da morte

Analisando os discursos, percebe-se que alguns profissionais da enfermagem consideram desgastante a tentativa, muitas vezes frustrada, de salvar vidas, sentem-se tristes diante da perda de seus pacientes, decepcionados e impotentes diante da morte, por mais que tivessem feito o que estava ao seu alcance, conforme pode ser observado nas falas a seguir:

É um pouco desgastante, não é? [...] porque nós trabalhamos tentando reverter essa situação, porque a gente pensa na vida, não é? Então, às vezes, quando a gente não consegue esse êxito, que a gente vê que o paciente acaba evoluindo à óbito... Então por mais que você tenha a consciência tranquila que você fez aquilo o que você tinha que fazer, não era o objetivo esperado. Então é desgastante para o profissional. Antúrio (E. M. 50)

Muito mal, muito triste. Porque você faz de tudo o que está ao seu alcance, a adrenalina... Envolve muitas pessoas... Mas, é triste quando a gente não consegue salvar. Tagete (T. F. 39)

Sempre tem um sentimento de perda, não é? Seja quem for. Seja criança, um parente, um paciente, um desconhecido. É uma perda. Girassol (T. F. 35)

A gente fica triste, não é? [...] Queria poder ter feito mais coisas. [...] Tem coisas que eu acho que é só Deus mesmo, mas a gente procura fazer o que a gente pode, para salvar a vida. Begônia (T. F. 40)

Se for em uma parada (cardiorrespiratória), eu me sinto decepcionado [...] quando você faz uma massagem (manobra de ressuscitação cardiopulmonar) [...] agora quando você não consegue ter o retorno [...] da vida do paciente, é muito decepcionante. Cravo (T. M. 25)

Percebe-se que os sentimentos manifestados – tristeza, incapacidade, impotência, decepção – caracterizam sofrimento para os profissionais da enfermagem. Com efeito, frente às situações que deixam em estado de alerta a vida de seus pacientes, os profissionais podem sofrer uma experiência intensa e dolorosa, caracterizada por sentimentos como temor, ansiedade, preocupação, insegurança, sofrimento, desespero e impotência (TOLEDO et al, 2012).

É importante destacar que durante a assistência ao paciente em processo de morte, os profissionais de enfermagem lidam com muitos sentimentos e emoções que mostram a impotência humana diante da morte. O próprio profissional de saúde pode se julgar incapaz de salvar o paciente, por ter medo, despreparo emocional e psicológico, e acaba sentindo-se inconformado diante da perda de um paciente (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2006).

Na presença da morte do outro, confrontamos a nossa própria limitação, na qual está evidente o medo, e principalmente a revolta diante do inevitável (BELLATO; CARVALHO, 2005). Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem, ao se depararem com os seus limites no cuidado ao paciente, e constatarem o óbito, muitas vezes manifestam sentimentos que denotam sofrimento, cuja constância e incidência, pode alterar o seu estado de saúde física e mental.

O conhecimento dos profissionais da enfermagem em relação ao processo de morte e morrer pode comprometer diretamente a sua vida pessoal, despertando os mais distintos sentimentos. A sensação de impotência, por sua vez, surge quando

algo não esperado acontece (FERNANDES et al, 2006), haja vista que esses profissionais trabalham para salvar vidas, e não para perde-las.

Ressalta-se que os sentimentos de fraqueza, impotência e frustração, diante da morte do paciente, caracterizam um comportamento de negação da morte (HADDAD, 2006). Mesmo sabendo que a morte é a fase final do ciclo da vida, os profissionais demonstram, de diversas maneiras, negar este fato.

5.2.5 Sofrendo com a morte de pacientes jovens

Alguns profissionais da enfermagem mencionaram uma diferença entre os sentimentos despertados em relação à morte de um paciente idoso e de um paciente jovem. Identificamos que a perda de um paciente jovem abala muito mais a equipe de enfermagem, pelo fato de este não ter vivido o suficiente, e que um paciente idoso já passou por todas as etapas da existência humana. Conforme pode ser observado nas falas a seguir:

Quando é criança, é claro que eu morro junto (suspiro). Não só com os pais, mas com a criança também. Primeiro porque eu sou mãe, e segundo porque a criança não viveu ainda o que tinha que viver, não é? E está sendo arrancada daqui. Cravina (T. F. 31)

Diante da perda, dependendo da idade, do caso do paciente, é que eu levo muito em consideração a idade. Se é um paciente idoso, que precisa descansar, que está sofrendo demais, aqui dentro da UTI... [...] eu não me abalo. Mas, se for paciente novo, eu fico meio abalada. Chuva de Prata (T. F. 24)

Agora, se for uma criança. [...] Eu nem consigo trabalhar com criança. Porque criança, para mim, é difícil. Margarida (E. F. 29)

Ah! Depende do estado dele não, é? Se for uma criança, daí é um impacto maior, um adolescente... Lírio (T. M. 28)

A morte de uma criança, adolescente e pessoas jovens são interpretadas como interrupção no seu ciclo biológico e isso provoca, na equipe de enfermagem, sentimentos de dor, sofrimento, angústia e impotência (SANTOS; JESUS; PORTELLA, 2013). Deste modo, os profissionais da enfermagem aceitam melhor a morte de pessoas idosas, o que acaba tornando mais fácil o cuidado a elas prestado, em detrimento do cuidado prestado às pessoas mais jovens.

A aceitação da morte de pessoas jovens é complicada para os profissionais da enfermagem, haja vista que em certos momentos podem se sentir fracos, com vontade de desistir, porém precisam ter em mente que o cuidado dispensado a qualquer paciente deve ser baseado na integralidade, assegurando aos pacientes o respeito, a ética e a dignidade humana. Todavia, trabalhar com crianças em processo de morte iminente não é uma tarefa fácil. É preciso adequar à assistência de modo que atenda às necessidades das crianças. E para isso, o profissional deve ter a consciência e a compressão do que precisa oferecer (MENIN; PETTERNON, 2015).

Ressalta-se que o sentimento de perda, em relação à morte de uma criança, torna-se mais profundo, especialmente quando houve um envolvimento maior com o paciente, como é possível observar na fala de Kalanchoe (F. 31) ao dizer:

Quando é criança, é claro que eu morro junto (suspiro). Kalanchoe (F. 31).

Vale lembrar que neste momento, os seus olhos encheram-se de lágrimas.

Talvez, a maior angústia desses profissionais é ter a consciência de que esses pacientes não terão a oportunidade de passar pelas outras fases da vida, trabalhar, casar, ter filhos, envelhecer, desfrutar de uma vida cheia de sonhos e esperanças (HADDAD, 2006). Acredita-se que os profissionais da enfermagem não são devidamente preparados para a morte, e quando a presenciam, sentem-se angustiados, constrangidos e frustrados (VARGAS, 2010).

Entende-se que de um modo geral, quanto mais tarde no ciclo da vida, menor é o grau de estresse pertinente à morte e à doença grave. A morte em uma idade mais avançada é considerada um processo natural para os profissionais da entrevista. Sendo assim, embora a morte dos idosos seja vista como uma parte integrante do ciclo de vida familiar, isso não acontece sem estresse. Parte do estresse decorre das mudanças no estilo de vida, necessárias para lidar com os efeitos da própria doença que debilita o paciente (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).

Enfim, a morte de pessoas mais jovens e crianças não são vista como processo natural, mas sim que há esperança de que nascemos, crescemos, vivemos por um determinado tempo e já quando idoso morrer naturalmente. Ou seja a morte

é mais bem aceita quando se tem o sentimento de que a pessoa já cumpriu as etapas de sua vida (MARTINS; ROBAZZI, 2009).

Diante do exposto, percebe-se que a enfermagem é uma profissão complexa, principalmente quando a área de atuação é uma unidade de terapia intensiva, pois lida-se o tempo com o sofrimento e a morte do outro. Portanto, é uma tarefa que exige que o profissional tenha muita paciência, carinho, atenção, cautela ao realizar procedimentos, saiba acolher o outro em seu sofrimento e acompanha-lo em seu processo de despedida da vida.

5.2.6 Sentindo-se aliviado com a morte de pacientes em cuidados paliativos

Alguns profissionais da enfermagem, mesmo trabalhando em uma unidade de terapia intensiva, munidos de tantos recursos tecnológicos, de última geração, conseguem compreender os seus limites pessoais e profissionais diante da iminência de morte de um paciente em cuidados paliativos, e perceber que prolongar a sua vida, a todo o custo, implica em negar-lhe o direito de uma morte digna, como pode ser percebido nas seguintes falas:

E você só quer que alivie logo, não é? Independente se vai voltar bem ou se vai morrer, você só quer que alivie logo. Begônia (T. F. 40)

Não depende da idade. Depende do diagnóstico do paciente [...] se tiver com câncer, em estágio terminal [...] eu penso que seja um alívio, não é? [...] fazendo diálise e sofrendo muito tempo ali, e só vai prolongando o sofrimento. Margarida (E. F. 29)

Quando é idoso, com prognóstico ruim, dependendo do tempo que está na UTI [...] sofrendo uma angústia [...] antes de morrer [...] entubação, medicação... Lisianto (T. F, 24)

Depende do paciente [...] Ah! Os idosos, eu acho que é um sofrimento estar aqui. Eu acho que para eles é um alívio. Camélia (T. F. 33)

Vai depender muito de como está o paciente. Eu acho que ver o paciente sofrendo no leito de UTI, longe da família, e saber que só vai ficar com ele mais uns dias, porque ele não tem um prognóstico bom, é uma coisa ruim. Às vezes, quando a morte acontece [...] até alivia, porque você sabe que descansou. Palma (E. F. 30)

Existem pacientes que, infelizmente, a gente sabe que não tem prognóstico, não é? Por experiência, você admite um paciente, vê a causa, a situação que o paciente chegou, e daí você pensa que o

descanso eterno será o melhor para ele. Tudo depende do estado que o paciente chega para gente, ou até mesmo as condições de saúde que esse paciente viveu até hoje. Crisântemo (E. M. 27)

Depende do paciente. Os outros podem pensar assim: nossa cruel, não é? Mas, na verdade, não. A gente que tem olho clínico. Por exemplo, um paciente idoso, que esta aqui só por causa de aparelho, que provavelmente vai para casa, a família não vai cuidar, que vai para o setor e vai voltar para a gente. Então, no momento em que tu perde um paciente desses, tu diz assim: descansou. Orquídea (E. F. 27)

Às vezes, é tanto sofrimento que é um alívio para eles. Jasmim (T. F. 43)

Muitas vezes os profissionais passam por situações de luta consigo mesmos, haja vista que desejar a morte do paciente é incoerente com os seus princípios de lutar pela vida. Mas, o sofrimento do paciente e de sua família é tão grande que a morte, na visão do profissional, passa a ser um alívio, apesar de todo o sofrimento inerente à perda (HADDAD, 2006). Assim sendo, a morte parece funcionar como um “ansiolítico” diante do processo de morrer e do sofrimento presenciado em uma UTI, ou seja, quando o paciente morre, acaba sendo um alívio para alguns profissionais, diminuindo o seu sofrimento.

No contexto dos Cuidados Paliativos, o limite da vida é aceito e o objetivo é o cuidado, e não a cura, sendo assim é priorizado o respeito à dignidade humana e deve ser iniciado desde o diagnóstico de doenças graves, progressivas e incuráveis, proporcionando conforto e bem-estar ao indivíduo e seus familiares (CERVELIN; KRUSE, 2014). Nesta perspectiva, inserir os cuidados paliativos nas práticas clínicas de profissionais formados para salvar vidas a todo custo, torna-se um desafio complexo, pois é preciso aceitar a morte como um evento natural.

Vale salientar que, além dos cuidados básicos e fisiopatológicos, os profissionais de enfermagem buscam realizar certas ações para promover conforto e bem-estar do paciente no fim da vida, realizando, quando possível, seus anseios, desejos e, principalmente, suas últimas vontades (HERMES; LAMARCA, 2013).

5.2.7 Sentindo-se solidário diante da dor da família

Constatou-se que alguns profissionais da enfermagem se preocupam com os sentimentos dos familiares, quando o paciente morre, e se preparando para poder comunicar a notícia, e confortar os familiares, conforme segue as falas:

Depois de algum tempo, dói, claro que dói [...] não mais por causa do paciente, mas porque você sabe que a família vai sofrer e às vezes você se coloca no lugar da família. Cravina (T. F, 31)

É muito, muito triste. Então, o maior conforto que a gente pode dar para os familiares, é a presença, aquele consolo, não é? É muito importante isso na hora. Papoula (T. F. 30)

Porque sabemos que é uma pessoa que está ali, é um pai, uma mãe, um irmão, sabemos que tem uma família, não é? É complicado. É um pouco difícil lidar com isso aí. Copo de Leite (T. M. 23)

Se a gente for muito pelo emocional, a gente mesmo fica mal, não é? É porque você acaba vendo a família sofrer, casos de acidente, jovens... Você vê pai e mãe desestruturados, que jamais esperavam, não é? Então, [...] se a gente for levar muito para o emocional, a gente [...] acaba não conseguindo fazer o nosso serviço. Então, tem que ter, sim, sensibilidade, mas tem que ser um pouco racional ali na hora. Lisianto (T. F. 24)

Porque quando a gente perde um paciente, há sempre uma família para gente ajudar a cuidar, não é? E a gente, mesmo sofrendo, tem que continuar o trabalho, não é? Apesar da gente ficar triste, a gente tenta manter, não é? Madressilva (T. F. 55)

Um sentimento de tristeza marca o momento de proximidade com a família na experiência da morte de um ente querido, após o momento em que o médico conversa com a família e dá a notícia. É muito difícil encontrar as palavras adequadas para ajudar a família a lidar com a perda.

Os profissionais da enfermagem são os primeiros a promover o cuidado ao corpo sem vida, concebendo-o como um ser digno de respeito, executando suas atividades da melhor maneira possível, com dignidade e consideração pelo sofrimento dos familiares e do próprio paciente (SALOME; CAVALI; ESPOSITO, 2009). Ressalta-se que os profissionais da enfermagem tornam-se referências no processo de cuidar, pois permanecem muito próximos dos familiares nos momentos difíceis. São a estes profissionais que a família recorre quando necessitam de esclarecimentos ou cuidados imediatos (SOUSA et al, 2009).

Portanto, a enfermagem é uma das categorias profissionais que mais se desgastam emocionalmente devido à frequente interação com os pacientes

enfermos, as frequentes internações, muitas vezes acompanhando o sofrimento, como a dor, a doença e a morte do ser a cuidado (HERMES; LAMARCA, 2013).

A morte de um paciente acaba sendo uma experiência que atinge todo o sistema familiar. Logo, no decorrer do processo de morte e morrer, torna-se imprescindível que o cuidado se estenda à família também, pois essa experiência é vivenciada profundamente por todos os seus membros, os quais necessitam o máximo de atenção.

Nesse sentido, é importante destacar que embora algumas situações são totalmente desagradáveis, não se tem como pular a etapa. Embora a notícia da morte paciente seja dada pelo médico, nesse mesmo momento o profissional da enfermagem tenta acalmar os familiares, pois os mesmos necessitam de cuidado e atenção para que possam receber a notícia de forma equilibrada (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

Logo, quando a família está esclarecida, tudo caminha de forma mais harmônica e, com certeza, o seu relacionamento com o paciente transmite mais segurança e menos ansiedade. Por isso, a atuação da equipe multidisciplinar deve contemplar uma boa comunicação, reforçando um trabalho sistematizado, para que haja uma adaptação desses familiares ao enfrentamento dessas situações.

5.2.8 Expressando espiritualidade diante da iminência de morte

Alguns profissionais da enfermagem expressaram a sua espiritualidade ao recordarem situações de iminência de morte de seus pacientes. Para enfrentarem tais situações, os profissionais suplicam auxílio divino, haja vista que a fé religiosa influencia a capacidade de enfrentamento de situações envolvendo a morte e o morrer (BRÊTAS et al, 2006), como é possível perceber nos discursos que seguem.

Eu, pelo menos, tento sempre estar pedindo para Deus fazer o melhor para cada paciente. Às vezes, o melhor é se recuperar. A gente não sabe a missão que cada um tem aqui na terra, não é? Então, eu acabo pedindo para Deus fazer o melhor para cada paciente, se essa for a vontade Dele [...]. Lisianto (T. F. 24)

Eu acho que, por mais difícil que seja, cada um tem o seu tempo aqui na terra, não é? Então, se Deus chamou, se era para acontecer, é porque era o momento, era o dia, não é? [...] por mais difícil que seja a gente aceitar isso, a gente tem que buscar Deus, tem que aceitar, mas não é fácil. Papoula (T. F. 30)

Então... Morreu? Deus põe em um bom lugar. Espere a tua vinda que assim que vai ser julgado e bola pra frente. Cravina (T. F. 31)

Eu tenho muita fé em Deus. E acredito [...] que estamos aqui de passagem. Nada é nosso. Nós estamos aqui emprestados, não é? Deus coloca a gente aqui [...] mas, a hora que Ele quiser recolher... Ele é o dono de tudo, não é? Jasmim (T. F. 43)

Deus também conforta bastante. Então, [...] cabeça erguida. E não tem que pensar muito na pessoa, senão fica mais triste ainda. Copo de Leite (T. M. 23)

O apelo à religiosidade, expresso pelos profissionais da enfermagem, pode ser visto como uma estratégia de enfrentamento, diante do sofrimento, da dor e da angústia experienciados, quando se deparam com o processo de morte e morrer de seus pacientes. Nesse contexto, estudos evidenciam a relação entre religiosidade e/ou espiritualidade e melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao estresse em pessoas que praticam atividades religiosas, por melhorar a capacidade de enfrentamento (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO; KOENIG, 2006).

Ressalta-se que religiosidade e espiritualidade não são sinônimos. A religiosidade envolve a sistematização de um culto e ensinamentos compartilhados por um grupo (CERVELIN; KRUSE, 2014). Vale lembrar que religião é uma escolha que fazemos para entender e encontrar Deus, e espiritualidade é a necessidade que temos de entender e sermos entendido pelo outro, seja ele quem for (SILVA, 2010).

A espiritualidade contempla as necessidades humanas universais, podendo ou não incluir crenças religiosas específicas, além de fornecer uma filosofia ou perspectiva que orienta as escolhas da pessoa. A espiritualidade está pautada às questões sobre o significado e a finalidade da vida, como a crença em aspectos espirituais para justificar sua existência e seus significados (CERVELIN; KRUSE, 2014).

Nesse contexto, alguns profissionais de enfermagem, pacientes e familiares creem que a vida não termina com a morte, pois se acredita que a morte é uma passagem, ou seja, a matéria (corpo) morre e o espírito continua em outro plano superior. Esta concepção ajuda e torna a morte mais aceitável para os trabalhadores de enfermagem (MEDEIROS; BONFADA, 2012). Seguindo este pensar, observa-se nas falas dos participantes, que os mesmos desenvolvem estratégias de

enfrentamento para evitar ou aliviar o seu sofrimento, ancoradas na fé em Deus, como ressalta Copo de leite (T. M. 23):

Deus também conforta bastante. Copo de leite (T. M. 23)

Os profissionais de enfermagem fazem uso da religião como estratégia de consolação e compreensão do que foi vivenciado. Mencionam ainda que a oração é vista como algo que fortalece e ergue a autoestima dessas pessoas que estão se sentindo fracassadas por não terem cumprido o que acreditam ser o seu papel (MARTINS; ROBAZZI, 2009).

As religiões têm amparado as pessoas ao fornecerem uma delimitação de realidade para a morte, no sentido de absorver e tornar válidas as expressões e os sentimentos intrínsecos ao luto, ou seja, um conjunto de reações a uma perda significativa (SHIMIZU, 2007). Outro recurso que os profissionais da enfermagem dispõem para o enfrentamento dessas dificuldades é a superação, que pode ser compreendida como a capacidade de um indivíduo adaptar-se às desventuras da vida (TABOADA; LEGAL; MACHADO, 2006).

Contextualizando, a partir do momento em que o ser humano já se reconhece como um ser racional pode ser que já se preocupe em entender o significado da vida e da morte, o porquê da sua existência no mundo, procurando estratégias para lidar com as dificuldades e até para viver. Deste modo, tais estratégias são geralmente associadas ao tema da espiritualidade e religiosidade e vêm se fazendo mais presente no cotidiano das pessoas, principalmente quando se encontram em situações de vulnerabilidade devido à sua doença (CERVELIN; KRUSE, 2014).

Destaca-se como limitação do estudo, o tamanho da amostra, que impossibilita conclusões mais assertivas, bem como generalizações. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a criação de espaços (psico)pedagógicos no ambiente hospitalar, conduzidos por um psicólogo, para a discussão do tema “morte e morrer”, aonde os profissionais possam expressar e compartilhar as angústias e o sofrimentos vivenciados.

Acredita-se que tais espaços podem contribuir com a qualidade da assistência ao paciente em processo de morte e morrer, e seus familiares, de forma mais humanizada, a partir da compreensão de que a morte integra o ciclo natural da

vida. Evidencia-se, ainda, a necessidade de desenvolver outros estudos, com amostras maiores, envolvendo outros setores do hospital, bem como a utilização de instrumentos psicométricos e outros delineamentos metodológicos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciam que embora os profissionais da enfermagem trabalhem em uma UTI há algum tempo, muitos reconhecem que falar sobre a morte é muito difícil e doloroso. Deste modo, muitas vezes adotam a negação ou fuga, como estratégia de defesa para o alívio das constantes mortes que presenciam no setor. Embora a morte faça parte do seu cotidiano de trabalho, alguns profissionais não a veem com naturalidade.

Por outro lado, existem aqueles profissionais que optam por não criar vínculos com os pacientes. Esta atitude pode ser compreendida como uma estratégia de enfrentamento usada com a finalidade de evitar a dor e o sofrimento. Houve também quem confessasse sentir alívio com a morte do paciente, pois compreende o evento como o fim do sofrimento para o paciente, a família e até mesmo para si.

Ainda sobre a questão do preparo para lidar com o processo de morte e morrer e as estratégias de enfrentamento, evidencia-se que a religiosidade/espiritualidade representa uma aliada para os profissionais da enfermagem, pois dessa forma reúnem forças para encarar a situação de maneira menos traumática, aliviando a dor, a angústia e o sofrimento sentidos.

Com relação ao acolhimento, os profissionais de enfermagem devem ficar atentos às necessidades emocionais dos pacientes e familiares, considerando o fato de que, muitas vezes, não estão preparados para lidar com esta demanda, demonstrando sentimentos como culpa, medo, desespero e nervosismo. Por fim, acredita-se que os resultados possam induzir reflexões acerca da necessidade de incluir disciplinas como tanatologia e cuidados paliativos no processo de formação dos profissionais da enfermagem, preparando-os para lidarem com a morte e o luto.

Este estudo mudou a concepção da autora em relação ao uso da tecnologia nesse contexto, fazendo-a entender que a tecnologia foi criada e existe para benefício do ser humano, desde que manipulada com consciência, responsabilidade e ética, para que o paciente tenha qualidade de vida. Hoje, pode ser que a mesma ainda não se sinta muito segura para lidar com pacientes em iminência de morte e com o corpo sem vida, porém, lidar com as famílias desses pacientes é algo que a inquieta e interfere intensa e profundamente com os seus sentimentos.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Elizabeth Sabino dos et al. O profissional de enfermagem e vivência da morte no contexto da terapia intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, v. 2, ed. supl., p. 280-3, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2008.

BAYARD, J. **Sentido oculto dos ritos mortuários: morrer é morrer?** São Paulo: Paulus, 1996.

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.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012**. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

BRÊTAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo de; YAMAGUTTI, Lie. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e morrer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 477-483, dez. 2006.

CAMELO, Silvia Helena Henriques. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 20, n.1, p.192-200, 2012.

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.

CAVALCANTE, Layana de Paula et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 567-572, dez. 2014.

CERVELIN, Aline Fantin; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 136-142, mar. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa perfil da enfermagem no brasil. Banco de dados**. 2013. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco2/bl_formacao-profissional-enf.pdf >. Acesso em: 21 out. 2017.

CORONETTI, Adriana et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 36-46, 2006.

COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, p. 151-157, abr. 2005 .

FERNANDES, Maria Edilene et al. A morte em unidade de terapia intensiva: Percepções do Enfermeiro. **Revista Rene**, Ceará, v. 7, n.1, p. 43-51, abr. 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 456-461, dez. 2006.

HADDAD, D. R. S. **A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva pediátrica**: vivência do enfermeiro [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013.

JERONIMO, Rosângela Aparecida Sala. **Técnicas de UTI**. 2.ed. São Paulo: Rideel, 2010.

KUSTER, Darleia König; BISOGNO, Silvana Bastos Cogo. A percepção do enfermeiro diante da morte dos participantes. **Disciplinarum Scientia**, Série Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 11, n. 1, p. 9-24, 2010.

LA LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes de et al. Conhecimento de enfermeiros intensivistas acerca do processo de diagnóstico da morte encefálica. **Revista Rene**, v. 17, n. 5, 2016.

LIMA, Adriana Brait; ROSA, Darci de Oliveira Santa. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p.547-553, 2008.

MARTINS, Júlia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 52-58, fev. 2009.

MEDEIROS, Luciana Antonieta; LUSTOSA, Maria Alice. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 203-227, dez. 2011.

MEDEIROS, Ylana Karine Fonseca de; BONFADA, Diego. Refletindo sobre finitude: um enfoque na assistência de enfermagem frente à terminalidade. **Revrene** -

Revista da rede de Enfermagem do Nordeste, Nordeste, v. 4, n. 13, p.845-852, 2012.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.151-173, jun. 2009.

MENIN, Gisele Elise; PETTENON, Marinez Koller. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 608-614, dez. 2015.

MOREIRA, Almir da Costa; LISBOA, Marcia Tereza Luz. A Morte - Entre o Público e o Privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. **Revista de Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, v. 14, n. 3, p. 447-454, set. 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

MOTA, Marina et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 129-135, 2011.

NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca et al. O cuidado de enfermagem com o corpo sem vida. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 168-171, mar. 2007.

PADILHA, Katia Grillo et al. **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. São Paulo: Manole, 2010.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010.

ROSA, Danielle de Souza Santa; COUTO, Selma Aleluia. O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v. 1, n. 4, p. 92-104, 2015.

SALOME, Geraldo Magela; CAVALI, Amanda; ESPOSITO, Vitória Helena Cunha. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 681-686, out. 2009.

SANCHES Patricia Gisele; CARVALHO Maria Dalva de Barro. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 289-96, jul. 2009.

SANTOS, Marcelo José dos; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga; MORAES, Edvaldo Leal de. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e

tecidos para transplante. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 788-794, 2012.

SANTOS, Yngrid Silveira dos; JESUS, Larissa Cruz de; PORTELLA, Sandra Dutra Cabral. A enfermagem e a abordagem da morte infantil: Um estudo de trabalho qualis A. **Revista de enfermagem contemporânea**, v. 2, n. 1, p. 112-130, ago. 2013.

SHIMIZU, Helena Eri. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 257-262, jun. 2007.

SILVA, Flávio Rangel. **Cuidado de enfermagem na complexidade humana: um estudo sobre a espiritualidade no controverso discurso de (des) humanização**. 2010. Dissertação – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, Rudval Souza da; PEREIRA, Álvaro; MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 40-46, mar. 2015.

SILVEIRA, Cristina Costa; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho. Concepções do portador de leucemia mielóide aguda frente à fadiga. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1 p. 40-5, mar. 2009.

SOUSA, Daniele Martins de et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 41-47, mar. 2009.

TABOADA, Nina G.; LEGAL, Eduardo J.; MACHADO, Nivaldo. Resiliência: em busca de um conceito. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 104-113, dez. 2006.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 417-434, jun. 2016.

TOLEDO, Ana Carla Gomes et al. **Mães que acompanham os filhos na hospitalização**. [S.l.]: [s.n.], 2012.

VARGAS, Divane de. Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 404-410, jun. 2010.

VERSA, Gelena Lucinéia Gomes da Silva et al. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 20, p.796-802, dez. 2011.

VIANA, Renata Andrea Pietro Pereira et al. Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 151-159, mar. 2014.

VICENSI, Maria do Carmo. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 64-72, abr. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Perfil sociodemográfico

Identificação: _____

1.1 Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
1.2 Idade:	_____ anos
1.3 Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)
1.4 Categoria Profissional:	<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico em Enfermagem
1.4 Grau de Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Curso Técnico em Enfermagem <input type="checkbox"/> Graduação em Enfermagem <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado
1.5 Tempo de Trabalho na Enfermagem:	_____ anos
1.6 Tempo de Trabalho na UTI:	_____ anos
1.7 Jornada de Trabalho (diária):	<input type="checkbox"/> Manhã (6 horas) <input type="checkbox"/> Tarde (6 horas) <input type="checkbox"/> Integral (8 horas) <input type="checkbox"/> Noite 1 (12 horas) <input type="checkbox"/> Noite 2 (12 horas)
1.8 Carga Horária Semanal:	_____ horas/semanal:
1.9 Tem outro emprego?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos? () Na área? () Sim () Não
1.10 Religião:	<input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Espirita <input type="checkbox"/> Outros

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

- 1) Como é para você acompanhar o processo de morte e morrer de um paciente.
- 2) Como você se sente diante da perda de um paciente?
- 3) Quais estratégias você utiliza no processo de elaboração dessa perda?
- 4) Você já vivenciou alguma situação, envolvendo a morte de um paciente, que te marcou? Você pode descrevê-la?
- 5) Você se sente preparado(a) para lidar com a morte de pacientes? Fale sobre isso.

Fonte: CHUISTA, 2017.

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE)

Eu, Ingrid Tauana Nunes Chuista, acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade de Apucarana (FAP), após autorização da Direção Geral do Hospital da Providência de Apucarana-PR, e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FAP (CETi-FAP), gostaria de convidá-la a participar da pesquisa intitulada “A morte na perspectiva de profissionais da

enfermagem de uma unidade de terapia intensiva”, sob orientação do Prof. Dr. Vladimir Araujo da Silva.

A pesquisa, de natureza qualitativa, tem como objetivo geral, conhecer a perspectiva de profissionais da enfermagem intensivistas, em relação à morte, e como objetivos específicos, caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes, e descrever as estratégias por eles utilizadas para lidar com a morte.

Para a obtenção dos dados necessários será utilizada a entrevista individual, que será gravada para que não se perca nenhuma informação importante. Ressalta-se que a sua autonomia será assegurada, podendo recusar-se a participar ou desistir a qualquer momento, sem que haja qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

O benefício previsto é identificar possíveis estratégias de enfrentamento negativas, que desqualificam o cuidado com o paciente em processo de morte e morrer e/ou com o corpo sem vida, bem como a saúde ocupacional dos profissionais intensivistas, que possam subsidiar ações educativas que contribuam para qualidade da assistência prestada e com a saúde mental dos profissionais. Como potencial risco e incômodo que a pesquisa possa acarretar, evidencia-se, o desconforto emocional ao reviver lembranças relacionadas às situações de morte que foram vivenciadas pelos profissionais de saúde em algum momento do seu exercício profissional. Neste caso, o pesquisador confortará o participante (por meio da presença, do toque afetivo, da escuta acolhedora) e, se necessário for, o encaminhará para acompanhamento psicológico na Clínica Escola da FAP.

Maiores esclarecimentos podem ser obtidos por meio dos endereços, telefones ou e-mails listados a seguir. Este documento deverá ser preenchido e assinado em duas cópias iguais, sendo que uma delas ficará com você e a outra com a acadêmica.

Eu, _____,
portador(a) do R.G. _____, declaro que fui devidamente esclarecido(a), concordo em participar voluntariamente dessa pesquisa, autorizo o registro das informações necessárias, e recebi uma cópia deste documento.

Apucarana, _____ de _____ de 2017.

Assinatura ou impressão datiloscópica da participante

Ingrid Tauana Nunes Chuista (Acadêmica)

Vladimir Araujo da Silva (Pesquisador Responsável)

Responsáveis pela pesquisa:

Vladimir Araujo da Silva. Enfermeiro. Doutor em Ciências. Professor e Coordenador do Curso de Enfermagem da Faculdade de Apucarana – FAP. Endereço: Rua Osvaldo de Oliveira, 600. CEP: 86811-500, Apucarana, PR. Telefone: (43) 3033-8900. E-mail: vladimir.araujo@fap.com.br.

Ingrid Tauana Nunes Chuista. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Apucarana – FAP. Endereço: Avenida Itararé n° 01 CEP: 86806-250 Apucarana, PR. Telefone: (43) 9 9926-4802. E-mail: Chuistaingrid@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FAP. E-mail:

Endereço: Rua Osvaldo de Oliveira, 600. CEP: 86811-500. Telefone: (43) 3033-8900, Apucarana, PR. E-mail: ceti.fap@fap.com.br.

Fonte: CHUISTA, 2017.

APÊNDICE D – Termo de autorização institucional

Apucarana, ___ de _____ de 2017.

Ao Hospital da Providência
A/C Diretora Geral, Irmã Geovana Aparecida Ramos

Eu Ingrid Tauana Nunes Chuista, acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Apucarana (FAP), venho por meio deste solicitar autorização para

realizar a coleta de dados referente ao Projeto de Pesquisa intitulada “A morte na perspectiva de profissionais da enfermagem de uma unidade de terapia intensiva”, junto aos profissionais da enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Providência, orientado pelo Prof. Dr. Vladimir Araujo da Silva

A pesquisa tem como objetivo geral, conhecer a perspectiva de profissionais da enfermagem intensivistas, em relação à morte, e como objetivos específicos, caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes, e descrever as estratégias por eles utilizadas para lidar com a morte. Para a coleta de dados serão utilizados um formulário sociodemográfico e um roteiro de entrevistas. As entrevistas serão gravadas e transcritas na integrada.

A participação no estudo será voluntária, e o participante poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que haja prejuízo à sua pessoa. Pela participação no estudo, a Instituição e os participantes não se responsabilizarão por quaisquer ônus, bem como não será ofertado qualquer bônus. Esclareço que os dados serão coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FAP (CETi-FAP) e serão utilizados exclusivamente para fins científicos, preservando a identidade dos participantes, observando-se os aspectos éticos disciplinados pela Resolução CNS 466/2012, que rege a pesquisa envolvendo seres humanos.

Certo de poder contar com vossa colaboração, antecipo os agradecimentos.

Atenciosamente,

Vladimir Araujo da Silva
Pesquisador Responsável (Orientador)

Ingrid Tauana Nunes Chuista
Acadêmica

Ir. Geovana Aparecida Ramos
Diretora Geral