



ORIGINAL ARTICLE

DYING WITH DIGNITY – FEELINGS OF NURSE WHO CARE FOR PATIENTS THAT DYING AT INTENSIVE CARE UNIT

MORRENDO COM DIGNIDADE – SENTIMENTOS DE ENFERMEIROS AO CUIDAR DE PACIENTES QUE MORREM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

MUERTE CON DIGNIDAD – SENTIMIENTOS DE ENFERMERAS EL CUIDAR EL PACIENTES MUERTE EN LA UNIDAD DE TRATAMIENTO INTENSIVO

Álvaro Pereira¹, Ana Emília Rosa Campos², Rudval Souza da Silva³

ABSTRACT

Objective: to understand the nurses' feelings who care for patients that are dying at Intensive Care Unit. **Method:** this is about an exploratory-descriptive study from qualitative approach, which had as principal question: *How do you feel taking care of patients outside chance of cure Intensive Care Unit?* The sample was composed by ten nurses. It was used as a scenario, the Intensive Care Unit of a public hospital in Salvador city. Data collection occurred from August to September 2008, with recorded interviews using a semi-structured script. The content analysis proposed by Bardin was the reference used for the analysis of data, which defined the categories of analysis. **Results:** two categories emerged: feelings related to the patient and feelings related to with the family. **Conclusion:** the death is considered by nurses who deal with it in the Intensive Care Unit, as an experience of conflicting emotions, sometimes painful. **Descriptors:** death; emotions; nursing care; intensive care unit.

RESUMO

Objetivo: compreender os sentimentos dos enfermeiros ao cuidar do paciente que está morrendo na Unidade de terapia intensiva. **Método:** estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, que teve como questão norteadora: *Como você se sente cuidando do paciente fora de possibilidade de cura na Unidade de terapia intensiva?* Participaram desse estudo, dez enfermeiras. Utilizou-se, como cenário, a Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público da cidade de Salvador. A coleta de dados aconteceu entre os meses de agosto e setembro de 2008, a partir de entrevistas gravadas com roteiro semi-estruturado. A Análise de Conteúdo proposta por Bardin foi à referência utilizada para a análise dos dados, onde se definiram as categorias de análise. **Resultados:** emergiram duas categorias: *sentimentos relacionados ao paciente* e *sentimentos relacionados à família*. **Conclusão:** a morte é tida pelas enfermeiras que com ela lidam no espaço da Unidade de terapia intensiva, como uma vivência de sentimentos conflituosos, por vezes dolorosos. **Descritores:** morte; emoções; cuidados de enfermagem; unidade de terapia intensiva.

RESUMEN

Objetivo: comprender los sentimientos de las enfermeras para el cuidado del paciente que está muriendo en la Unidad de Tratamiento Intensivo. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio con aproximación cualitativa, que tenía como pregunta orientadora: *¿Cómo se siente teniendo el cuidado de los pacientes fuera de posibilidades de cura Unidad de Tratamiento Intensivo?* La muestra estuvo compuesta por diez enfermeras. Se utilizó como escenario, la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público en la ciudad de Salvador. La recopilación de datos ocurrieron entre los meses de agosto y septiembre de 2008, registrada a partir de entrevistas semi-estructuradas con el guión. El análisis de contenido propuesta por Bardin fue la referencia utilizada para el análisis de los datos, que definen las categorías de análisis. **Resultados:** surgieron dos categorías: *los sentimientos relacionados con el paciente* y *los sentimientos relacionados con la familia*. **Conclusión:** la muerte es considerada por las enfermeras para hacer frente a ella dentro de la Unidad de Tratamiento Intensivo, como una experiencia de emociones en conflicto, a veces doloroso. **Descriptores:** muerte; emociones; cuidados de enfermería; unidad de cuidados intensivos.

¹Enfermeiro. Professor Doutor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. E-mail: alvaro_pereira_ba@yahoo.com.br; ²Psicóloga. Professora Mestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: aerc25@gmail.com; ³Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Licenciado em História pela Universidade do Estado da Bahia - Campus IV, Jacobina. Professor substituto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A morte constitui um dos maiores enigmas da existência humana, tendo demandado esforços para o seu equacionamento ao longo da história do pensamento ocidental. Ela é um acontecimento pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo-se que o homem é capaz de dominá-la em vários níveis. Podemos observar que cada um de nós traz dentro de si “uma morte”, ou seja, sua própria representação de morte. E a maneira como os vemos e a encaramos, certamente, influenciará o nosso modo de ser.¹

A determinação pela manutenção da vida está no código de ética da maioria dos profissionais da saúde e ainda podemos perceber no imaginário social e profissional uma série de simbolismos relacionados ao mistério da vida e da morte, que são sem sombra de dúvidas variáveis intervenientes na compreensão do cuidado de qualidade.²

Desde a sua formação, o profissional enfermeiro sente-se comprometido com a vida, e é para a preservação desta que deverá sentir-se capacitado; sua formação acadêmica está fundamentada na cura, e nela está voltada sua maior gratificação. Sendo assim, quando em seu cotidiano de trabalho necessita lidar com a morte, em geral, sente-se despreparado, e tende a se afastar dela, tendo uma grande dificuldade em falar sobre a morte ou até mesmo comunicar o acontecimento dela.³

Recentes estudos brasileiros^{4,5} indicam que, embora os enfermeiros que cuidam de pacientes fora de possibilidades de cura - PFPC - considerem a comunicação com o paciente terminal um recurso terapêutico importante e efetivo, encontram dificuldades em estabelecer um processo comunicativo eficaz, percebendo-se mal preparados neste aspecto.

Devido ao impacto negativo causado pela referência “terminal”, entendendo que todos nós somos terminais, e sabendo que há atualmente algumas expressões utilizadas para os pacientes “terminais”, optou-se por usar a terminologia mais recente “fora de possibilidades de cura”.⁶ Ao longo do estudo será utilizada a sigla PFPC como referência a esta terminologia.

A determinação pela investigação acerca dos sentimentos de enfermeiros intensivistas na prestação de cuidados ao paciente em processo de morte na UTI tem sido motivo de investimentos no tema proposto. É coerente entender que as questões que envolvem a morte, em particular as questões de ordem

subjetiva, sempre figuraram entre as maiores dificuldades experimentadas pelos profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros quando necessitam prestar cuidados ao PFPC.¹

As questões de cuidar e as práticas de assistência em saúde parece sofrer grande influência do “paradigma da cura”, o qual apresenta uma grande inclinação em direção a cuidados críticos, assistência de alta tecnologia, em detrimento do cuidado com vista à promoção do conforto, não somente físico, mas emocional e espiritual.²

Direcionando-nos ao tema proposto, faz-se necessário contextualizar a trajetória história da morte, onde em plena Idade Média, séculos XI - XV, o homem via a morte com certa dramaticidade, era um fenômeno que fazia parte do “cotidiano”, visto com “simplicidade”. Nesse período, recebia a denominação de “morte domada”, referindo à idéia básica de que a morte faz parte da vida, que sabemos dela e que vivemos em função deste conhecimento, que é coletivo e público.⁷

Com o desenvolvimento da indústria e da tecnologia médica, observa-se uma grande mudança na representação da “morte domada”, onde esta se torna “selvagem”. O momento da morte passa a perder importância, não se percebe mais os avisos.⁷

No Século XIX - “morte invertida”, com essa adjetivação, o mesmo autor⁷ se refere a uma inversão nas características da morte, ninguém quer falar sobre o que está acontecendo com o doente, nem ele próprio, que geme, sofre, mas nada diz. Os familiares sofrem juntos, mas fingem que está tudo bem, como uma pseudo proteção ao doente, ou porque não dizer a eles mesmos.

No século XX a morte é vista como um tabu deixando de ser um momento para ser um processo - a morte esperada no leito é hoje algo que acontece no hospital, o paciente, freqüentemente já está inconsciente numa unidade de terapia intensiva, não tendo mais o direito de decidir por sua morte, proíbe-se até o seu último direito, o de saber quando o seu fim se aproxima.⁷

Movidos pela necessidade de compreender os questionamentos referentes à terminalidade e também em tentar desvelar os sentimentos do enfermeiro ao cuidar do PFPC, investimos nossos esforços nesta área delimitando como objeto de estudo, os sentimentos dos enfermeiros ao cuidar do PFPC na Unidade de Terapia Intensiva - UTI.

O objetivo desse artigo é compreender os sentimentos dos enfermeiros ao cuidar do PFPC na UTI.

METODOLOGIA

No intuito de contemplar o objetivo proposto, optamos por um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, por consideramos o tipo de estudo que melhor se aplica para dar conta das questões levantadas. A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo de relações e dos processos.⁸

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público da cidade de Salvador-BA, o qual foi escolhido por ser uma unidade de referência no Estado da Bahia, de grande porte, com 22 leitos de UTI Geral - Adulto. Participaram desse estudo, dez enfermeiras, selecionadas de maneira a atender o critério estabelecido de no mínimo dois anos de atuação em UTI. A amostra foi aleatória, e o número de sujeitos definido com a saturação das respostas, vale ressaltar que a saturação ocorre quando as informações que estão sendo compartilhadas com os pesquisadores se tornam repetitivas.⁹

A coleta dos dados aconteceu nos meses de agosto e setembro de 2008, onde foi aplicado um roteiro de entrevista semi-estruturado, tendo como questão norteadora: “Como você se sente cuidando do paciente fora de possibilidade de cura - PFPC na UTI?”, através da técnica de entrevista individual gravada, após cumprimento das seguintes etapas: 1) autorização da instituição escolhida para a pesquisa; 2) análise e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da SESAB, enquadrando-o na categoria de aprovado, parecer nº 267/2008 com data de 09 de julho de 2008; 3) obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos.

O estudo foi iniciado após contato com as enfermeiras que se dispuseram em colaborar voluntariamente nesse estudo, esclarecendo-lhes previamente sobre os objetivos, a metodologia, assim como o anonimato e o sigilo das informações; por fim, foi enfatizado que teriam a liberdade plena em se recusarem em participar do mesmo.

Após a coleta de informações, foi realizada a sistematização do texto transcrito, onde os dados foram tratados mediante a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin, que por sua vez “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que

utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.^{10:33}

Os dados foram sistematizados tendo em vista os seguintes passos da análise de conteúdo: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação. Desse modo, a partir de exaustivas leituras das respostas dos entrevistados, identificamos as expressões-chave de cada resposta contida nas falas, buscando pontos semelhantes e divergentes, procurando-lhes o sentido duplo, as intenções, comparações, silêncios, contradições, avaliações e identificações.

Assim, os resultados foram apresentados a partir do referencial teórico e dos discursos transcritos, onde emergiram duas categorias que compõe o corpus de discussão deste estudo. Tendo como categorias: *sentimentos relacionados ao paciente* e *sentimentos relacionados à família*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando caracterizar a população de estudo, foi identificado entre os dez profissionais que participaram da pesquisa, que a totalidade dos sujeitos foi do sexo feminino, todas enfermeiras. Em relação à idade, houve uma variância entre 25 e 50 anos.

Quanto ao tempo de formação constatou-se que 40% tinham entre três a cinco anos de formação em Enfermagem e 60% entre seis a 25 anos de formados. Já se relacionando ao tempo de atuação em UTI, foi constatado que a equipe contava com profissionais com as seguintes experiências: 60% entre 2 a 10 anos e 40% tinha entre 11 a 20 anos.

Para assegurar o anonimato dos sujeitos do estudo, foram utilizados como pseudônimos, nomes de espécies de borboletas, tais como *Delias hyparete*, *Parthenos salentia*, *Actias luna*, *Dryas Julia*, *Actias celene*, as quais trazem um simbolismo relacionado com a morte.¹¹

A partir da análise dos dados foram construídas duas categorias que expressam os sentimentos das enfermeiras com relação ao paciente e à família.

• Sentimentos relacionados ao paciente

Essa categoria nos traz a refletir sobre os profissionais de Enfermagem, enquanto membros da equipe multidisciplinar em saúde, àqueles que passam mais tempo com o paciente e que primeiro atende às suas necessidades, têm a incumbência em zelar por uma assistência de qualidade no cuidado ao PFPC, de modo a lhes proporcionar uma morte com dignidade. No entanto para a maioria

destes profissionais, a morte é tida com um significado negativo. O relato abaixo demonstra o quanto esses profissionais se sentem angustiados diante do processo de morte:

Nessa situação que agente vive é angustiante, porque é ver você dando cuidado a um paciente que teoricamente não tem condição de reversão do quadro, e é ver você numa emergência, precisando do leito, precisando de vaga. (Parthenos Salentia)

Os sentimentos de angústia também foram encontrados em estudos³ que mostram o afastamento dos profissionais em cuidar do paciente que está morrendo, quando são definidas as escalas de plantão, percebe-se uma torcida para que não se tenha de cuidar de pacientes que estejam no processo de morte, para que “não morram em minhas mãos”.

No cotidiano da UTI, a equipe fica muito centrada na questão da vida, e frente ao contato muito próximo com situações que revelam a possibilidade humana da morte, esses profissionais se vêem perante a expectativa de que sua função é curar e restabelecer a saúde de todos os que lhes procuram, perdendo de vista que a morte é inerente à condição humana.¹²

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. “Surgem até mesmo sentimentos negativos de tristeza, impotência, estresse, angústia, medo, desconforto, compaixão, depressão, frustração, sensação de derrota, fracasso ou ausência de sentimentos”.¹² Como podemos observar no seguinte depoimento:

Frustrada, né você [pausa] é ruim porque aquele paciente não vai melhorar, você fica frustrada né, porque não há melhora né, você não, fica meio assim, sem ter o que fazer. (Actias Luna)

A Enfermagem ainda recebe uma maior responsabilidade, diante da frustração da equipe médica, onde pode se perceber que quando o paciente morre, o narcisismo do médico torna-se abalado fazendo com que em alguns momentos, o cuidado ao paciente em risco eminente de morte, fique relegado a outros profissionais, onde na maioria das vezes recaem sobre a Enfermagem.¹

Além de situações em que ao se perceber que os esforços para prolongar a vida estão fracassando, ou quando nenhum tipo de esforço é viável, os profissionais da saúde usualmente perdem o interesse, afastam-se e dependendo das circunstâncias, o paciente é

deixado só. Como as práticas da assistência ao PFPC são pouco conhecidas temos a sensação de não saber exatamente o quê fazer e tendemos a deixar o assunto para uma discussão posterior, produzindo um tipo de “morte social para o paciente”.¹²

Todavia há aqueles profissionais que já conseguem vislumbrar esse momento como um momento de doação, de fazer pelo outro o melhor para que ele possa ter uma morte com dignidade, minimizando ao máximo, quaisquer sofrimentos, inclusive aprendendo com o momento da morte, como podemos perceber no seguinte depoimento:

Eu faço questão de ficar com ele, pelo prazer que eu tenho de ver, como uma pessoa assim, que eu nunca vi fazer uma cara feia, e isso é um exemplo [...] até o fim, até onde ele for eu vou cuidar dele com toda dignidade e respeito, e com todo o carinho. [...] Eu to aprendendo com ele muita coisa. (Delias Hyparete)

É errônea a suposição de que não há mais nada a se fazer pelo paciente sem possibilidades de cura: enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado de Enfermagem. Neste sentido, a atuação da equipe de Enfermagem é primordial e indispensável para proporcionar o máximo de conforto ao paciente sob cuidados paliativos, ajudando-o a vivenciar o processo de morrer com dignidade, para que utilize, da melhor forma possível, o tempo que lhe resta.⁵

• Sentimentos relacionados à família

Em uma unidade de terapia intensiva, o cuidado ao paciente não se resume somente ao ser que se encontra internado, mas a sua família. Os profissionais se vêem envolvidos com a família que passa pelo processo de dor e luto, sentindo necessidade de oferecer apoio a família deste paciente.

[...] Eu fico angustiada, é sério, angustiada, meu sentimento é esse. [...] Acho que deveria haver mais informação para o familiar, às vezes a família fica insistindo, investindo em uma coisa que não tem jeito, assim eu acho que as famílias deveriam ser mais acompanhadas pelo psicólogo”. (Dryas Julia)

Há um momento na vida do paciente em que a dor cessa, a mente entra em estado de torpor, a necessidade de alimentação torna-se mínima e a consciência do meio ambiente quase que desaparece na escuridão. É o momento em que é tarde demais para palavras. É o momento mais difícil para a família. E a equipe assistencial pode ser muito importante se souber entender que o sofrimento é algo vivenciado de forma única e muito pessoal para cada uma das pessoas

envolvidas e ligadas a esse contexto. E por isso o respeito ocupa um lugar extremamente importante nesse momento.¹³

Os profissionais da saúde, especialmente a Enfermagem, por sua proximidade com os familiares, têm a difícil responsabilidade de preparar a família para o prognóstico, muitas vezes não satisfatório, do seu ente querido.

O sentimento é o mesmo, agora em relação à família é que eu me sinto mais vulnerável, me sinto mais sensibilizada, porque o paciente já tá no seu curso, né [...] a família que fica presente, pela dificuldade de aceitação da morte, ela sente muito fragilizada, então me sinto mais fragilizada quanto aos familiares". (Actias Celene)

Facilitar uma morte com qualidade deve ser tido como um motivo de satisfação para o profissional de Enfermagem, como de um dever cumprido, ou até mesmo se assemelhando em alguns aspectos a salvar uma vida. Mesmo por muitas vezes nos percebermos com um sentimento de dor ao cuidar do paciente que está morrendo, no impacto do sofrimento do outro, no entanto, a partir do momento em que aprendemos a partilhar o nosso sofrimento dentre os membros da equipe multidisciplinar, em busca de uma espiritualidade mais profunda, podemos sim proporcionar uma morte de qualidade. Enfim, precisamos tomar consciência de que a morte é uma antiga companheira do nosso cotidiano, logo precisamos aprender a conviver com ela.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender os sentimentos das enfermeiras que estão cuidando do paciente em processo de morte na UTI foi o objetivo proposto neste estudo. Diante a percepção dos entrevistados, podemos atingir a compreensão de que estão envolvidos sentimentos tanto para com o paciente que recebe os cuidados, quanto para seus familiares, que acompanham todo o processo do morrer. Podendo ser percebido na fala dos entrevistados, sentimentos conflituosos e por vezes dolorosos.

Verificou-se que, durante a participação das enfermeiras no processo do morrer de seus pacientes, emergiram sentimentos, como: angústia, frustração e impotência, vulnerabilidade, sensibilidade e aprendizado, os quais de certa forma interferiram na assistência prestada ao paciente e sua família. Há certa predominância de sentimentos tidos como "negativos", os quais podem ser justificados mais uma vez pelo medo da sua própria morte, que pode ser visualizada na morte do outro, assim como a carência de

estudos e discussões sobre a terminalidade, uma compreensão de que o cuidar vai além do curar.

Observou-se que há uma preocupação constante com a família, sendo esta valorizada e inserida no contexto hospitalar e de cuidado ao paciente.

Diante de todas essas considerações, queremos ressaltar que cuidar com dignidade, de um paciente em processo de morte/morrer, deve ser considerado tão gratificante quanto à ressuscitação de um paciente que teve uma parada cardíaca, considerando-se a morte como parte da vida. Proporcionar uma "boa morte" é prestar os cuidados de enfermagem com dignidade e respeito. Morrer com dignidade caracteriza-se por uma terminalidade sem sofrimento.

Entretanto, esperamos que a pesquisa possa ter contribuído para a abertura de novos questionamentos e reflexões acerca do cuidado ao PFPC. Frente às recomendações, torna-se imprescindível que se entenda a morte como parte do ciclo vital e seja repensado o cuidado como a essência da Enfermagem, discutindo a temática sobre a morte tanto no meio acadêmico quanto na prática diária, pensando o cuidar como um momento no qual o cuidado ao PFPC se faz necessário, para que a vida possa estabelecer os seus limites.

REFERÊNCIAS

1. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
2. Pessini L. Como lidar com o paciente terminal. 5ª ed. São Paulo: Editora Santuário; 2003.
3. Boemer MR. A morte e o morrer. 3º ed. Ribeirão Preto: Holos Editora; 1998.
4. Araújo MMT, Silva MJP. Communication with dying patients: perception of ICU nurses in Brazil. J Clin Nurs. [periódico na Internet]. enfi2004 [acesso em 2008 Set 08];13(2):143-9. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list
5. Araújo MMT, Silva MJP, Francisco MCPB. The nurse and the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. Int Nurs Rev. [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2008 Set 12];51(3):149-58. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/journal>
6. Fonseca JP. Luto antecipatório. Campinas: Livro Pleno; 2004.
7. Arié P. História da Morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.

8. Minayo MCS. (Org.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
9. Lobiodo-wood G, Haber J. Métodos de coleta de dados. In: Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. Cap. 12 p.174-85.
10. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª ed. Portugal: Edições 70 LDA; 2004.
11. Kubler-Ross, E. A roda da vida: memórias do viver e do morrer. Rio de Janeiro: GMT; 1998.
12. Lima AAF. A morte, o tempo e o cuidar. In: Silva MJP. (Org.) Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004. p.159-168
13. Paulini MM, Tavares GR. Reflexões sobre a postura fenomenológica diante do morrer. IGT na Rede [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2008 Out 15];4(6):92-113. Disponível em:<http://www.igt.psc.br/ojs/viewissue.php?id=5>
14. Garros D. Uma "boa" morte em UTI pediátrica: é isso possível?. J. Pediatr. (Rio J.) [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 2008 Out 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/02/09

Last received: 2009/06/10

Accepted: 2009/06/11

Publishing: 2009/07/01

Corresponding Address

Rudval Souza da Silva

Ed. Residencial Andrade

Rua Anísio Melhor, 01, Ap. 301– Bairro Cabula

VI

CEP: 41181-100- Salvador (BA), Brazil