Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

LITERATURE INTEGRATIVE REVIEW

THE NURSING IN DIE PROCESS AND DEATH IN THE INTENSIVE CARE: STUDY OF LITERATURE REVIEW

A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE MORRER E MORTE EM TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO DE REVISÃO DE LITERATURA

LA ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE MORIR Y MUERTE EN CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DE REVISIÓN DE LA LITERATURA

Carolina Renz Pretto[1], Gilmar Poli[2], Eniva Miladi Fernandes Stumm[2]

ABSTRACT

Objective: to analyze, in articles published in Portuguese and Spanish, such as nursing experiences the die process and death in the Intensive Care Unit (UCI). ***Method***: exploratory, bibliographic and qualitative research, that search answer the following question: such as nursing experiences the die process and death in the Intensive Care Unit (UCI)? The data collection during 2010 July occurred in data bases: Literature in the Health Sciences in Latin America and the Caribbean (Lilacs), National Library of Medicine (Medline), Literature of Caribbean in Health Sciences (MedCaribe), Scientific Eletronic Library On line (Scielo), Scientific Commons, Virtual Health Library – Psicology of *Pontifícia Universidade Católica (PUC), Banco de Dados de Enfermagem (Bedenf)* and others. The descriptors used were: *nursing, death, die, Intensive Care Unit and Feelings*. As criteria of inclusion: abstract in Portuguese and Spanish about object of research, published from 2001 to 2010. ***Results***: analytical category: experiences and subsidies for nursing in Intensive Care Unit related to care of patient in the dying process and death. This category shows feelings of nursing in die process and death in Intensive Care Unit, the coping mechanisms developed and important suggestions for professional preparation and relevant aspects in care. ***Conclusion***: the ICU has influence in experience of nursing in front of death, is common professionals to experience suffering and other feelings and develops defense mechanisms to offset the emotional unpreparedness. ***Descriptors***: attitude to death; nursing team; death; intensive care units.

RESUMO

Objetivo: analisar, em artigos publicados em português e espanhol, como a enfermagem vivencia o processo de morrer e morte em unidade de terapia intensiva (UTI). ***Método:*** pesquisa exploratória, tipo bibliográfica, qualitativa, que buscou responder a seguinte questão: *como a enfermagem vivencia o processo de morrer e morte em Unidade de Terapia Intensiva?* A coleta dos dados durante o mês de julho de 2010 se deu nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *National Library of Medicine* (Medline), Literatura do Caribe em Ciências da Saúde (MedCaribe), *Scientific Eletronic Library On line* (Scielo), *Scientific Commons*, Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia (BVS-Psi) da Pontifícia Universidade Católica (PUC), Banco de Dados de Enfermagem (Bedenf) dentre outras. Os descritores utilizados foram *enfermagem, morte, morrer, Unidade de Terapia Intensiva e sentimentos*. Como critérios de inclusão: resumos em língua portuguesa e espanhola que tratavam do objeto de pesquisa, publicados de 2001 a 2010. ***Resultados:*** categoria analítica: vivências e subsídios à enfermagem em terapia intensiva referentes ao cuidado do paciente em processo de morrer e de morte. Essa categoria reporta-se aos sentimentos da enfermagem no processo de morrer e a morte em Unidade de Terapia Intensiva, os mecanismos de enfrentamento desenvolvidos e sugestões importantes para o preparo do profissional e à assistência. ***Conclusão:*** a UTI influencia na experiência da enfermagem diante da morte, é comum os profissionais vivenciarem sofrimento e outros sentimentos, e desenvolverem mecanismos de defesa como forma de compensar o despreparo emocional. ***Descritores:*** atitude frente a morte; equipe de enfermagem; morte; unidades de terapia intensiva.

RESUMEN

Objetivo: analizar, en artículos publicados en portugués y español, como la enfermería vive el proceso de morir y la muerte en la Unidad de Terapia Intensiva. ***Método***: investigación exploratoria, de literatura y cualitativa, que trató de responder la siguiente cuestión: ¿como la enfermería vive el proceso de morir y la muerte en la Unidad de Cuidados Intensivos? La recolección de datos durante el mes de julio de 2010 ocurrió en las bases de datos: Literatura Latinoamericano y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), *National Library of Medicine (Medline)*, Literatura del en Ciencias de la Salud (MedCaribe), *Scientific Eletronic Library On line (Scielo), Scientific Commons*, Biblioteca Virtual en Salud- Psicología (BVS-Psi) de la *Pontifícia Universidade Católica (PUC), Banco de Dados de Enfermagem (Bedenf)* entre otras. Os descriptores utilizados fueron *enfermería, muerte, morir, Unidades de Terapia Intensiva e sentimientos*. Criterios de inclusión: resúmenes en portugués y español que abordan el objeto de investigación, publicados desde 2001 hasta 2010. ***Resultados***: categoría analítica: experiencias y subvenciones a la enfermería en terapia intensiva relacionados con la atención al paciente en proceso de morir y muerte. La categoría presenta sentimientos de la enfermería en el proceso de morir y muerte en Unidad de Terapia Intensiva, mecanismos de supervivencia desarrollados, sugestiones importantes a la preparación profesional y a la atención. ***Conclusión***: la UTI influencia la experiencia de enfermería frente a la muerte, profesionales experimentan el sufrimiento y otros sentimientos, desarrollan mecanismos de supervivencia para compensar la falta de preparación emocional. ***Descriptores***: actitud frente a la muerte; grupo de enfermería; muerte; unidades de terapia intensiva.

[1]Especialista em enfermagem em terapia intensiva pela UNIJUÍ. Enfermeira do Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Carazinho. Ajuricaba (RS), Brasil. E-mail: carol_pretto14@yahoo.com; [2]Enfermeiro Mestre em Educação. Docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- UNIJUÍ. Ijuí (RS), Brasil. E-mail: gilmarp@unijui.edu.br [3]Enfermeira docente da Unijuí, Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: eniva@unijui.edu.br

INTRODUÇÃO

Por mais que a morte faça parte do ciclo de vida humano, ela carrega consigo uma variedade de significados que mudam no decorrer da história, conforme a cultura dos povos, a religião e com as experiências e a individualidade das pessoas. Assim, desde a antiguidade até agora tal fenômeno teve muitos sentidos.

Na antiguidade, a morte era encarada como algo público, associada à espiritualidade, crenças variadas e rituais. Nas sociedades pré-modernas, as pessoas sofriam, sentiam e refletiam sobre a própria morte na ocorrência da morte de alguém, havia certa intimidade com ela.[1] Entretanto, a partir do surgimento do capitalismo e dos avanços tecnológicos, esse fenômeno, assim como a doença, passou a representar perda de mão de obra, de fonte geradora de renda.

Nos dias atuais, a morte é entendida como algo distante, que deve ser escondido. Não é discutida, pois se tem a idéia de que isso a evita.[2] A falta de experiência ou domínio sobre esse acontecimento, aliado ao medo e a negação da morte, faz com que qualquer referência à mesma cause insegurança.

A finitude passou a ser uma representação externa ao nosso eu, possível aos outros, não como parte de nossa própria vida.[1] Deste modo, frente às ameaças à vida busca-se auxílio na ciência e na tecnologia. O morrer está institucionalizado, medicalizado, não mais portador de ritos.[2] Esta institucionalização é entendida como o deslocamento do moribundo e até mesmo de sua morte para o hospital,[2] e por vezes para Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

As UTIs são locais no ambiente hospitalar com infraestrutura especializada, assistência médica e de enfermagem contínua, equipamentos específicos, profissionais qualificados e acesso a tecnologias diagnósticas e terapêuticas sofisticadas.[3] São consideradas os locais mais agressivos e tensos do hospital, nos quais muitas vezes se tenta derrotar a morte e prolongar a vida.[4]

Nesse espaço, o enfermeiro como prestador de cuidados passa a maior parte do tempo ao lado do paciente, é o primeiro profissional a lidar com a morte e a percebê-la,[4] a vivencia de maneira única e singular. O enfermeiro da sociedade contemporânea é preparado pela academia para salvar o indivíduo, curar[5], minimizar sua dor, seu sofrimento e trazê-lo de volta à vida, então, frente ao processo de morrer, ou da morte em si, são comuns sentimentos de derrota e fracasso, alguns profissionais refletem sobre seu próprio fim, há sentimentos de perda, medo, angústia,[6] dúvida e raiva.[5]

É percebido na vivência de muitos profissionais, o despreparo para aceitar a morte, a adoção inconsciente de mecanismos de defesa, o afastamento daquele que está morrendo, a dificuldade de comunicação e de relacionamento com o mesmo, o que pode interferir na manutenção do equilíbrio emocional.[7]

Diante do exposto, entende-se a importância de conhecer como os enfermeiros vivenciam a morte e o morrer na UTI a partir do momento em que se mostram as potencialidades e dificuldades deste profissional, a fim de que estas sejam abordadas e favoreçam a preparação para atuar em um setor no qual a morte está presente, constantemente, de maneira a evitar problemas psicoemocionais nos profissionais e possibilitar o cuidado humanizado e individualizado.

Desse modo, este estudo objetiva analisar, em artigos publicados em português e espanhol, nos últimos dez anos, como a enfermagem vivencia o processo de morrer e morte em unidade de terapia intensiva.

MÉTODO

Pesquisa exploratória, tipo bibliográfica, qualitativa, que buscou responder a seguinte pergunta de pesquisa: *como a enfermagem vivencia o processo de morrer e morte em Unidade de Terapia Intensiva?*

A pesquisa exploratória permite desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, proporciona uma visão geral e aproximada de determinado fato.[8] Já o *design* adotado considera, também, o procedimento utilizado na coleta de dados, a partir de artigos científicos.

A coleta dos dados se deu nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *National Library of Medicine* (Medline), Literatura do Caribe em Ciências da Saúde (MedCaribe), *Scientific Eletronic Library On line* (Scielo), *Scientific Commons*, Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia (BVS-Psi) da Pontifícia Universidade Católica (PUC), Banco de Dados de Enfermagem (Bedenf) e outros bancos que constituem a V*irtual Health Library*.

Nessas bases buscou-se, durante o mês de julho de 2010, artigos publicados por profissionais da saúde que abordam a temática proposta pelo estudo, disponíveis *on line*. Descritores utilizados: *enfermagem,*

morte, morrer, Unidade de Terapia Intensiva e sentimentos. Como critérios de inclusão: resumos em língua portuguesa e espanhola que tratavam do objeto de pesquisa, publicados de 2001 a 2010.

Critérios de exclusão: artigos cujo resumo trata de unidades que não de terapia intensiva; artigos específicos sobre UTI neonatal e pediátrica; artigos presentes nas bases de dados sem o resumo disponível; artigos em outros idiomas, além dos especificados; artigos que abordam eutanásia e temas assemelhados; artigos publicados fora do limite temporal estabelecido e que não retratam o tema em questão.

A partir dos descritores *enfermagem, morte, morrer, terapia intensiva,* identificou-se dez artigos no Lilacs; quinze no BVSPsi; cinco no Scielo; sete no Bdenf; cinco no Medline e dezessete no Scientific commons. Com os descritores *sentimentos, enfermagem e morte* foram encontrados trinta e dois artigos no Medline; cinquenta e dois no Lilacs; cinco no Scielo; um no Ibecs; setenta e um no BVS Psi; e, quarenta e nove no Bdenf.

Salienta-se que alguns resumos de artigos são encontrados em mais de uma base de dados e por meio de descritores diferentes. Assim, com o primeiro grupo de descritores, cinco foram selecionados no Lilacs, um no Scielo e um no Scientific commons, totalizando sete artigos. Com o segundo grupo selecionou-se quatro artigos no Lilacs. Com base nos critérios de inclusão e exclusão, passaram a ser objeto de análise, onze artigos.

Para análise, adotou-se a abordagem qualitativa e o método da análise de conteúdo, especificamente a análise temática.[9] Desse modo, essa fase foi operacionalizada nas etapas: a) *pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus* e *reformulação de objetivos,)* - escolha dos documentos a serem analisados, exaustividade, representatividade e retomada da etapa exploratória; b) *exploração do material* - operação de classificação visando alcançar o núcleo de compreensão do texto e levantamento de categorias; c) *tratamento dos resultados obtidos e interpretação* - proposição de inferências e interpretações.[9]

Como ferramenta para possibilitar e facilitar a pré-análise e a exploração do material, foi criado um quadro com informações acerca dos artigos selecionados, com título, população, resultados e fonte.

O tratamento dos resultados encontrados e as interpretações constituem a parte final da análise dos dados juntamente com as interrelações com o conhecimento pré-existente e obtido no decorrer do processo.

Título	População	Resultados	Fonte
Convivendo com a morte e o morrer no cotidiano de cuidado da unidade de terapia intensiva	Três técnicas de enfermagem e duas enfermeiras.	Sentimentos frente à morte e o morrer: empatia com familiares; envolvimento emocional pode gerar sofrimento; despreparo; sensibilidade humanística; intranquilidade; medo; frustração; choque; interfere no dia a dia; angústia; solidariedade; fragilidade; questionamentos sobre valor da vida e das ações; desvelo; amor; solidão; impotência; não saber o que fazer ou dizer; limitações no cuidar; inaceitabilidade, (principalmente morte de jovens). Recorrer à fé, à crença após a morte. O profissional necessita de instrumentalização, na formação e da instituição de saúde. UTI gera tensões pela intensidade das emoções, exposição ao risco de morte, oscilação entre sucesso e fracasso e ordens impostas à equipe.	*Nursing*. 2006; 9 (92): 617-21.
Profissionais de enfermagem e o processo de morrer e morte em uma unidade de terapia intensiva	Duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar.	Morte inesperada: tristeza, pena, surpresa, medo, sofrimento, impotência, culpa, dever cumprido, carinho e respeito. Morte de jovens, sofrimento maior. Enfrentamento: não envolvimento, fé, religião, eu interior, meio coletivo (equipe). Mortes esperadas e inesperadas são difíceis de enfrentar, quando esperada, sentimentos menos intensos. Assistência: cuidado humanizado, envolvimento, autocontrole e preparo emocional e cuidado de si.	REME rev min enferm. 2009 Jul/Set; 13 (3): 337-42.
A morte em unidade de terapia intensiva: percepções do enfermeiro	8 enfermeiras.	A morte encarada com dificuldade, aflição, insegurança, constrangimento, impotência e sofrimento. Significa fim do sofrimento, conforto, frieza, não envolvimento emocional, reflexão sobre a própria condição, identificação, fuga, negação, silêncio, ignorar o acontecido, despreparo, falta de confiança, solidariedade, atenção, consideração pelo outro. Confunde-se negação e banalização com aceitação da morte. Religião: alívio da dor da perda e como explicação (vontade divina). As vivências são influenciadas pela religião, moral, educação familiar e formação profissional. Preparo emocional em forma de educação continuada.	Rev RENE. 2006 Jan/Abr; 7 (1): 43-51.
Percepções e vivências dos profissionais de enfermagem sobre a morte e	Nove técnicos de enfermagem e três enfermeiras.	Quando se espera a morte a aceitação é facilitada. Tanto na morte esperada como na inesperada se vivencia sofrimento, medo, ansiedade, não saber como agir e impotência, especialmente na morte de jovens. Em ambiente onde a morte é rotineira alguns a aceitam, acostumam ou reagem com frieza, outros a vêem como desafio. Há relatos de dever	Rev paul enferm. 2006; 25 (3): 156-62.

o morrer em unidade de terapia intensiva		cumprido e da necessidade de apoiar os familiares. O processo de morrer deve ser digno, humanizado, com proximidade dos familiares e pessoas próximas. O corpo e a imagem devem ser cuidados até após a morte.	
A enfermagem da UTI diante da morte - um estudo fenomenológico	22 auxiliares de enfermagem, quatro enfermeiros.	O ambiente de uma UTI é de pressão emocional e competência técnica. A enfermagem evidencia dificuldade diante da morte, falha na assistência, culpa, sofrimento, frieza, imparcialidade, desconforto, tristeza, frustração, constrangimento, sobrecarga emocional, vulnerabilidade, ambiguidade afetiva e profissional (questões políticas e éticas), mudança nas rotinas, dificuldade de aceitar, empatia, indiferença, remete à história pessoal e identificação. Defesas coletivas para aliviar a ansiedade: apoio, impessoalidade com o paciente, distanciamento emocional, evitar comunicação com pacientes e familiares, valorização de procedimentos técnicos em detrimento da relação interpessoal. Intervenções na equipe de saúde, técnicas de lazer, relaxamento e grupos de apoio podem ajudar no enfrentamento e na melhora da qualidade do cuidar.	Psico (Porto Alegre). 2002 Jul/Dez; 33 (2): 385-99.
Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva	Seis enfermeiras e nove técnicos de enfermagem.	O trabalho na UTI:prazer, satisfação,desgaste, divergências entre equipe, impotência, gasto de energia, sofrimento, ilusão pela tecnologia, incômodo, dificuldade e angústia ao lidar com os familiares de pacientes. Enfrentamento: chorar, compartilhar sentimentos, sublimação (atividades úteis/aceitáveis). Importante o acompanhamento da equipe, prepará-la para lidar com a morte e o morrer e humanizar a relação cuidador-paciente.	Acta paul enferm. 2006 Out/Dez; 19 (4): 456-61.
O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs	Enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem	Sofrimento, ansiedade, revolta (principalmente morte de crianças), apego à religião, crença em vida após a morte, onipotência. A compreensão de que a morte faz parte da vida e a aceitação pode estar aliada à experiência profissional e amadurecimento. A esperança é importante à família e ao paciente, para o tratamento ser bem sucedido, auxilia e fortalece o trabalho. O cuidado deve incluir conforto espiritual, autoconhecimento e intervenções que auxiliem os profissionais na assistência ao paciente morrendo. Vivências profissionais, trajetória de vida, cultura, espiritualidade, crenças e outros valores são refúgios encontrados pela enfermagem.	Rev Esc Enferm USP. 2007 Dez; 41 (4): 660-67.
A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva	Duas enfermeiras, três auxiliares e quatro técnicos de enfermagem.	A morte pode trazer à tona sentimentos e vivências pessoais, compaixão, culpa, indiferença, envolvimento emocional, empatia, dificuldade, sensação de libertação do sofrimento, impessoalidade e indiferença, cuidar com amor, carinho e solicitude, alívio, revolta, cansaço, dificuldade de aceitação, despreparo. A negação é um mecanismo como o distanciamento e a imparcialidade. O cuidado com o paciente inclui: empatia, envolvimento, ajudar a enfrentar o sofrimento e a morte, humanização, recuperação da saúde, propiciar morte digna. Instituições de saúde e de formação devem promover reflexões sobre a morte.	Cogitare enferm. 2004 Jan/Jun; 9 (1): 33-41.
Como os trabalhado-res de enfermagem enfrentam o processo de morrer	Quatro técnicos e doze auxiliares de enfermagem.	Muitos profissionais não compreendem a morte, sofrem, tem dificuldade de lidar e aceitar, a fantasiam, relembram a morte de entes queridos, sentem angústia, ansiedade, culpa, impotência, frustração. A intensidade do sofrimento varia conforme o vínculo. Os cuidados com o corpo pós-morte são difíceis. A perda de jovens é mais dolorosa. Mecanismos: racionalização, sublimação e negação. Enfrentamento: rotinas para lidar com a morte, não levar para casa emoções vividas, religião, relaxar, assistir filme de comédia, experiência, espaços para profissionais discutir angústias e tristezas. Cursos de formação para cuidar pacientes terminais.	Rev bras enferm. 2007 Mai/Jun; 60 (3): 257-62.
Percepções das enfermeiras frente aos sentimentos de quem vivência o processo de morrer e morte	Sete enfermeiras, quatro de um hospital público e três de um privado.	A enfermagem falar sobre morte com pacientes e familiares é um tabu. Diante do paciente morrendo mantém-se distante, se angustia, sente impotência, despreparo, inconformismo, revê conceitos, reformula valores. Enfrentamento: solidão, reflexão, palavras de consolo, apoio emocional, profissional, literatura e espiritualidade. O ambiente de UTI dificulta relações interpessoais. O cuidado deve ser humanizado, promover bem estar e contato com familiares. Preparo advém com o tempo e experiência gera segurança.	Ciênc cuid saúde. 2006 Mai/Ago; 5 (2): 204-11.
Reações emocionais da enfermeira no atendimento ao paciente fora das possibilidades terapêuticas	Nove enfermeiras, quatro de instituição privada e cinco de pública.	Trabalhar na UTI: é difícil, gosto, tenho que ter o controle da situação, saber ouvir, acaba se apegando, é um impacto, é complicado, a morte é freqüente, a tecnologia propicia segurança. O cuidado com o paciente terminal gera sofrimento, mas deve ser de qualidade, envolver o lado psíquico, espiritual e terapêutico, proporcionar morte digna. A família deve receber a atenção em diversos aspectos. Outras vivências de enfermagem: procurar respostas, desespero, angústia, tristeza, estresse, revolta, desejar a morte e culpa.	Nursing. 2003 nov; 66 (6): 25-30.

Figura 1. Instrumento de análise e exploração do material

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos onze artigos selecionados, dez foram escritos por enfermeiros, entre estes, doutores, mestres, especialistas e uma acadêmica de enfermagem. Um artigo foi elaborado por psicóloga. A identificação dos locais de trabalho dos trinta e um autores indica que dezessete atuam em Universidades ou outras instituições de ensino, dois em Universidade e Hospital, quatro em

instituições de saúde (hospital ou saúde pública), um em asilo, seis não informaram e um é acadêmico de enfermagem. Demonstra também, cinco artigos escritos por profissionais do estado do Rio Grande do Sul, três de São Paulo, um do Distrito Federal, um do Paraná e um do Ceará. Dos onze artigos, cinco foram publicados no ano de 2006; dois em 2007; um em 2002; um em 2003; um em 2004; e, um em 2009,todos em periódicos com classificação *Qualis* B3 à A2.

A metodologia utilizada pelos artigos selecionados foi a qualitativa. Quatro utilizaram abordagem fenomenológica, quatro análise de conteúdo e três análise textual, de conteúdo ou discurso. A população estudada somou 43 enfermeiros, 31 técnicos de enfermagem e 38 auxiliares de enfermagem. Um dos artigos não separou por categoria os profissionais participantes do estudo.

Em relação aos descritores, todos os artigos elencaram a morte, sete, Unidade de Terapia Intensiva, sete, enfermagem/equipe de enfermagem, quatro, atitudes frente à morte, dois trouxeram o cuidado intensivo e um cuidado, cuidados paliativos, cuidadores, emoções, sentimentos, adaptação psicológica, relação enfermeiro - paciente e método fenomenológico. Quanto à coleta de dados, a maioria das pesquisas utilizou-se da entrevista semiestruturada, um artigo usou observação assistemática e descritiva.

Da análise das informações contidas nos artigos estudados, emergiu uma categoria analítica, descrita e analisada sequencialmente.

• Vivências e subsídios à enfermagem em terapia intensiva referentes ao cuidado do paciente em processo de morrer e de morte

Na cultura ocidental, a maior parte das mortes ocorre no ambiente hospitalar, ou ao menos passa por ele.[1] Ao invés de o doente encontrar-se em meio à família e amigos para despedir-se e enfrentar a morte, o mesmo é direcionado à essa instituição,[2] numa tentativa de vencer a morte, viver seus últimos momentos com pessoas alheias ao seu convívio, a equipe de saúde.

A enfermagem presta cuidados diretos ao paciente, é o profissional mais próximo e constantemente vivencia o processo de morrer e a morte dos indivíduos cuidados. A palavra vivenciar significa viver, sentir em profundidade. Considerando essa definição e entre os significados de viver, apreciar, conviver, portar-se, proceder, comportar-se, todos esses aspectos estão presentes no desenrolar dos artigos analisados.[10]

As vivências da equipe de enfermagem (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem) incluem a percepção do profissional como Ser no mundo; como pessoa diante de outra com reservado quadro de saúde; como indivíduo que interage com os familiares do paciente e suas particularidades e experiências relativas ao parente; como Ser humano que encara o processo de morrer e morte; e, como sujeito profissional inserido em uma UTI, em uma instituição maior com normas e regras de organização e funcionamento.

O ambiente da UTI influencia as experiências da enfermagem frente ao processo de morrer. É uma unidade complexa, possui dinâmica intensa[11], exige competência técnica e enfrentamento de pressão emocional.[12] É um espaço antagônico, de um lado o avanço tecnológico, que evidencia "supremacia" diante da morte e garante segurança aos profissionais[13] e do outro, a impotência diante da terminalidade.[12]

O trabalho nesse ambiente requer adaptação. O tratamento é demorado, há que se conviver com a oscilação entre "sucesso" e "fracasso", regras e ordens impostas à equipe de saúde,[13] a morte, a doença e a dor das famílias, com outros profissionais e formas de encarar a vida e a morte.[12]

As reações da enfermagem em meio a esse contexto são dinâmicas e diversificadas, modificam-se a partir das experiências das etapas do processo saúde/doença e morte.[14] Também são permeadas pela formação profissional, questões religiosas,[14-5] aspectos morais,[15-6] filosóficos e éticos,[16] educação familiar,[15] trajetória de vida, cultura,[12,14,16] subjetividade, espiritualidade, crenças,[14] fatores históricos[12] e outros.

No que tange a vivência da morte dos pacientes, todos os artigos trouxeram relatos de *sofrimento* por parte da enfermagem e destacam vários motivos que o justificam, dentre os quais a relação e o vínculo [13,15-6-17-8] com o paciente e família;[17] o menosprezo às questões relativas à morte pela sociedade; a falta de incentivo em se pensar nela; a formação profissional voltada à luta contra a morte sem valorizar a qualidade de vida;[15] a assistência favorece a vivência da tristeza, sofrimento e medo sentido pelo paciente e familiares;[11-2,15,18-9] falta de apoio dos demais profissionais de saúde;[13] e o uso da tecnologia como forma de tratamento inútil e fútil capaz apenas de prolongar a dor do paciente, familiares e equipe.[20]

A subordinação da enfermagem a um sistema regrado no qual se "investe em quem vale a pena", bem como a organização da

Unidade que dificulta e às vezes impossibilita a proximidade do paciente com a família, a falta de compreensão dos familiares de que não há mais o que fazer pelo paciente e ainda, o fato de alguns morrerem a caminho do quarto onde desejavam passar seus últimos momentos, também foram mencionados pela enfermagem como causadores de sofrimento.[12]

Destaca-se que o sofrimento é mais intenso na morte de jovens comparado à de pessoas de idade avançada.[13,17-8] Há certo "consenso" de que o idoso já passou por todas as fases da existência humana (nascer, crescer, se desenvolver, envelhecer), assim, a morte é aceita.[17-8] Em contrapartida, a perda de jovens significa, para muitos, a interrupção do rumo da vida,[16,18] pois a maioria das pessoas anula o fato de que desde que nasce é suficientemente velho para morrer.

Após a morte, o manuseio do cadáver, apesar de ser tarefa cotidiana de finalização de cuidados, também mobiliza sentimentos que causam dor,[12] especialmente se o paciente foi cuidado, quando vivo, pelo profissional que o realizará.[18]

Além de sofrimento, consta nos relatos trazidos nos artigos, que a enfermagem vive um processo de *sobrecarga emocional e estresse*[12,15,19-20] ao conviver com pacientes sujeitos à morte iminente e em sua ocorrência. Estas sensações sobrevêm por fatores como o contexto da UTI; a administração da unidade e de todos os problemas relacionados à morte ao mesmo tempo em que são elaborados os próprios sentimentos (no caso das enfermeiras); sofrimento profissional incrementado pela dor da família enlutada;[12] pressão dos familiares ao querer o paciente vivo não bem esclarecidos sobre as expectativas e da qualidade de vida futura do mesmo; e divergências entre a equipe.[20]

A maior parte das divergências entre a equipe de saúde é oriunda de questionamentos acerca dos recursos utilizados no tratamento e cuidado do doente;[20] atitude tecnicistas de uns enquanto outros vêem o sofrimento do paciente e requerem respeito à autonomia dele no sentido de deixá-lo morrer; *onipotência* de alguns, que ao notarem que somente a tecnologia mantém o paciente, sentem-se com poder para possibilitar ou adiar a morte, conforme lhes convém.[14] Diante disso, emerge a *impotência*.[12-3,15-9] A enfermagem é responsável apenas por parte das atividades relacionadas ao tratamento e cuidados com o paciente morrendo, há coisas que gostaria de fazer para ajudar, mas não tem respaldo, seja ele legal ou pelas restrições que a instituição de trabalho impõe. Nesse sentido, a enfermagem reconhece as limitações do cuidar.[13,20]

As limitações no exercício da profissão também são sentidas frente à morte inevitável,[13,21] especialmente se inesperada.[16] A impotência em função disso provém da idéia que permeia a atuação da enfermagem, de salvar vidas, de derrotar a morte, para a qual o profissional é treinado.[17] Ainda, há a sensação de impotência perante a família, [21] de estar compromissado a prestar apoio aos enlutados[16] e não encontrar-se em condições, psíquicas e técnicas.

Em muitos casos, além de impotentes, os profissionais de enfermagem sentem *culpa*,[12,17-18-19] seja quando não se teve tempo suficiente para salvar o sujeito, ou quando se demorou em dar o suporte necessário.[17] A culpa também está por trás da sensação de falha na assistência,[13] da frustração pelo fracasso da equipe em reabilitar, em curar.[18] Pode ser determinada pela importância dada à técnica que torna o paciente objeto clínico e muitas vezes apenas prolonga o sofrimento,[11] e por se desejar a morte dele.[11,19]

Para alguns profissionais o desejo da morte do paciente justifica-se pelo sofrimento dele e da família. Nesses casos, a morte é vista como forma de *libertação do sofrimento*,[11,15] como *alívio* e, às vezes, proporciona *conforto*. Conforto que pode ser sentido em forma de "dever cumprido", [17] que ocorre principalmente quando a equipe fez tudo para promover a qualidade dos últimos momentos de vida.

Particularmente, para aqueles em que a manutenção da vida gera desconforto, sofrimento, vida sem qualidade ou dignidade, pacientes com prognóstico ruim, ou aqueles cujos problemas extrapolam a lógica do que é considerado recuperável,[12] a *aceitação*[14,16,18-19] torna-se uma das formas de enfrentar a morte e pode ser entendida como necessária.

A aceitação da morte também é vivência dos indivíduos que possuem a percepção de que esse fenômeno é comum a todos os seres humanos,[13] que é parte da existência humana, e isso pode relacionar-se à crença religiosa, experiência profissional e amadurecimento.[14] No que tange a experiência profissional, houve relatos de que a enfermagem, logo no início de suas atividades, percebe a morte como *trauma*,[21] entretanto acaba de certa forma se acostumando[11,16] e a encara com naturalidade, aceitabilidade e segurança.[21]

Em contrapartida, existem casos em que a aceitação é confundida com banalização.[15]

Assim, o contexto da UTI e o convívio com a finitude podem fazer com que o profissional apresente frieza[12,15-16] e impessoalidade[11] ao lidar com o paciente morrendo, familiares, e com o corpo sem vida, este muitas vezes tratado sem o respeito devido.

Outrora, alguns profissionais ao assistirem o paciente terminal *identificam-se* com ele,[12,15,18] seja pela faixa de idade semelhante, pela morte fazer parte de sua própria vida, ou por reviver experiência de morte tida com ente querido.[11,14,18] A identificação entre profissionais-pacientes surge a partir do envolvimento entre eles e depende do contato.

O envolvimento entre cuidador e ser cuidado, além de favorecer a identificação pode fazer com que o primeiro reveja a própria condição. Esta propicia sentimento de *vulnerabilidade,* na qual a morte é percebida como possibilidade real para ambos.[12,18] Desse modo, alguns entram em conflito, questionam o valor da vida e das ações.[13] Outros se sensibilizam, reformulam valores internos e agem com *afetividade, solidariedade, amor, desvelo,*[13] *carinho, respeito*[17] e *empatia,*[11,13] constituem uma relação de ajuda e de confiança com o paciente e família. Essa maneira de proceder torna o cuidado e o ambiente humanizado.

Por mais que se perceba aceitabilidade e atitudes humanizadas da enfermagem em relação à morte, a maioria dos profissionais se *revolta*,[11,20] fica *inconformada*[16,19] e apresenta *dificuldade de aceitação*.[11-12,15,18] Isso pode ser determinado pelo uso da tecnologia,[16] que em alguns casos, permite retardar a morte; pela dificuldade dos profissionais em evoluir e aprender a partir da convivência com a mesma;[12] pela cultura valorizar a cura e a institucionalização da morte;[11] pela formação que não prepara, nem discute sobre morte e morrer; enfim, pelo despreparo.[11,21]

O *despreparo coloca* o profissional de enfermagem diante de um paciente morrendo ou diante da morte e da família enlutada, com medo,[12,15-16-17-18] insegurança,[15,19] falta de confiança em sua capacidade de solidariedade, atenção e consideração pelo outro,[15] sem compreender a morte e com dificuldade em lidar com ela,[12,16,18] sem saber como agir ou o que dizer,[13,21] com dificuldade em conviver com o sofrimento[11,21] e com o imprevisível.[21]

Evidencia-se variabilidade de sentimentos e vivências da enfermagem, estas em relação a UTI, ao processo de morrer e a morte do paciente, do contato com o familiar dele, ao sofrimento do paciente, à atuação dos demais profissionais, entre outros.

A morte interfere no dia a dia e influencia a percepção dos profissionais acerca da qualidade do turno de trabalho e verifica-se a falta de preparo e espaço para discutir o tema fazendo com que os profissionais procurem e/ou desenvolvam métodos auxiliares no enfrentamento das vivências decorrentes do processo de morrer e morte no cotidiano de trabalho da UTI.

No que diz respeito aos mecanismos de defesa desenvolvidos pelo ego, na maioria das vezes, são inconscientes.[18] O mecanismo de maior prevalência na enfermagem é a *negação*,[11-12,15,18,20] o mais comum em experiências dolorosas, entretanto, a *racionalização*[18] e a *sublimação*[20] também foram relatadas.

A negação é um processo pelo qual o indivíduo, embora formulando um de seus desejos, pensamentos ou sentimentos, defende-se dele negando que lhe pertença[17] ou anulando-o.[15] Em relação à morte, traz a ilusão da imortalidade.[11,21] Alguns depoimentos abordam a negação como algo que ao invés de proteger o sujeito, dificulta a aceitação e a elaboração da perda.[18] Esse mecanismo de defesa pode se apresentar em forma de indiferença,[11-12] imparcialidade[11] e de ignorar o fato.[15]

No que diz respeito à sublimação, ela é um dos mecanismos de defesa mais eficaz, no qual os impulsos são canalizados para uma postura útil e aceitável, transformação da passividade em atividade. Já, a racionalização é a utilização da razão a fim de encontrar maneiras de não sofrer tanto diante de situações difíceis, pode estar presente nas atitudes de "brincar com a morte", no afastamento e no distanciamento emocional. O distanciamento é observado quando os profissionais procuram não se envolver emocionalmente com pacientes e familiares,[11,19,21] na opção por não falar da morte[19] e quando se detêm em procedimentos técnicos em detrimento à relação interpessoal.[13,17,19]

Além dos mecanismos de defesa do ego, outra maneira referida pela enfermagem que garante subsídios ao enfrentamento, é o bom *relacionamento entre os integrantes da equipe*, o meio coletivo como fonte de suporte[17] e apoio,[13] onde se pode conversar,[19] desabafar,[17] chorar, compartilhar sentimentos, aliviar a dor.[21] Alguns profissionais trouxeram como importante a leitura, *o estudo*,[19] a *reflexão* [21] e buscar *ajuda profissional*.[19,21] A *experiência* também se mostra aliada, no sentido do experiente encontrar-se melhor preparado para enfrentar situações de morte.[18]

A *espiritualidade*, a *religião*,[13,15,18-9] a *crença* na vida após a morte,[13] entre outros valores que são importantes para os sujeitos, auxiliam na compreensão da morte, na explicação de sua causa[15] e estão relacionadas ao alívio da dor da perda, ao conforto[15,18] e ao equilíbrio emocional.[21]

Alguns profissionais observam que a tentativa de *não levar para casa as emoções vividas no trabalho*[18] e a utilização do tempo em casa para *relaxar*, *ler* e *assistir filmes* de comédia[21] colaboram para o alívio do desconforto gerado pelo trabalho. Os artigos demonstram ainda, que autocontrole e preparo emocional são essenciais para o enfrentamento de situações geradoras de sofrimento.

O preparo, mencionado como importante para encarar o inevitável, não é visto na prática da maioria dos profissionais da equipe de enfermagem, seja pela sociedade atual que não possibilita discutir o assunto, seja pela formação que não inclui a temática morrer/morte no currículo, seja pela instituição de trabalho que valoriza a cura, a tecnologia e a técnica, ou pelos próprios sujeitos que fogem ou anulam a morte para garantir a ilusão da imortalidade.

Entende-se que é tarefa árdua trabalhar na UTI e viver a morte de sujeitos, entretanto, também são compreensíveis alternativas para tornar essas vivências menos dolorosas. O princípio de tudo é a compreensão dos profissionais de enfermagem como seres humanos, sujeitos que possuem valores, crenças, cultura, emoções e buscar compreender o que está envolvido nas diferentes representações deles sobre morte e morrer.

Considera-se importante o desenvolvimento de estratégias, por parte da instituição de saúde, que estimulem a reflexão sobre a subjetividade do cuidador, que permitam a expressão de sentimentos em relação ao processo de morrer e principalmente no que diz respeito à própria morte,[17] a fim de conduzir a enfermagem ao auto-conhecimento e ajudar no reconhecimento e controle das emoções.

Entre essas estratégias, podem ser opções, a criação de *grupos de debate, de reflexão no ambiente de trabalho*[11,13,15] e o *acompanhamento contínuo dos profissionais* em um espaço permanente,[15-16,20] que objetive a resolução das dificuldades emocionais da enfermagem[15] e a transcendência do cuidar técnico para o cuidado completo/integral.[20] Técnicas de *lazer e de relaxamento* mostram-se igualmente eficazes.[12]

A *formação acadêmica* também pode instrumentalizar os profissionais para o enfrentamento da morte.[13,15] Os cursos de formação devem rever questões relacionadas à morte e morrer[11] e proporcionar conhecimento sobre cuidados para com o paciente morrendo, permitir reflexões sobre o tema,[15] trazer estudos que propiciam o autoconhecimento[14] e promover qualificação técnica e humana ao mesmo tempo.[12]

As ações das instituições de formação e empregadoras são importantes para o desenvolvimento emocional da enfermagem, contudo não são determinantes. Cabe também aos profissionais, participação ativa na busca do conhecimento, crescimento e transformação do cuidado.

O cuidado de enfermagem ao paciente fora de possibilidades terapêuticas tem destaque nos artigos analisados, e os autores trazem alguns aspectos importantes à assistência, como a esperança. Esta foi mencionada como importante à família, ao paciente, para o tratamento ser bem sucedido e como meta que auxilia e fortalece o trabalho. A esperança é vista como um meio de não aumentar as angústias ao se dizer a verdade e de evitar o abandono de investimentos e cuidados para o paciente por parte da equipe de saúde.[14] A assistência de enfermagem quando a recuperação não é biologicamente possível deve auxiliar para que o processo de morrer seja humanizado e digno.[20] A humanização do cuidado inclui o cuidado holístico/atenção integral.

Quanto ao cuidado físico é importante aquele referente à higiene, conforto,[20] alívio da dor, tratamento,[15-16] promover bem estar físico[16,21] e em muitos casos respeitar a morte do sujeito, deixar morrer[16,21] e após a morte garantir a privacidade, a imagem e o respeito ao corpo.[16]

No que se refere às questões espirituais, salienta-se a importância de acolher e acompanhar a dimensão espiritual do sofrimento da pessoa que está morrendo,[15] dar suporte, auxiliá-lo em sua "passagem", confortando-lhe espiritualmente[14] e conversar sobre o assunto.[19] Em relação à atenção aos aspectos emocionais e psicológicos [12,15] busca-se promover o bem estar psíquico por meio da afetividade,[20] ajudá-lo a enfrentar o sofrimento e a morte,[19] garantir apoio,[15-16] respeito aos sentimentos e vontades, estar próximo,[21] permitir a aproximação dos familiares e pessoas da relação afetiva do doente,[16] ser empático,[13] permitir o envolvimento.[11-12,16,21]

Diante do exposto, evidencia-se que a enfermagem, mesmo com dificuldades em

relação ao paciente morrendo e à morte, traz pontos importantes no cuidado para com o paciente e também em relação à família. O cuidado holístico e humanizado assegura a dignidade e o conforto também aos familiares.

CONSIDERACÕES FINAIS

Os artigos estudados trouxeram vários sentimentos e vivências da enfermagem, estas em relação a UTI, ao processo de morrer e a morte do paciente, do contato com o familiar, ao sofrimento do paciente, à atuação dos demais profissionais da equipe de saúde.

As principais vivências foram sofrimento, sobrecarga emocional, estresse, onipotência, impotência, culpa, libertação do sofrimento, alívio, conforto, aceitação, banalização, trauma, identificação, vulnerabilidade, afetividade, solidariedade, amor, carinho, respeito, empatia, revolta, inconformismo, dificuldade de aceitação e despreparo.

Destaca-se que além de sentimentos que refletem despreparo em relação ao processo de morrer e de morte, também há vivências que significam adaptação, crescimento e amadurecimento e que a morte interfere no dia a dia e influencia na percepção dos profissionais acerca da qualidade do processo de trabalho.

No geral, evidencia-se falta de preparo da enfermagem em relação à morte e o desenvolvimento de mecanismos de defesa ou outras formas que amenizam a dor e o sofrimento gerado pelo trabalho. A revisão dos currículos na formação e a criação de grupos permanentes de discussão sobre as vivências frente à morte podem auxiliar no enfrentamento da mesma no cotidiano de trabalho.

Mesmo com dificuldades, os profissionais procuram atuar humanamente com os indivíduos envolvidos em uma morte. Estas incluem o próprio paciente em processo de morrer e seus familiares. Salienta-se que diante do paciente fora de possibilidades terapêuticas, a enfermagem tem muito a fazer no sentido de garantir que o cuidado se dê de forma holística, humanizada, que possibilite condições para que o paciente possa “enfrentar” o processo de morrer e de morte com dignidade.

REFERÊNCIAS

1. Leis HR. A sociedade dos vivos. Sociologias. 2004 Jan/Jun. ano 5. (9): 340-53.

2. Oliveira JBA de, Lopes RG da C. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. Psicol Estud. 2008 abr/jun; 13 (2): 217-21.

3. Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. Rev eletrônica enferm. 2009 [acesso em 2010 dez 15];11 (1):55-63. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm

4. Sanches PG. Convivendo com a morte e o morrer: o ser-enfermeiro em unidade de terapia intensiva [Dissertação de mestrado]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2007.

5. Cortez EA, Costa F da S, Amim VU, Gavina VF dos S, Silva ICM da. Reflections regarding nursing care during death process/dying. Rev enferm UFPE on line[periódico na internet]. 2009 out/dez [acesso em 2010 dezembro 15];3(4):383-92. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/ revista/article/view/133/133

6. Silva ALL da, Ruiz EM. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. Estud Psicol (Campinas). 2003 jan/abr; 20 (1):15-25.

7. Guerra DR. As representações sociais da morte e do processo de morrer para profissionais que trabalham em de terapia intensiva – UTI [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.

8. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

9. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

10. Michaelis. Moderno dicionário da língua portuguesa on line. [local desconhecido]: Editora Melhoramentos Ltda, 1998-2009 [acesso em 2010 dez 15]. Disponível em: http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues /index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=vivenciar

11. Palú LA, Labronici L M, Albini L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Cogitare enferm. 2004 jan/jun; 9(1):33-41.

12. Benincá CRS. A enfermagem da UTI diante da morte – um estudo fenomenológico. Psico (Porto Alegre). 2002 jul/dez; 33(2):385-99.

13. Lunardi ZM, Celich KLS. Convivendo com a morte e o morrer no cotidiano de cuidado da unidade de terapia intensiva. Nursing. 2006; 9(92):617-21.

14. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem des UTIs. Rev Esc Enferm USP. 2007 dez; 41(4):660-67.

15. Fernandes MEN, Fernandes AFC, Albuquerque ALP de, Mota MLS. A morte em unidade de terapia intensiva: percepções do enfermeiro. Rev RENE. 2006 jan/abr;7(1):43-51.

16. Binotto J, Vargas MA, Leal SMC, Porto SG. Percepções e vivências dos profissionais de enfermagem sobre morte e morrer em unidade de terapia intensiva. Rev paul enferm. 2006; 25(3): 156-62.

17. Matos T de AD, Lange C, Cecagno D, Amestoy SC, Thofehrn, MB, Milbrath VM. Profissionais de enfermagem e o processo de morrer e morte em unidade de terapia intensiva. REME rev min enferm. 2009 jul/set; 13(3):337-42.

18. Shimizu HE. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. Rev bras enferm. 2007 maio/jun;60(3): 257-62.

19. Fischer ES, Silva MJP da. Reações emocionais da enfermeira no atendimento ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. *Nursing*. 2003 nov;66(6):25-30.

20. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. Acta paul enferm. 2006 out/dez; 19(4):456-61.

21. Rosa AF, Lunardi VL, Barlem ED, Lunardi Filho WD. Percepções das enfermeiras frente aos sentimentos de quem vivencia o processo de morrer e morte. Ciênc cuid saúde. 2006 maio/ago; 5(2):204-11.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/05/03
Last received: 2011/10/21
Accepted: 2011/10/22
Publishing: 2011/11/01

Corresponding Address

Carolina Renz Pretto
Rua Padre Afonso Correa, 761, Centro
CEP: 98750-000 – Ajuricaba (RS), Brazil