

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

RICARDO MENGUE DE SOUZA

**ENFRENTAMENTO DA MORTE PELO ENFERMEIRO EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**Porto Alegre
2008**

RICARDO MENGUE DE SOUZA

**ENFRENTAMENTO DA MORTE PELO ENFERMEIRO EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Vera Catarina C. Portella

**Porto Alegre
2008**

AGRADECIMENTOS

As forças espirituais que recebo e que a cada dia intensificam suas proteções.

A minha mãe Leci Mengue de Souza, pelo amor, amizade, respeito, admiração, um exemplo de profissional e principal responsável por mais essa etapa concluída. Ao meu pai de coração, icardo Ludjero, pela dedicação com a qual cuidou de meu irmão, pelo caráter, cordialidade e principalmente por fazer minha mãe muito feliz.

À Profª Vera Catarina Portella, minha querida orientadora, pela paciência, compreensão, carinho e disposição em ensinar.

A todos familiares, colegas de trabalho e amigos que de certa forma cruzaram meu caminho e me fizeram diferente do que eu era...

“É mais fácil suportar a morte sem pensar nela do que suportar o pensamento da morte sem morrer.”

Blaise Pascal

RESUMO

O medo da morte acompanha o existir humano desde o seu alvorecer e torna-se acentuado em uma UTI ao se evidenciar situações potenciais para atingir a finitude. Observa-se que a postura dos enfermeiros ao enfrentarem momentos de terminalidade de seus pacientes são as mais diversas. O estudo se caracteriza como descritivo-exploratório com delineamento de pesquisa bibliográfica, utilizando uma abordagem qualitativa, que objetivou compreender como os enfermeiros enfrentam a morte do ser que está cuidando em unidade de terapia intensiva. Como resultado, foi identificado três categorias: “os que não enfrentam a morte”, “os que enfrentam a morte, porém não estão preparados” e “os que enfrentam a morte e estão preparados”. Fica como proposta a busca por momentos de reflexão após o enfrentamento, desenvolvimento de princípios religiosos, não fugir do tema “morte” quando posto em discussão, dialogar sempre que necessário com a família sobre o assunto, manter acompanhamento psicológico.

Descritores: Atitude frente à morte. Cuidado Terminal. Enfermagem. Enfermeiro.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVO.....	9
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3.1 Caracterização da morte pela sociedade	11
3.2 Cinco estágios que antecedem a finitude	13
3.3 Enfrentamento no processo de morrer	16
3.4 Uma possível educação para a morte	22
4 METODOLOGIA.....	25
4.1 Tipo de estudo	25
4.2 Fontes de dados	25
4.3 Coleta de dados	26
4.4 Análise de dados	26
4.5 Aspectos éticos	27
5. ANÁLISE DE RESULTADOS	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

A morte é uma questão às vezes discutida outras evitadas. De uma forma geral o ser humano não quer morrer.

O presente estudo foi motivado pelo fato do enfermeiro ter em seu cotidiano enfrentamentos como situação de vida e morte, sendo que em determinadas áreas, como nas Unidades de Terapia Intensiva e de Emergências, o fenômeno conviver com o paciente na finitude é uma constante.

Um outro fator, não menos relevante, que motivou a escolha da temática foi a experiência profissional do pesquisador, que trabalha no necrotério do Departamento Médico Legal de Porto Alegre como auxiliar de perícias. O enfrentamento da morte é uma constante nesse cotidiano. Desse modo, reflexões e questionamentos referentes à própria finitude são inevitáveis.

Segundo estatísticas, o número de óbitos ocorridos em hospitais do Rio Grande do Sul no ano de 2005 chegou a 51.551 (BRASIL, 2007).

Freud (1974) considera que existe uma tendência inegável para pôr a morte de lado, para eliminá-la da vida. Tenta-se silenciá-la. De fato é impossível imaginar a própria morte e, sempre que se tenta fazê-lo, pode-se perceber que ainda se está presente como espectador. Por isso, a escola psicanalítica pode aventurar-se a afirmar que no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um está convencido de sua própria imortalidade.

Conforme Ribeiro (1998), a visão relacionada ao ato de morrer tem se modificado com o decorrer do processo de transformação das sociedades, e está diretamente ligado ao estágio de desenvolvimento dessa sociedade, assim como as suas especificidades, valores e ritos.

O surgimento de uma doença grave, sem probabilidade de cura, consiste em uma situação problemática que mobiliza um complexo, psico-socio-espiritual para enfrentá-la, pois esse processo desencadeia uma desestruturação na família e em outras pessoas com quem o doente mantém relacionamentos.

Segundo Gutierrez (2003), cabe destacar que, em relação à morte, cada sociedade tem seu comportamento, hábitos, crenças e atitudes, que oferecem aos indivíduos uma orientação

de como devem se comportar e o que devem ou não fazer, refletindo a cultura própria de cada região e, também, diferenciando-a de outras.

Portanto, pode-se definir o enfrentamento como a forma de encarar uma situação difícil ou mesmo o ato de não fugir frente a uma dificuldade.

Em se tratando de uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), a visão que se tem em relação a este setor é de que nele a morte ocorre com maior predominância, onde estão pacientes graves que dependem de cuidados intensos e aparelhos sofisticados para não morrer. O medo de morrer e a ansiedade são mais acentuados na UTI ao se evidenciar situações potenciais para atingir a finitude. Acredita-se que nesse ambiente onde ocorre um cuidado de alta complexidade, os enfermeiros ficam expostos as mais diversas sensações, principalmente ao enfrentarem a morte do ser que estão cuidando.

Observa-se que a postura dos enfermeiros ao enfrentarem esses momentos, são as mais diversas. Em alguns casos percebe-se a impotência perante a situação, pode levar alguns a terem atitudes agressivas, outros podem ficar em silêncio, chorar ou se afastarem. Além disso, acredita-se que podem absorver esse sentimento chegando a atingir alterações psicológicas como a depressão.

Além de afetar a saúde física e mental dos enfermeiros, a situação também pode interferir no gerenciamento da unidade, como por exemplo, o aumento do número de profissionais afastados por motivos de saúde, o que acarreta uma sobrecarga de trabalho, tanto físico quanto mental, para os demais profissionais da equipe (RIBEIRO, 1988).

Isto posto, questiona-se se os enfermeiros que atuam em UTI estão preparados emocionalmente para enfrentarem o paciente que está morrendo? Será que os currículos de enfermagem têm matérias que possam preparar técnica e emocionalmente o futuro profissional para lidarem com o fenômeno morte? Nas atividades de educação continuada oferecidas pelas instituições existe algum enfoque para ajudar no preparo do profissional para conviver com perdas?

Frente aos questionamentos, decidiu-se fazer uma pesquisa bibliográfica tentando compreender o evento morte e o enfrentamento pelo profissional perante o paciente que está cuidando nesta condição.

Este estudo poderá servir a qualquer pessoa, independente da área de atuação e função desenvolvida, que venha se interessar em compreender como o enfermeiro enfrenta a perda de seu paciente no ambiente de trabalho de uma UTI. Poderá também ajudar os profissionais que trabalham nessa área a compreender suas dificuldades de enfrentamento perante a morte de

seus pacientes, servir como subsídios para programas de cuidado ao cuidador, proporcionar dados para serviços de medicina ocupacional, para acadêmicos e profissionais de enfermagem levando-os a reflexões relacionadas a esta temática que poderá gerar novos estudos.

2 OBJETIVO

Compreender como os enfermeiros enfrentam a morte do ser que está cuidando em unidade de terapia intensiva.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A morte, de uma forma geral, é a única certeza da vida, uma vez que se constitui no ponto crucial de sua existência. De acordo com Prado (1995), é talvez o caráter irrevogável da morte que a reveste de mistério, sedução, curiosidade e ansiedade, sendo uma das maiores interrogações da humanidade.

A verdade fundamental do Ser é que vai morrer, veio do nada e, dentro em breve, voltará ao nada. A morte, porém, é a possibilidade mais pessoal, a mais ímpar e a mais intransferível do Ser. Ela não é um ponto final na existência e sim um elemento constitutivo dela (BOEMER, 1985).

Se a necrose é caracterizada como a morte de um tecido em um indivíduo vivo, a morte somática significa a morte de um indivíduo como um todo (MONTENEGRO, 2004).

A procura pelo exato divisor de águas entre a vida e a morte é uma questão muito complexa e que até hoje gera controvérsias. A morte é um fenômeno físico, social, psicológico e religioso que afeta a pessoa na sua totalidade: corpo, espírito, emoções e experiências de vida.

No entender de Montenegro (2004) o mais sensato seria caracterizar a morte pelo somatório de uma série de fenômenos: perda da consciência, desaparecimento dos movimentos e do tônus muscular, parada dos movimentos respiratórios e do batimento cardíaco, perda da ação reflexa a estímulos táteis, térmicos e dolorosos e, parada das funções cerebrais. Portanto, pode-se conceituar a morte somática como sendo a ruptura do equilíbrio biológico e físico-químico fundamentais a manutenção da vida.

Boemer (1985) afirma que é inevitável, na temporalidade de cada um, que se depare com a morte. Nesse encontro, iniciam-se os questionamentos sobre a natureza da vida e da morte, suas indagações e implicações. Diz ainda que seja possível que se deixe de tratar a morte como oposição à vida, mas como parte da temporalidade de cada um de nós enquanto seres que somos destinados à morte.

3.1 Caracterização da morte pela sociedade

A morte, as doenças, o nascimento e as derrotas, constituem os acontecimentos da vida de cada dia, porém a sociedade contemporânea tem refutado cada vez mais a doença e, especialmente, a morte, dando-lhe um caráter pejorativo. A morte é vista como um fato despersonalizado e desagradável se diz a morte e não o morrer como uma fase de processo de vida, assim como o nascer, o crescer, entre outros (RIBEIRO, 1998).

Apesar de se ter consciência da própria finitude e mesmo constituindo-se um fenômeno da vida, falar sobre ela é normalmente considerado um ato mórbido, uma tentativa de mau gosto. Tudo isso sempre despertou grande temor no ser humano e esse sentimento se expressa na dificuldade dele em lidar com a finitude (PALÚ, 2004).

Assim torna-se um tabu discuti-la, e grande parte dos autores que a estudam corrobora com tal afirmação, principalmente por se pautarem na literatura de Áries (1982), que estudou por duas décadas o referido tema na sociedade Ocidental Cristã, desde a Idade Média até os dias de hoje. Esse identificou que a morte é banida, ocultada e proibida nas preocupações do homem ocidental do nosso século, algo obscuro, um verdadeiro tabu.

Segundo Elias (2001), a morte é um problema dos vivos, já que os mortos não têm problemas. O pensamento acerca do ato de morrer tem se modificado junto ao processo de transformação da sociedade. O autor ainda relata que o ato de morrer foi, em outra época, um assunto mais público do que atualmente.

Para Boemer (1985), com a morte consumada essa atitude fica ainda mais explícita. Há toda uma sincronização do trabalho a ser feito, havendo um funcionário que chama o elevador, enquanto outro aguarda na enfermaria para levar o corpo colocado numa maca. À chegada do elevador, a maca é rapidamente introduzida no mesmo, de modo a não ficar no corredor expondo para os outros pacientes a visão da morte.

Ela é escondida e vergonhosa, pois o estar para a morte não pertence mais a pessoa, tira-se sua autonomia e sua consciência. Esse ritual para tentar ocultar a morte no hospital, reflete uma ideologia da instituição – local para cura, para saúde, não havendo espaço para o morrer (RIBEIRO, 1998).

Nos dias atuais, doença e morte fazem parte da realidade das instituições de saúde. Essas, inseridas no sistema para o qual foram preparadas, ficam alicerçadas a uma estrutura muitas vezes desumana, separando o homem do contexto em que ele vive levando-o a

encontrar dificuldades no adoecer e morrer. A instrumentalidade tecnológica do hospital permite geralmente, tratamentos mais eficazes do que os cuidados a domicílio, mas impõe ao moribundo, muitas vezes, uma agonia infinitamente mais penosa do que a vivida em casa. O enfrentamento com a morte, com o passar dos anos, modificou-se, deixando de ser um cerimonial cultuado entre os familiares e amigos, para ser vivenciado ao lado de estranhos (PALÚ, 2004, RIBEIRO, 1998).

O que se observa, principalmente nas unidades críticas, é uma atenção destinada às técnicas, à tecnologia que dá suporte para a manutenção da vida, em detrimento a condição humana e as necessidades emocionais do paciente. Não se pode esquecer que o ato de cuidar vai muito além do fazer técnico, implica no entrelaçamento das ações de cuidado instrumentais e expressivas, isto é, ligadas à subjetividade do corpo cuidador. (PALÚ, 2004).

Ziegler (apud RIBEIRO, 1998), em seus estudos, concluiu que a mais desejada das mortes, a morte instantânea, ocorre quase sempre entre os doentes tratados em casa e que não precisam sofrer os degradantes cuidados intensivos dos hospitais. As angústias de uma doença prolongada foram-lhe poupadas, assim como as atribuições do final.

A ciência e a tecnologia não podem curar o homem da morte e nem do medo e da ansiedade que ela suscita e que, através de seus profissionais, as instituições tentam ritualizar funcionalmente o fenômeno para recompor a perda, integrá-la no cotidiano e gerenciar a desordem por ela causada. Entretanto, é pertinente afirmar que a parafernália da tecnologização da saúde não foi capaz de afastar a angústia humana diante da morte (PALÚ, 2004).

Cada sociedade dá à morte a sua resposta, a morte do corpo é a morte do símbolo da estrutura social, é a imposição do homem de refletir sobre a finitude (ELIAS, 2001).

De uma maneira geral, as sociedades desenvolveram costumes ou rituais de como conviverem com a morte. Durante muitos séculos foi considerada como um acontecimento natural, esperado, sendo possível ao homem morrer em seu leito, cercado de familiares e amigos, mantendo um controle sobre suas últimas vontades. Temia-se a morte inesperada porque privava o homem de preparar-se para esse momento. A morte passa de algo esperado e cultuado a um processo indesejável, devendo ser escondida. O enfrentamento com a morte, com o passar dos anos, modificou-se, deixando de ser um cerimonial cultuado entre os amigos e familiares, para ser vivenciado ao lado de estranhos (BOEMER, 1989).

Do século XII ao século XVII, Aires (1989) refere o aparecimento do capitalismo europeu na Europa Ocidental, e com ele, a questão do individualismo. Começaram a ocorrer

transformações e a morte passa, então, a ser personalizada, surgindo inscrições em túmulos ou placas no chão. Entretanto não havia a noção de sepultura individual. Nesse período a morte era desejada, solicitada em preces a Deus e aos santos, pedindo que se morresse de doença, cercado de familiares e amigos. Temia-se a morte inesperada, acidental ou por epidemias, sendo essa considerada um castigo de Deus. Na morte esperada, o próprio indivíduo preparava sua morte, procurava confessar-se, eliminando suas culpas, dizia seus últimos desejos e partilhava seus bens entre os familiares. A salvação da alma era a grande preocupação, sendo ao corpo dada pouca importância, o fundamental era a vida após a morte, conforme preconizavam as idéias da igreja.

No início do Cristianismo, a morte era considerada um evento de perda, mas acreditava-se na vida após a morte. Nesse momento, apesar dessa crença, já se inicia o sentido do individualismo, começando a se desejar o adiamento da morte (ELIAS, 2001).

3.2 Cinco estágios que antecedem a finitude

No entender de Kübler-Ross (1985) o paciente em estado terminal tem experiências emocionais desde o momento que toma conhecimento da gravidade de sua doença. A autora destaca cinco (5) estágios que antecedem a fase terminal: Negação e Isolamento, Raiva, Barganha, Depressão, e Aceitação.

Essas fases, na verdade, não ocorrem numa seqüência lógica, mas numa dinâmica muito grande. Por vezes, um estágio sobrepõe o outro ou mesmo da fase de aceitação o paciente volta às anteriores. Cabe ressaltar ainda que em todos os estágios possa haver a presença de um sentimento de muito forte de esperança. Os estágios da terminalidade serão descritos conforme Kübler-Ross (1985):

O primeiro estágio que a autora denominou como negação e isolamento ocorre quando, a maioria dos pacientes moribundos toma conhecimento da fase terminal de sua doença e reagem com a frase: “Não, eu não, não pode ser verdade”. Esta negação inicial independe da forma e do momento em que a notícia é dada. Essa reação é percebida tanto nos pacientes que recebem diretamente a notícia no começo de sua doença, quanto naqueles a quem não se diz a verdade, e ainda nos que vêm, a saber, mais tarde por conta própria.

Deparando-se com a negação da situação, inicia-se a fase da busca pelo erro. Ele passa então a desacreditar no médico e procurar outras opiniões, refaz exames laboratoriais, vai a outros hospitais e centros de saúde, na esperança de provar que não é verdade o que está acontecendo com ele.

Ao comunicar o diagnóstico é extremamente necessário levar em consideração o preparo do paciente. Quando são informados de forma abrupta ou prematuramente por quem não os conhece bem ou por quem informa levemente “para acabar logo com isso”, pode desencadear uma negação ansiosa de maior intensidade.

Comumente, a negação é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial. Ela funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais.

Em todo paciente existe a necessidade da negação, mais freqüente no começo de uma doença séria, do que no fim da vida.

Por fim, a primeira reação do paciente pode ser um estado temporário de choque do qual se recupera gradualmente, dependendo de como recebe a notícia da doença fatal e do seu preparo durante sua vida para lidar com tal situação.

A raiva caracteriza o segundo estágio descrito por Kübler-Ross (1985). Se no primeiro estágio: “Não, não é verdade, isso não pode estar acontecendo comigo”. Agora, no segundo, uma nova reação deve substituir quando realmente se é atingido: “Pois é, é comigo, não foi engano”. O sentimento de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento é aflorado quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação. Surge, logo, uma pergunta: “Por que eu?” O paciente agride a instituição, a equipe de saúde e até os próprios familiares. O problema é que poucos se colocam no lugar do paciente e perguntam de onde pode vir esta raiva.

Ao contrário do estágio de negação, este é muito difícil de lidar, do ponto de vista da família e pessoal hospitalar, pois a raiva é distribuída em todas as direções e projetada sobre o ambiente, às vezes quase sem fundamento. Os profissionais devem ter consciência da real situação de desespero do paciente e que essa reação é indiretamente um pedido de socorro. A serenidade e a calma são fundamentais para compreender e lidar como essa situação.

O terceiro estágio que a autora denominou de barganha, é o menos conhecido, mas igualmente útil ao paciente, embora por um tempo muito curto. A maioria das barganhas é

feita com Deus, são mantidas geralmente em segredo, ditas nas entrelinhas ou exclusivamente ao representante religioso.

A barganha, na realidade, é uma tentativa de adiamento, inclui uma promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento, caso o primeiro seja concedido. Em troca ele oferece um bom comportamento, uma promessa, uma meta. Psicologicamente, promessas geralmente não cumpridas podem estar associadas com silenciosa culpa e, seria, portanto, importante que uma equipe multidisciplinar juntamente com o representante religioso, trabalhasse tais afirmações do paciente até que o mesmo ficasse livre de todos os temores que o perturbam.

A depressão é o quarto estágio. O paciente em fase terminal começa apresentar novos sintomas e torna-se mais debilitado e mais magro, seu alheamento, sua revolta e raiva cederão lugar a um sentimento de grande perda. A equipe de saúde, juntamente com o representante religioso, pode ser de grande ajuda, durante esta fase, na tentativa de aceitação do seu estado de saúde irreversível. Deve-se deixar expressar seu pensar, pois a aceitação final torna-se mais fácil. Tanto a interação verbal, quanto outras formas de comunicação são extremamente importantes, como um simples toque de mão, ouvi-lo ou apenas sentar ao seu lado. A família, seus amigos e seus parentes mais próximos são muito importantes nessa fase, quando o paciente tem a oportunidade de compartilhar com todos essas suas angústias, ansiedade e perspectivas. Somente os pacientes que conseguem dominar esses sentimentos são capazes de atingir esse estágio, assim conseguem morrer em estágio de aceitação e paz.

Finalmente, o quinto estágio se caracteriza pela aceitação. A resignação geralmente se refere à experienciar uma situação sem a intenção de mudá-la. A aceitação não exige que a mudança seja possível ou mesmo concebível, nem necessita que a situação seja desejada ou aprovada por aqueles que a aceitam. De fato, a resignação é freqüentemente aconselhada quando uma situação é tanto ruim quanto imutável.

No entender de Rodrigues (2001), a aceitação é aquela fase em que o paciente passa a aceitar a sua situação e seu destino. É o período em que a família pode precisar de ajuda, compreensão e apoio, na medida em que o paciente encontra certa paz e o círculo de interesse diminui. No entanto, há pacientes que mantêm o conflito com a morte, sem atingir esse estágio. Às vezes, a aceitação é usada com noções de espontaneidade: "Mesmo se uma situação indesejável da qual não poderei escapar ocorrer comigo, eu ainda posso espontaneamente escolher aceitá-la."

Nem todos os pacientes reagem da mesma forma, alguns lutam até o fim, se debatem e se agarram à esperança, tornando impossível atingir este estágio de aceitação. Chega o dia em que dizem: “Não posso resistir mais”. Quando deixam de lutar, a luta acaba. Em outras palavras, quanto mais se debatem para driblar a morte inevitável, quanto mais tentam negá-la, mais difícil será alcançar o estágio final de aceitação com paz e dignidade (BOEMER, 1985).

Quando o paciente moribundo consegue certa paz e aceitação seu círculo de interesse diminui. Ele prefere ficar só, sem interessar-se por novidades e problemas do mundo exterior. As visitas começam a incomodá-lo, faltam disposições para conversar. Ele geralmente solicita a diminuição de visitas. As comunicações tornam-se cada vez mais não-verbais, podendo ser apenas através de um segurar de mãos, um olhar, expressões, enfim, a presença de alguém junto a ele pode confirmar que não está sozinho até o final.

O paciente acredita, por vezes, em sua cura ou na existência de um erro de diagnóstico. Daí acrescenta-se a importância da assistência individualizada. Cada paciente reage de uma forma a experiência da terminalidade. Ela é única para cada pessoa.

Todas essas fases podem ocorrer de forma seqüencial ou desordenada numa dinâmica muito grande. Por vezes, um estágio sobrepõe o outro ou mesmo da fase de aceitação o paciente volta às anteriores. O sentimento de esperança pode estar presente em todos os estágios de maneira muito intensa.

Rodrigues (2001), analisa as fases relatando ainda que não há uma ordem para a ocorrência dessas manifestações, tão pouco uma cronologia, sendo que o paciente pode vivenciar mais de uma dessas fases, concomitantemente, num mesmo período ou até mesmo não vivenciar algumas delas.

3.3 Enfrentamento no processo de morrer

A enfermagem, classificada pela *Health Education Authority*, como a quarta profissão mais estressante, devido à responsabilidade pela vida das pessoas e a proximidade com os clientes em que o sofrimento é quase inevitável, exigindo dedicação no desempenho de suas funções, aumentando a probabilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos e desta forma tem sido objetos de pesquisas (BRITTO, 2004).

Diariamente, a equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva defronta-se com a angústia de pacientes no processo de morrer, ou com a morte parcial do corpo daqueles que sobrevivem. Esta angústia deve-se às mudanças na qualidade de vida do doente, provocadas por seqüelas decorrentes de sua enfermidade (GUTIERREZ, 2003).

Os humanos, como todos os seres vivos marcados pela temporalidade da vida, lutam contra a idéia de sua própria finitude, visto que tem se buscado o alívio possível para o paradoxo existencial que se apresenta frente ao dualismo vida e morte. Tal paradoxo tem sido marcante na cultura ocidental e agudiza, sobremaneira, essa angústia, tornando mais difícil seu enfrentamento, visto que se colocam em situação de oposição esses dois momentos de uma mesma realidade: a de que é ser vivo e que, portanto, vai se morrer um dia (BELLATO, 2005).

Encontrar-se diante das situações de morte é, para muitos, insuportável, e a UTI, com suas características de isolamento, favorece esse espaço escondido, tentando ocultar e isolar também a morte do convívio social. Porém, isso é praticamente impossível, pois todas as tentativas funcionam como um sintoma a que ao mesmo tempo esconde e denuncia (GUTIERREZ, 2003).

Britto (2004) relata que há um grande envolvimento emocional dos trabalhadores de enfermagem de UTIs com os pacientes que cuidam, marcado por um desgaste psíquico, principalmente quando inexistente a possibilidade de cura. A autora afirma, ainda, que alguns trabalhadores, ao enfrentarem a morte de seus pacientes, demonstraram sentimentos de perda como se fossem membros da família.

O cuidado suscita um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda no sentido de promover o bem. Neste sentido, os profissionais de saúde que visam o bem estar do paciente, a sua integridade moral e a sua dignidade como pessoa e devem possuir intencionalidade no ato de cuidar (GUTIERREZ, 2003).

Henderson (1988), em sua definição de enfermagem, registra que o paciente para realizar o seu cuidado de saúde precisa ter a força, o desejo e o conhecimento necessário para fazê-lo independentemente. O enfermeiro deve cuidar para recuperar a saúde ou mesmo proporcionar uma morte tranqüila.

Os dez fatores do cuidado foram revistos por Watson (2002), sendo esta a nova versão: praticar o amor, a amabilidade e a coerência dentro de um contexto de cuidado consistente; ser de autêntico estar presente, ser capaz de praticar e manter um sistema profundo de crenças e um mundo subjetivo de sua vida e do ser cuidado; cultivar suas próprias práticas espirituais

e transpessoais de ser, mais além de seu próprio ego, aberto a todos com, sensibilidade e compaixão; desenvolver e manter uma autêntica relação de cuidado, de ajuda e de confiança; estar presente e dar apoio na expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda de espírito do ser e do ser que cuida o outro.

Prossegue a relação dos fatores do cuidado: uso criativo do ser, de todas as formas de conhecimento, como parte de conhecimento deste processo de cuidado para comprometer-se artisticamente com as práticas de cuidado e proteção; comprometer-se de maneira genuína em uma experiência de prática de ensino e aprendizagem; criar um ambiente protetor em todos os níveis, onde se está conscientemente, administrando um cuidado humano essencial, o que potencializa a aliança mente corpo e espírito; estar aberto e atento à espiritualidade e à dimensão de sua própria vida.

O medo da morte, que acompanha o existir humano desde o seu alvorecer, sendo o ser o único ser vivo que sabe que vai morrer, o que o leva a antecipar esse medo, fazendo-o companheiro de toda a vida. Para diminuir essa “angústia-mortal” tem ele tido, ao longo dos tempos, que “negociar” com a morte, como maneira de enfrentamento desse medo (BELLATO, 2005).

O enfrentamento, segundo Trentini (2005), consiste em habilidades comportamentais e cognitivas para controlar demandas internas e externas, quando avaliadas pelo sujeito como excedendo os recursos disponíveis. O enfrentamento tem duas principais funções: a) gerenciamento ou alteração do evento estressor; neste caso, o enfrentamento está focalizado no problema. b) controle, redução ou eliminação das respostas emocionais ao evento estressor; esse enfrentamento será focalizado na emoção, sendo paliativo, o sujeito procura aliviar o estresse, ou seja, sentir-se melhor diante de um evento que não pode ser removido.

A autora ainda relata que modos de enfrentamento, focalizados no problema, serão utilizados se as conseqüências de uma situação estressante são apreciadas como sendo reversíveis, ou seja, podem ser removidas e/ou alternadas; enquanto o enfrentamento é inter-relacionado, visto que as pessoas, diante de mesmo evento estressor, utilizam ambas as formas de enfrentamento, pois uma estratégia que, em princípio, está focalizada no problema, pode ter também uma função focalizada na emoção e, por tanto, a emoção e o enfrentamento ocorrem numa relação dinâmica e recíproca.

Neste sentido, Britto (2004) refere que com relação aos mecanismos de enfrentamento, as estratégias centradas no problema prevalecem sobre as estratégias centradas na emoção.

Para suportar o sofrimento, os profissionais de enfermagem que prestam assistência direta ao paciente utilizam estratégias defensivas, como a fragmentação da relação cuidador-paciente, despersonalização e negação da valorização do indivíduo, além de distanciamento e negação de seus próprios sentimentos quando assistem ao paciente, diretamente (BELLATO, 2005).

Kübler-Ross (1985) comenta que o temor de assumir a realidade da morte, tem sua fonte na angústia do “ser-aí” que, para não enfrentar a morte e a angústia, esquiva-se no impessoal, representando um ser sem autenticidade, que se torna escravo do público, de todos nós e de ninguém vivendo uma constante fuga de sua existência, que é para a morte. O enfrentamento da morte é o que possibilita ao “ser-aí” a apreensão de sua totalidade, de sua plenitude de significação.

No entender de Fernandes (2006), ajudar a morrer parece simples; entretanto não o é. Não vivenciar as perdas é algo muito ruim, principalmente quando se imagina o futuro. Poucas são as coisas colocadas em um lugar esquecido da memória e que, repentinamente, vêm à tona, e explodem em um turbilhão de emoções vivenciadas.

Apesar de a morte fazer parte da rotina dos serviços de terapia intensiva, percebe-se, pelo fato das entrevistadas, que até por uma questão de autodefesa, há quem torça para que as mortes aconteçam no plantão do outro. Desta forma, não é incomum o surgimento de várias reações, para negar ou mesmo anular este tal acontecimento, seja pelo silêncio e vazio do leito, ou pelo ignorar do acontecimento (FERNANDES, 2006).

Trata-se de um cotidiano árduo e é preciso ter muita sensibilidade e vários mecanismos de defesa, como estuda a psicologia, para suportá-lo, e muitas vezes, podem ser considerados erroneamente “atos de frieza” (RIBEIRO, 1998).

Usam-se mecanismos, como de fazer as tarefas de maneira rápida, para acabar rápido e assim o distanciamento ocorre. Usam-se também recursos como o de fazer brincadeiras durante os cuidados que suscitam sentimentos desagradáveis e angustiantes. Trata-se segundo Gonçalves (2001), do desenvolvimento de uma couraça necessária à proteção contra sentimentos indesejáveis acerca da morte. Entretanto, tal mecanismo de defesa contra o sofrimento no cotidiano hospitalar demonstra, segundo depoimentos, uma proteção frágil e instável, deslocando-se de um estado de controle de sentimentos a um estado de angústia, medo e outros sentimentos negativos.

Muitas vezes, segundo Fernandes (2006), confunde-se a negação e a banalização da morte, com a elaboração e aceitação. A negação e banalização, não oferecem senão uma

solução passageira para a questão da morte, o que raro é preciso para que o profissional continue exercendo suas funções, sem sucumbir.

A banalização entra nesse contexto. Para Palú (2004), a convivência com a dor e aflição que acompanham o processo de morrer, é capaz de modificar a prática do cuidado, na qual o cuidador se torna compassivo perante o sofrimento, mas busca a melhor maneira de ajudar o paciente na hora de sua morte. É nesse momento que o sentimento de indiferença passa a ser utilizado também como um mecanismo de defesa e proteção quanto ao processo de finitude que passa a ser considerado como banal.

Esse fato encontra ressonância no pensamento de Kübler-Ross (1985), quando se refere que a equipe de saúde, ao se encontrar nos equipamentos, na pressão sangüínea, nos dados laboratoriais, poderia estar oferecendo rejeição à morte iminente, deixando de ver o rosto angustiado do paciente, o que faz lembrar as limitações e a falta de onipotência desta equipe.

Assim, o sofrimento das pessoas que compõem a equipe de enfermagem parece ser mascarado pelo cumprimento das rotinas (RIBEIRO, 1998).

Uma das alternativas para desenvolver o enfrentamento da morte e minimizar esse sofrimento é a sustentação pela base religiosa, que pode ser compreendida como a manifestação da barganha pelo enfermeiro e que de certa forma, ameniza o sentimento do profissional diante da situação de morte, isentando uma maior responsabilidade, constituindo um mecanismo de defesa para a realidade inexorável da morte de cada um, bem como o fracasso terapêutico (RODRIGUES, 2001).

A crença enquanto elemento interveniente revela a interferência de variável crença, uma convicção íntima em que a fé religiosa influencia na capacidade de enfrentamento de situações envolvendo a morte (BRETAS, 2006).

Tendo em vista que o outro é o referencial externo do ser humano, e que é através da relação com o outro que pode ocorrer uma identificação, isso pode tornar difícil uma aproximação do profissional junto ao paciente na iminência de morte, pois poderia acarretar uma possível correlação com sua morte (do profissional), para a qual ainda pode não estar preparado (MOREIRA, 2006).

Segundo Spíndola (1994), o fato de os enfermeiros lidarem constantemente com situações estressantes e a “perda” de pacientes proporciona a eles oportunidades de refletir sobre a vida, e aguçar a capacidade de observação. Essas reflexões acontecem rotineiramente a cerca do processo de identificação e permitem construir imagens simbólicas dos indivíduos saudáveis que assistem e participam da morte do outro.

No entender de Trentini (2005), as situações adversas, quando não enfrentadas adequadamente, podem levar à ansiedade e à depressão que, na maioria das vezes, atuam como “trampolim” para o desencadeamento de doenças, incluídas aquelas do tipo crônico-degenerativas, que podem se construir em fontes de estresse. Uma das estratégias, na promoção da saúde dos Enfermeiros que trabalham em UTIs, consiste na formação de grupos de auto-ajuda que oportunizem a troca de experiências de seus colegas para enfrentar situações difíceis em que na maioria das vezes, os fatos são semelhantes.

Para fortalecer as estratégias de enfrentamento relacionadas a situações do trabalho relacionadas dos profissionais da equipe de enfermagem, sugere-se a implantação de um “Programa de Sensibilização” como um espaço permanente, visando lidar com o processo de morrer e com a morte, tendo em vista uma prática que humanize as relações entre quem cuida e quem é cuidado (SPÍNDOLA, 1994).

O enfrentamento do sofrimento, para Kübler-Ross (1985), pode ser construtivo, desde que o profissional de enfermagem tenha a auto-estima elevada e maturidade para encarar este tipo de atividade, orientado pela sua responsabilidade e ética profissional. No entanto, para impedir o sofrimento é necessário que o profissional busque maneiras para lidar com ele, negando a sua presença ou acostumando-se com a sua experiência.

No momento em que se trabalham as mortes do dia-a-dia entra-se em contato com os próprios fantasmas, os próprios medos e, quando assim se procede, torna-se possível alcançar uma melhor qualidade de vida. Trabalhar medos significa conviver com o desconhecido e, como a morte é o próprio significado do desconhecimento há que se trabalha-la continuamente (FERNANDES, 2006).

Conforme Dastur (2002), cada profissional, por mais assistido que esteja em sua agonia, está inexoravelmente condenado a morrer só, e é também porque, quando se chora os mortos, é sempre por si mesmo que se chora na realidade. Pois, ainda para o autor, a experiência do luto, quer seja a morte de si mesmo na experiência do relembrar ou da morte do outro, na experiência de ser-com-o-defunto, já é em si mesmo uma “estratégia” destinada a preencher essa “lacuna”, essa “ruptura”, essa absoluta descontinuidade da temporalidade que é a morte.

Acreditar que a análise das representações dos profissionais de enfermagem sobre o trabalho que desenvolvem nas UTIs, respeitando o recorte do acompanhamento dos processos de morrer, permitirá identificar e, provavelmente reconstruir, a significação singular e coletiva envolvidas no enfrentamento do processo de morrer dos pacientes, no cotidiano das UTIs (GUTIERREZ, 2002). É, enfim, uma estratégia que fortalece os sujeitos coletivos para que

eles verbalizem, reflitam e elaborem formas mais solidárias e humanizadas de enfrentamento da morte.

3.5 Uma possível educação para a morte

Na idéia de Boemer (1985), 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 sua gratificação. Assim, quando em seu cotidiano de trabalho necessitam lidar com a morte, em geral, sentem-se despreparados, e tendem a se afastar dela.

Pessini (1996) ratifica que não existe nada em termos curriculares que prepare o aluno para lidar com pacientes terminais.

Tanto os profissionais quanto os acadêmicos de enfermagem apresentam dificuldades em lidar com os sentimentos de ansiedade, culpa e impotência gerados pela experiência; a fuga do contato com os familiares através de cuidados eminentemente técnicos e burocráticos; a falta de apoio do professor supervisor aos acadêmicos de enfermagem no campo de estágio, quando da morte de um paciente e o desconhecimento das fazes psicológicas da morte (BERNIERE, 2007).

Para Moreira (2006), na formação do trabalhador de enfermagem prende-se a várias técnicas a serem executadas para prevenção, promoção, cura ou reabilitação do paciente, com protocolos específicos, sinalizando passo a passo os procedimentos. Mas em relação ao paciente no processo de morrer, não destituindo as técnicas que propiciarão o seu bem-estar, como analgesia e higiene, não há uma discussão sobre como o profissional deve agir diante de determinada situação.

Segundo Bretas (2006) a dificuldade em falar sobre a morte e morrer durante a formação do estudante de enfermagem, impedindo o seu crescimento humano, pode emergir por parte dos professores, já que estes foram alunos e enfrentaram as mesmas dificuldades. Também, o professor pode se sentir inseguro ao tratar o tema morte, daí sua impessoalidade, protegendo-se a si mesmo da dor, do sofrimento e da reflexão sobre sua própria finitude. Não proporcionar oportunidade (espaço) ao aluno para refletir sobre a morte leva o professor a

investir mais na técnica e a exigir do aluno um comportamento voltado, exclusivamente para o material.

Alguns relatos evidenciam que alguns professores supervisores não vêm oferecendo apoio aos acadêmicos que experienciam a morte. Tal fato pode ser atribuído à própria negação dos sentimentos pelo professor, à prevalência de ações técnicas em detrimento de um cuidado humanizado, não só em relação aos pacientes e familiares, mas também aos acadêmicos envolvidos (BERNIERE, 2007).

No entender de Krovács (2005) é necessário que os educadores façam uma pausa para reflexão sobre o conceito de vida e morte, como ele é trabalhado em si mesmo, para posteriormente trabalhar com educandos a questão. Afinal, se os educadores não estiverem preparados para abordar estes eventos, o que e como se vai compartilhar com os educandos sobre os mesmos. Logo, é preciso meditar sobre a própria transitoriedade, finitude e fragilidade e por que se evita falar tanto deste tema. Esses questionamentos são merecedores de resposta e abrange todos ou, pelo menos, para a grande maioria dos sujeitos. Diz ainda que é na religião que o indivíduo encontra respostas para as suas incertezas sobre por que vive, por que morre e o que acontece depois da morte. Diante da probabilidade da existência de uma vida pós-morte, o ser humano encontra conforto e certeza da continuidade da mente e do espírito. Pessoas com alto grau de envolvimento religioso, independente da crença, podem apresentar menos medo de morrer, porque a fé ajudaria a superar a ansiedade em relação à idéia de finitude. A religião parece funcionar como um ansiolítico diante da morte e do morrer. Torna a morte um fato, de certa maneira mais aceitável.

Já no contexto da formação do enfermeiro, Martins (1999) enfatiza a importância de uma reformulação dos currículos de enfermagem “visando inserir um treinamento nas áreas de dor, de perda e de morte”, para conduzir os profissionais a uma mudança nas atitudes com os pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

É importante destacar o que refere Krovács (2005) ao dizer que as universidades com cursos formadores na área da saúde deveriam ensinar a compaixão, a sensibilidade e a amorosidade como capacidade dos profissionais de saúde, para lidar melhor com a morte. Enfatiza, também, a inexistência, nos cursos de graduação e pós-graduação, de disciplinas voltadas para uma formação mais humanista, que envolva o processo de cuidar e a formação completa do cuidador, principalmente em relação a um fenômeno tão crucial como a morte. A criação de cursos e a viabilização de fóruns de discussão sobre o assunto facilitam a reflexão dos profissionais.

Não somente os professores, mas também os pais deveriam buscar falar às crianças que a existência humana é finita, oportunizando discutir, com clareza, questões filosóficas em casa e em sala de aula, favorecendo a construção de conceitos de vida e de morte. Logo, poucos são os pais que educam os filhos para lidar com as perdas, principalmente àquelas referentes à morte, e são poucas as escolas que se dispõem a discutir essa temática (KROVÁCS, 2005).

De acordo com Kübler-ross (1985), permitir que as crianças participem de conversas que envolvam essa temática “é uma preparação gradual, um incentivo para que encarem a morte como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e a amadurecer”.

Em relação à escassez de material didático-pedagógico, Krovács (2005) afirma que há uma vasta literatura infantil que aborda o tema, inclusive no Brasil, que traz, na forma de histórias, os principais medos das crianças. O livro didático tem sido o principal quando não o único instrumento que os professores e seus alunos dispõem para o desenvolvimento das atividades de ensino e da atividade formal das disciplinas.

Para Martins (1999), o livro didático não é capaz de assegurar sozinho um bom curso ou uma abordagem estimulante dos conteúdos, tampouco da vida e morte, muito menos garantir a aprendizagem dos conteúdos e conceitos históricos do tema, então, passa a ser de competência do educador buscar mais informações, facilitando o seu trabalho e oferecendo diferentes atividades pedagógicas.

A educação não pode deixar de refletir sobre os fenômenos naturais e sociais ocorridos dentro e no entorno da escola, como também na esfera mais ampla da sociedade. Nem o professor pode continuar evitando abordar a morte no seu cotidiano escolar, como se ela não existisse ou estivesse fora de sua realidade. É interessante que ele busque conhecimentos voltados a uma educação para a morte, a fim de desconstruir esse tema enquanto tabu na sala de aula, em todos os níveis de educação, a fim de construí-lo enquanto objeto de sua prática docente (MELO, 2007).

4 METODOLOGIA

“A pesquisa em enfermagem amplia a base de informações não somente para aquele enfermeiro que faz a indagação, mas também para todos os demais que buscam respostas para o mesmo problema” POLIT e HUNGLER (1995, p. 121).

4.1 Tipo de estudo

O estudo se caracteriza como descritivo-exploratório com delineamento de pesquisa bibliográfica, utilizando uma abordagem qualitativa.

Ao delinear a pesquisa bibliográfica foram utilizadas no trabalho as seguintes etapas segundo Gil 2002: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório do assunto, busca de fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto.

4.2 Fontes de dados

As fontes de dados utilizadas serão periódicos, livros, bases de dados (SciELO, BEDENF, Medline, Lilacs), teses e dissertações referentes à temática em estudo.

O período de publicação dos artigos, teses e dissertações foram entre 1997 e 2007, também foram contempladas bibliografias dos últimos 35 anos inerentes à temática. Os descritores desse estudo são enfermeiro em UTI, morte, morte em UTI, cuidado de enfermagem em UTI, morte e enfermagem, finitude na enfermagem.

4.3 Coleta dos dados

O primeiro passo para a seleção dos textos é a escolha do tema. Não basta apenas, no entanto, o interesse pelo assunto. É necessário também dispor de bons conhecimentos na área de estudo para que as etapas posteriores possam ser adequadamente desenvolvidas.

Para a localização da literatura foram utilizados os seguintes descritores: Atitude frente à morte, Cuidado Terminal, Enfermagem, Enfermeiro e as seguintes palavras chave: Enfrentamento da morte, Unidade de terapia intensiva, Morte.

O levantamento bibliográfico preliminar possibilitou que a área de estudo seja delimitada e que o problema possa finalmente ser definido.

A leitura que se faz na pesquisa bibliográfica deve servir aos seguintes objetivos: identificar as informações e os dados constantes do material impresso, estabelecer relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto, analisar a consistência das informações e dados apresentados pelos autores.

As organizações das obras e foram feitas a partir da confecção de fichas de leitura, para facilitar o manuseio e consulta do material, contemplando título, autor, idéias principais (GIL, 2002).

4.4 Análise de dados

Os dados foram organizados e categorizados para análise seguindo o modelo Lüdke e André (1986).

O primeiro passo da análise é a construção de um conjunto de categorias descritivas. Para a formulação destas é preciso ler e reler o material até chegar a uma espécie de impregnação do seu conteúdo. Estas leituras devem possibilitar a diferenciação do material em seus elementos componentes. É importante lembrar que nesta etapa deve ser considerado tanto o conteúdo manifesto quanto o conteúdo latente do material. A categorização por si só não esgota a análise, é preciso que o pesquisador ultrapasse a mera descrição e faça um esforço de abstração, estabelecendo conexões e relações que possibilitem a proposição de novas

explicações e interpretações. É preciso acrescentar algo ao já conhecido (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

4.5 Aspectos éticos

Os autores citaram todas as referências consultadas conforme normas da ABNT.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

No início desse estudo, tinha-se a idéia de que os enfermeiros utilizavam mais freqüentemente mecanismos de defesa para o enfrentamento da morte em seus pacientes. Após a leitura dos dados coletados, embora não se tenha esgotado a literatura existente, percebeu-se que a impressão inicial foi o resultado mais forte que se encontrou.

Do material pesquisado foram identificadas três categorias: *“os que não enfrentam a morte”*, *“os que enfrentam a morte, porém não estão preparados”* e *“os que enfrentam a morte e estão preparados”*.

Analisando a primeira categoria, *“os que não enfrentam a morte”*, pôde-se perceber que o homem, segundo Palú (2004), tem consciência da própria finitude e mesmo constituindo-se um fenômeno da vida, falar sobre ela é normalmente considerado um ato mórbido, uma tentativa de mau gosto. Tudo isso sempre despertou grande temor no ser humano e esse sentimento se expressa na dificuldade dele em lidar com a finitude.

Tendo em vista que o outro é o referencial externo e que é através da relação com o outro que pode ocorrer uma identificação, isso pode tornar difícil uma aproximação do profissional junto ao paciente na iminência de morte, pois poderia acarretar uma possível correlação com a sua própria morte (do profissional), para a qual ainda pode não estar preparado.

Se por um lado a enfermagem tem através da prestação de seus cuidados a finalidade de contemplar os indivíduos com uma assistência integral e contínua, por outro a literatura de Ribeiro (1998) aponta que essa classe de profissionais ainda apresenta dificuldades em situações que envolvam a finitude.

Sabe-se que o ambiente da UTI não é calmo, há o corre-corre do pessoal, equipamentos barulhentos, luzes, emergências, enfim, muitos fatores que acarretariam estresse aos enfermeiros. Estes fatores associados a outros que o enfermeiro traz consigo, podem abalá-lo emocionalmente, prejudicando sua atuação e conseqüentemente à assistência por ele prestada (PALÚ, 2004).

Durante o exercício da profissão, utilizando a ferramenta do cuidado, o enfermeiro encara inúmero sentimentos relacionados com o processo de morte e morrer, fica frente a frente com algo que não pode domar, quando a morte se torna presente emergem sentimentos de impotência, culpa, tristeza e medo. Nesse processo de cuidar tem que assistir o morrer dos

pacientes, como se leu em Ribeiro (1998), que acarreta frustração e provoca uma sensação de tristeza, lamentando a perda daquele alguém com quem se acostumara conviver.

Durante a assistência ao paciente em processo de morrer, o enfermeiro sofre muito, pois se sente impotente e inconformado com a presença da morte, e também despreparado, emocional e psicologicamente. O somatório desses sentimentos com a falta de preparo pode fazer com que o profissional não enfrente a morte do paciente que está cuidando.

A forma pela qual cada profissional exterioriza esses sentimentos e reações está diretamente ligada a sua religiosidade, estrutura escolar, desde a infância conversa com a família sobre o tema morte, reflexões e acompanhamento de outros profissionais.

Aqui, se lembra o conceito de enfermagem de Virginia Henderson (1988) que definiu a enfermagem, alegando ser o enfermeiro um profissional que atende o indivíduo para recuperação ou cura, porém, escreve ela, se o indivíduo vai morrer cabe ao enfermeiro dar-lhe uma morte tranqüila. Então, podem-se depreender as dificuldades do enfermeiro em enfrentar a morte uma vez que na sua colação de grau jurou que trabalharia para promoção, proteção e recuperação da saúde de seus pacientes.

No entender de Boemer (1985), 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 sua gratificação. Assim, quando em seu cotidiano de trabalho necessitam lidar com a morte, sentem-se, em geral, despreparados, e tendem a se afastar dela, não a enfrentando.

Para Fernandes (2006), no momento em que se trabalham as mortes do dia-a-dia entra-se em contato com os fantasmas, os próprios medos e, quando assim se procede, torna-se possível alcançar uma melhor qualidade de vida. Elaborar os medos significa conviver com o desconhecido e, como a morte é o próprio significado do desconhecimento há que se trabalha-la continuamente.

Pessini (1996) ratifica que não existe nada em termos curriculares que prepare o aluno para lidar com pacientes terminais. No entender de Krovács (2005) é necessário que os educadores façam uma pausa para reflexão sobre o conceito de vida e morte, como ele é trabalhado em si mesmo, para posteriormente trabalhar com educandos a questão. Afinal, se os educadores não estiverem preparados para abordar estes eventos, o que e como se vai compartilhar com os educandos sobre os mesmos. Na prática profissional há mais de três décadas, percebe-se que muitos professores sentem-se impotentes para tratar as temáticas religiosidade, sexualidade e finitude, fato que não surpreende se considerarmos que estes são

como qualquer ser humano que em maior ou menor grau temem discutir ou atender pacientes abordando estes assuntos.

As escolas de enfermagem devem preparar os profissionais para que, além de serem tecnicamente competentes, sejam capazes de lidar com seus próprios sentimentos e usá-los de modo deliberado e humanizado. É necessário que os enfermeiros demonstrem não somente aprimoramento técnico científico, como também, atitude humana, habilidade e sensibilidade ao atuar em situações de sobrecarga emocional, como o enfrentamento da morte.

O educador só será capaz de transmitir segurança aos seus alunos se estiver seguro em relação à sua própria finitude. Se este entendimento não ocorrer, esse profissional corre o risco de estar constantemente angustiado, sofrendo com a morte do doente.

Analisando a segunda categoria, “*os que enfrentam a morte, porém não estão preparados*”, foi possível evidenciar que a participação dos enfermeiros, no morrer dos pacientes, os afeta, diretamente; ao exemplo do que ocorre com o restante da equipe de saúde, esta vivência desperta os mais diversos sentimentos. A sensação de impotência surge como decorrência da educação mecanicista recebida. A tentativa frustrada de manutenção da vida, através da utilização de recursos tecnológicos, acaba provocando estresse, em razão da responsabilidade assumida perante a sociedade e ele mesmo, através de sua formação e crenças.

Britto (2004) relata que há um grande envolvimento emocional dos trabalhadores de enfermagem de UTIs com os pacientes que cuidam, marcados por um desgaste psíquico, principalmente quando inexistente a possibilidade de cura.

O medo da morte, que acompanha o existir humano desde o seu alvorecer, sendo o ser o único ser vivo que sabe que vai morrer, o que o leva a antecipar esse medo, fazendo-o companheiro de toda a vida. Ao discutir essa questão, Bellato (2005) diz que para diminuir essa “angústia-mortal” o homem, ao longo dos tempos, tem “negociado” com a morte, como maneira de enfrentamento desse medo. Sabe-se que a barganha é uma das etapas do enfrentamento, ou para o não enfrentamento de crises, no caso, a finitude do ser como tão bem descreveu Kübler-Ross (1985).

Bellato (2005) descreve que para suportar o sofrimento, os profissionais de enfermagem que prestam assistência direta ao paciente utilizam estratégias defensivas, como a fragmentação da relação cuidador-paciente, despersonalização e negação da valorização do

indivíduo, além de distanciamento e negação de seus próprios sentimentos quando assistem ao paciente, diretamente.

Ribeiro (1998) reforça a tese relatando que se trata de um cotidiano árduo e é preciso ter muita sensibilidade e vários mecanismos de defesa, como estuda a psicologia, para suportá-lo, e muitas vezes, podem ser considerados erroneamente “atos de frieza”.

Usam-se mecanismos, como de fazer as tarefas de maneira rápida, para acabar rápido e assim o distanciamento ocorre. Usam-se também recursos como o de fazer brincadeiras durante os cuidados que suscitam sentimentos desagradáveis e angustiantes. Trata-se segundo Gonçalves (2001), do desenvolvimento de uma couraça necessária à proteção contra sentimentos indesejáveis acerca da morte. Entretanto, tal mecanismo de defesa contra o sofrimento no cotidiano hospitalar demonstra, segundo depoimentos, uma proteção frágil e instável, deslocando-se de um estado de controle de sentimentos a um estado de angústia, medo e outros sentimentos negativos.

Para Fernandes (2006), os próprios profissionais reconhecem que utilizam, em determinados momentos, mecanismos de defesa, mesmo quando traduzidos em forma de frieza, piadas, que com o passar do tempo de profissão vão se sedimentando, revelando uma aparente insensibilidade dos profissionais para suportarem melhor seu cotidiano.

A convivência com a dor e a aflição que acompanham o processo de morrer, é capaz de modificar a prática do cuidado, na qual o cuidador se torna compassivo perante o sofrimento, mas busca a melhor maneira de ajudar o paciente na hora da sua morte. Portanto, o sentimento de indiferença passa a ser utilizado também como um mecanismo de defesa e proteção contra o processo de finitude, que passa a ser considerado como banal.

Procurar entender seus próprios mecanismos de defesa e os mecanismos defensivos do paciente se torna de grande importância para o enfermeiro, de maneira que possa compreender os sentimentos envolvidos e atender as necessidades daquele que vivencia o seu processo de morte e de morrer, proporcionando-lhe um conforto digno.

Certamente, estes enfermeiros que enfrentam a situação de perda do paciente sem estarem preparados deve ser muito mais traumático do que para aquele que não enfrentam, embora, nos dois casos os enfermeiros enfrentam dramas de consciência devido dilemas éticos envolvidos na situação de não estarem preparados para desempenhar seu papel de forma a atender as necessidades básicas até o momento de proporcionar-lhes uma morte tranqüila como preconizou Henderson (1988).

Na terceira categoria “*os que enfrentam a morte e estão preparados*” pode-se ressaltar que o enfermeiro é gente que cuida de gente, como tão bem colocava a professora Wanda Horta em seus inúmeros registros dedicados à prática da enfermagem, e, como todo ser humano tem suas tristezas, receios, dentre outros sentimentos. A autora afirma, ainda, que alguns trabalhadores, ao enfrentarem a morte de seus pacientes, demonstraram sentimentos de perda como se fossem membros da família (BRITTO, 2004).

Das vivências em estágios ouviu-se o relato de enfermeiro sobre sua experiência com pacientes terminais e, com relação sentimento de perda disse que de fato isto pode ocorrer quando os pacientes permanecem hospitalizados por longo período e a equipe acaba se envolvendo com o ser que está sob seus cuidados. Para estes pacientes de longa permanência e que tiveram boa interação com a equipe, ao se defrontarem com a terminalidade deste ser, é muito comum a equipe não estar emocionalmente preparada para atendê-lo na derradeira hora da morte e, depois permanece o sentimento de perda. Após tantos anos de convivência com a morte e perda freqüente de pacientes, pois a opção de trabalho era para atendimento de pessoas com problemas crônico-degenerativos, ainda hoje ocorre a lembrança de alguns pacientes que marcaram a vida profissional pelo tempo que permaneceram e integração com a equipe, que não raras vezes fazia o papel de familiar, na falta destes.

O enfrentamento, segundo Trentini (2005), consiste em habilidades comportamentais e cognitivas para controlar demandas internas e externas, quando avaliadas pelo sujeito como excedendo os recursos disponíveis. O enfrentamento tem duas principais funções: a de gerenciamento ou alteração do evento estressor; neste caso, o enfrentamento está focalizado no problema e o controle, redução ou eliminação das respostas emocionais ao evento estressor; esse enfrentamento será focalizado na emoção, sendo paliativo, o sujeito procura aliviar o estresse, ou seja, sentir-se melhor diante de um evento que não pode ser removido.

Os enfermeiros que enfrentam a morte de seus pacientes e que estão preparados para atuar nessa situação buscaram e continuam buscando um conjunto de alternativas, que em um somatório final, os deixam aptos para presenciar e participar da fase em questão.

Identificam-se então situações como a busca por momentos de reflexão após o enfrentamento, desenvolvimento de princípios religiosos, não fugir do tema “morte” quando posto em discussão, dialogar sempre que necessário com a família sobre o assunto, manter acompanhamento psicológico.

Além disso, Kovács (2003) defende que a morte é um tema que deve ser abordado na escola, porque é na instituição escolar que a criança passa uma grande parte de sua vida.

Kübler-Ross (1998) defende essa mesma idéia, relatando que seria uma preparação gradual, um incentivo para que encarem a morte como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e a amadurecer. Para Spíndola (1994), o fato de os enfermeiros lidarem constantemente com situações estressantes e a “perda” de pacientes proporciona a eles oportunidades de refletir sobre a vida, e aguçar a capacidade de observação. Essas reflexões acontecem rotineiramente a cerca do processo de identificação e permitem construir imagens simbólicas dos indivíduos saudáveis que assistem e participam da morte do outro.

Além dessas reflexões, que são extremamente importantes, percebe-se que os princípios religiosos norteiam de alguma forma a atitude de alguns enfermeiros que os desenvolvem, tornando-se um instrumento de “proteção” e explicação perante os acontecimentos difíceis, principalmente em situações profissionais relacionados à finitude.

Kovács (2005) diz ainda que é na religião que o indivíduo encontra respostas para as suas incertezas sobre por que vive, por que morre e o que acontece depois da morte. Diante da probabilidade da existência de uma vida pós-morte, o ser humano encontra conforto e certeza da continuidade da mente e do espírito. Pessoas com alto grau de envolvimento religioso, independente da crença, podem apresentar menos medo de morrer, porque a fé ajudaria a superar a ansiedade em relação à idéia de finitude. A religião parece funcionar como um ansiolítico diante da morte e do morrer. Torna a morte um fato, de certa maneira mais aceitável.

A fé em Deus é um sentimento forte na cultura ocidental e é tão necessária quanto são outros modos de enfrentamento; a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas e mostra também que é imprescindível conhecer a espiritualidade dos usuários ao planejar o cuidado de enfermagem.

Estudos revelam que pacientes com alto grau de espiritualidade, que acreditam existir algo além da vida, enfrentam a morte de forma mais serena.

Participar do processo é não fugir de nenhuma situação; é não arrumar desculpas para não estar presente, quando acontecem situações consideradas desagradáveis; é permitir o choro que brota lá de dentro, especialmente quando o paciente estiver chorando, e até chorar junto com ele, é estar presente, de corpo e alma, e não somente de corpo e máscara, é não ter medo de expressar as angústias e as tristezas.

Na verdade, devem-se procurar subsídios para abordar a morte, não para vencê-la, mas para descobrir caminhos no sentido de compreendê-la e aceitá-la.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados descritos nesse estudo respondem as questões propostas. A pesquisa bibliográfica realizada objetivou compreender como os enfermeiros enfrentam a morte do ser que está cuidando em unidade de terapia intensiva.

Do material pesquisado foram identificadas três categorias: os que não enfrentam a morte, os que enfrentam a morte, porém não estão preparados e os que enfrentam a morte e estão preparados.

No início desse estudo, tinha-se a idéia de que os enfermeiros utilizavam mais freqüentemente mecanismos de defesa para o enfrentamento da morte de seus pacientes. Ao final do estudo, embora não tendo esgotado a literatura existente, percebeu-se que a impressão inicial foi o resultado mais forte que encontramos.

Dentre as inúmeras emoções vividas pelos enfermeiros no momento em que a morte se aproxima e se instala, foi possível evidenciar sentimentos como a impotência, a culpa, o medo, a insegurança, a ansiedade, a angústia e o sofrimento. Esses sentimentos o levam a uma reflexão e a uma busca constante de equilíbrio e bem estar. As lições aprendidas com a dor e o sofrimento fazem o cuidador repensar sua vida, podendo este se tornar tolerante ao estresse e capacitado para enfrentar a morte e o morrer em seu cotidiano.

No que se refere às sugestões de como enfrentar emocionalmente tal situação, a religiosidade surge como opção, na medida em que respeitando a crença do paciente, o enfermeiro poderá encontrar conforto para si próprio.

Não menos importante aparece a possibilidade do suporte emocional e psicológico, proporcionado pela instituição de trabalho, que seria prestado por um profissional específico desta área, o que, infelizmente, na maioria das vezes não ocorre.

Já na graduação, aprende-se geralmente a lutar contra a morte e não a favor da vida. Existe uma distância muito grande em relação ao que se faz e ao que se ensina e há diferença entre o que se aprende na universidade e o que se coloca em prática, desde o princípio da atuação profissional. Pensa-se que a matéria sobre tanatologia deveria estar mais presente na formação acadêmica do enfermeiro e profissionais de saúde em geral, uma vez que a morte é inerente a todo o ser vivo.

O presente estudo oportunizou uma reflexão sobre o enfrentamento da morte pelo enfermeiro em UTI, das suas dificuldades, frustrações e preparo para atuar diante da finitude.

Ao final deste trabalho, sugere-se a criação, nas unidades hospitalares, de espaços que favoreçam a formação de grupos terapêuticos, formado por profissionais da saúde, efetivamente com a participação dos enfermeiros, permitindo assim, que esses profissionais consigam expressar e trabalhar todas as suas angústias.

Para finalizar, pode-se dizer que não existem fórmulas que possibilitem o enfrentamento da morte, porém pode ser facilitada, desde que seja tratada como uma decorrência da vida.

REFERÊNCIAS

- ARIES, P. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982, 157p.
- BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev. Latino-Am. Enf.** Ribeirão Preto, 2005 vol. 13, no.1. Jan./Fev, 6p.
- BERNIERE, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto & Contexto Enfermagem**, 2007, vol.16, n. 001. Jan./Mar.
- BOEMER, M. R. **A morte e o morrer**. São Paulo: Cortez, 1985, 135p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS-TABNET: Mortalidade hospitalar no Rio Grande do Sul**. Brasília, DF. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtRS.def> Acesso em 18/07/2007.
- BRETAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo de; YAMAGUTI, Lie. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, 2006, v. 40, n. 4.
- BRITTO S.; PIMENTA M.A.C. Stress, *coping* (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva e problemas reais. **Revista eletrônica semestral de enfermagem**. 2004; 4: 1-14.
- DASTUR F. **A morte: ensaio sobre a finitude**. Rio de Janeiro: Difel, 2002, 126p.
- ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro : J. Azar, 2001, 107p.
- FERNANDES, N. et al. A morte em Unidade de Terapia Intensiva: percepções do enfermeiro. **Rev. Rene**, abr. 2006, vol.7, no.1, p.43-51. ISSN 1517-3852.

FREUD, S. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1974, vol. XIV, p.327-339.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002, 175p.

GOLDIN, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde.** Porto Alegre: Decasa, 2000, 179p.

GONÇALVES, L HT; SCHNEIDER, P. Enfermagem e o idoso hospitalizado em condição terminal. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.14, n.1, 2001.

GUTIERREZ, B.A.O. **O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva.** São Paulo; s.n; 2003. 228p. ilus, trab, graf.

HERDERSON, V. **Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem.** 2. ed. Brasília: Cortez, 1988. 69 p.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação.** São Paulo: Casa do psicólogo: Fapesp, 2005, 175p.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1985, 290p.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986. 175 p.

MARTINS, E. L.; ALVES, R. dos N.; GODOY, S.^a F. de. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. **Rev. Bras. de Enf. Brasília**, v.52, n.1,p. 105-117, jan./mar. 1999.

MELO, M. S. N. A prática docente e a educação para a morte. **Apresentado no III encontro de tanatologia do ceará.** Fortaleza, julho, 2007.

MONTENEGRO, M. R.; FRANCO, M. **Patologia: processos gerais.** 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2004, 320p.

MOREIRA, A.C.; LISBOA, M. T. L. A morte – entre o público e o privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 Jul/set; 14(3):447-54. p.447.

PALÚ, L A. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**; 9(1):33-41, jan.-jun. 2004.

PESSINI, L. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo: Loyola, 1999, 566p.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 391p.

PRADO, M.L. Uma narrativa sem epílogo? Refletindo a cerca do sentido da morte violenta a partir do pensamento de Pasolini. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. v.4, n.2, p. 30-37, jul - dez, 1995.

RIBEIRO, M. C. et al. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo “pós morte”. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.32, n.2, p.117-23, ago. 1998.

RODRIGUES, A.B. **Emoções e representações emergentes da experiência do olhar sobre a morte** [Tese]. São Paulo: Escola de enfermagem da USP; 2001, 93p.

SPÍNDOLA T, Macedo MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Rev. Bras. Enferm.** 47 (2): 108-17, 1994.

TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2005, vol.13, n. 1, ISSN 0104-1169.

WATSON J. **Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem**. Rio de Janeiro: Lusociência; 2002,182p.