

FACULDADE ATENAS

NAIANA GUIMARÃES LIMA

**PERCEPÇÃO DO PROCESSO DE MORTE PELO
PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

Paracatu
2018

NAIANA GUIMARÃES LIMA

PERCEPÇÃO DO PROCESSO DE MORTE PELO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Atenas, como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II).

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Msc. Renato Philipe de Sousa.

Paracatu
2018

L732p Lima, Naiana Guimarães.

Percepções do processo de morte pelo profissional de enfermagem. / Naiana Guimarães Lima. – Paracatu: [s.n.], 2018.

31 f.

Orientador: Prof. Msc. Renato Philipe de Sousa.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) UniAtenas.

PERCEPÇÃO DO PROCESSO DE MORTE PELO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Atenas, como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II).

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Msc. Renato Philipe de Sousa.

Banca Examinadora:

Paracatu-MG, 06 de julho de 2018.

Prof. Msc. Renato Philipe de Sousa
Faculdade Atenas

Prof. Thiago Alvares
Faculdade Atenas

Prof^a. Msc. Nayara Figueiredo Vieira
Faculdade Atenas

A minha família, por todo apoio no decorrer deste curso.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Soberano em minha vida, que me honrou e sustentou sempre.

A minha mãe, irmãs e filho, pelas horas de companhia e ajuda sempre.

A minha avó, exemplo de amor; tios e tias que sempre torceram por mim.

À colega de sala, Monik, companheira e amiga desde o primeiro ano de vida acadêmica.

Aos professores da Faculdade Atenas, pela dedicação e compreensão.

Ao orientador, professor Msc. Renato Philipe de Sousa, pessoa especial, pela ajuda, longas conversas e pela paciência.

A todos que, de alguma forma, contribuíram ao longo desses anos.

Obrigada!

Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro... Isso se faz por e com amor!

RESUMO

Esta pesquisa trata das percepções do enfermeiro frente ao processo morte/morrer. Por meio de pesquisa bibliográfica buscou comentar a enfermagem diante da perda e do pesar, do ponto de vista próprio e da família do paciente, comentando os diagnósticos de enfermagem diante desses sentimentos. Também apresentou concepções acerca das emoções despertadas no enfermeiro diante da morte do paciente, com quem, em casos mais prolongados, constrói relações afetivas. Por fim, um ponto essencial este estudo, trata da necessidade de oferecer cuidados ao enfermeiro, profissional que, cotidianamente, vive situações estressantes em um ambiente que se mostra, frequentemente, opressor. Ao final da pesquisa concluiu-se que sentimentos e emoções do enfermeiro frente ao processo morte/morrer refletem, além da perda, uma sensação de fracasso e impotência que podem variar no decorrer da carreira; alguns se acostumam, outros continuam se mostrando tão sensíveis quanto nos primeiros anos da profissão. Tais ocorrências afetam o enfermeiro à medida em que presenciam o sofrimento do paciente e da família, além de trazer à tona a certeza da temporalidade de sua própria vida.

Palavras-chave: morte; enfermagem; relações enfermeiro-paciente.

ABSTRACT

This research deals with the perceptions of the nurse facing the death process/die. By means of a bibliographic research sought to comment on the nursing staff in the face of loss and grief, from the point of view of himself and of the patient's family, commenting on the nursing diagnoses in the face of these feelings. Also presented conceptions about the emotions awakened in the nurse before the death of the patient, with whom, in cases of more prolonged, builds affective relationships. Finally, an essential point this study addresses the need to provide care to the nurse, professional who, on a daily basis, live stressful situations in an environment which is often cruel. At the end of the research concluded that feelings and emotions of the nurse facing the death process/die reflect, in addition to the loss, a feeling of failure and powerlessness that may vary in the course of his career; some become accustomed, others are still showing as sensitive as in the first years of the profession. Such occurrences can affect the nurse as we witness the suffering of patients and their families, as well as to bring out the certainty of the temporality of his own life.

Keywords: *death; nursing; nurse-patient relations.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 PROBLEMA	10
1.2 HIPÓTESES	10
1.3 OBJETIVOS	10
1.3.1 OBJETIVO GERAL	10
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.4 JUSTIFICATIVA	11
1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO	11
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	12
2 A ENFERMAGEM DIANTE DA PERDA E DO PESAR	14
2.1 PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM DIANTE DA PERDA E DO PESAR	15
3 SENTIMENTOS E EMOÇÕES DIANTE DA MORTE DO PACIENTE	19
4 O ENFERMEIRO COMO UM CUIDADOR QUE PRECISA DE CUIDADOS	24
5 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

Atkinson e Murray (2013) entendem que a morte, do ponto de vista clínico, ocorre quando os órgãos vitais do organismo deixam de cumprir suas funções necessárias à oxigenação, nutrição, hidratação, manutenção da temperatura corporal, e excreção. As células do organismo vão perdendo gradualmente sua capacidade de funcionamento e morrendo. Quando determinado número de células de um tecido ou órgão morre, este órgão ou tecido deixa de funcionar. Se for um órgão ou tecido essencial para a sobrevivência, este indivíduo morrerá caso esta função não seja restabelecida.

Segundo Ferreira (2012) essa incapacidade de reestabelecer a função interrompida pode influenciar de maneiras distintas nos profissionais que estão prestando atendimento direto ao paciente e percebe-se ser comum a conduta do profissional rumo à mecanização de suas ações diárias como forma de reduzir ou proteger-se do sofrimento. Entretanto, mesmo que o enfermeiro use essa postura como autoproteção, esta atitude acarreta negatividade para cuidados no atendimento emergencial, pois é imprescindível a humanização do atendimento.

Além disso, acrescenta Ferreira (2012), a necessidade de se afastar emocionalmente das ocorrências cotidianas é um indício de que a morte afeta com o enfermeiro de forma negativa, mesmo em situações onde não há tempo para criação de vínculos afetivos mais fortes.

Para Ariés (1989) a morte é a fase final da vida, a direção certa para toda criatura viva, desde o momento da concepção. O indivíduo pode morrer fora de seu ambiente familiar, mas nenhuma pessoa deve morrer sozinha, a não ser por escolha pessoal.

Castro (2000) aponta que grande parte dos indivíduos não está acostumada à morte. O desconhecimento dos aspectos relacionados a esta fase da vida pode fazer com que a assistência a pacientes em fase terminal seja uma experiência assustadora para muitos acadêmicos ou profissionais em início de carreira na enfermagem.

Assim, discorrem Atkinson e Murray (2013), ao longo do tempo, o enfermeiro vai elaborando concepções pessoais que o ajudem a enfrentar a morte de um paciente sob seus cuidados e as implicações que essa perda tem para o ambiente onde esta ocorre. Mesmo em ambientes de atendimento por tempo reduzido, como

no pronto socorro, existe um abalo causado pela perda das funções vitais de alguém por quem o enfermeiro não pode fazer o suficiente.

Alguns autores, tais como Costa (2005), Haas (2000) e Cassorla (1998) defendem que, ao longo do tempo, o enfermeiro começa a criar um escudo protetivo diante da morte, passando a encará-la como um fato corriqueiro e inevitável. Na contramão dessa ideia, outros autores, como Casarin (2009) e Haddad (2006) afirmam que, com o passar dos anos as pessoas tornam-se mais emotivas e passam a sofrer as perdas com sentimento de impotência e incapacidade (FERREIRA, 2012).

1.1 PROBLEMA

As percepções do enfermeiro diante do óbito de pacientes variam no decorrer da carreira profissional?

1.2 HIPÓTESES

Silva e Ruiz (2003) preconizam, segundo Ferreira (2012), que, para o enfermeiro, a morte pode ser compreendida como uma falha de sua prática profissional, pois esta tem como objetivo salvar vidas. Além disso, a de morte do outro produz neste profissional algumas reflexões acerca da própria vida, fazendo com que o aspecto de algo finito do paciente se reflita no cuidador.

Inicialmente, o estudo parte da seguinte hipótese: O enfermeiro sente-se impotente diante da morte de pacientes, mas acostuma-se à ocorrência no decorrer de sua carreira, levando ao surgimento de novas percepções para não afetar o aspecto emocional do profissional.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as percepções da enfermagem acerca do processo morte/morrer.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) compreender a perda e o pesar e os sentimentos diante da morte do paciente;
- b) analisar as variações de percepções do enfermeiro do processo morte/morrer com o passar do tempo;
- c) compreender como os enfermeiros também precisam de cuidados que facilitem e colaborem para a prática laboral e manutenção da saúde.

1.4 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se justifica pela necessidade de uma abordagem humanística no cuidado com a morte e as percepções por ela desencadeadas no profissional de enfermagem. Nesse contexto, a análise deste processo se faz necessária para melhor compreensão da saúde mental do profissional perante um fato cotidiano na sua jornada de trabalho e as implicações do mesmo na humanização do atendimento.

Como entende-se que, ao defrontar-se com a morte todos os seres humanos tomam consciência de sua condição de ser mortal, tal ocorrência afeta àqueles que se defrontam com ela, originando sentimentos tais como a sensação de impotência e fracasso, tristeza, angústia e outros mais que, no decorrer da vida profissional do enfermeiro, pode desencadear consequências que prejudiquem seu trabalho e sua vida social e familiar.

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

Para Bertucci (2009) os métodos utilizados em um projeto definem o tipo de pesquisa que será realizada, os procedimentos que a pesquisa utilizará em sua realização, a forma de exposição e análise das informações e também todos os dados científicos que conferem com o trabalho realizado.

Gil (2008) considera que um trabalho é considerado científico quando há a necessidade de identificação nas operações técnicas que possibilitam a veracidade do trabalho. O método é definido como o caminho a ser adquirido para chegar a um fim pré-estabelecido no final.

Nesse contexto, a metodologia aqui adotada é denominada revisão de literatura ou pesquisa bibliográfica que, segundo Gil (2008), consiste na busca sistematizada de autores que discutiram o tema.

A pesquisa bibliográfica, esclarece Gil (2008), é realizada com objetivo de levantar uma parcela do conhecimento disponível sobre as teorias existentes acerca de um tema, buscando analisar, produzir ou explicar o objeto investigado.

Apresenta-se como pesquisa exploratória, aquela aplicada de maneira que o pesquisador tenha uma maior proximidade com o universo do objeto de estudo e que oferece informações e orienta a formulação das hipóteses da pesquisa. Quanto à abordagem, é qualitativa, método de investigação científica que se foca no caráter subjetivo do objeto analisado, estudando as suas particularidades e experiências individuais (BERTUCCI, 2009).

O intervalo de publicação das referências consultados refere-se à, inicialmente, 1989, apresentando as concepções de Ariés, autor de destaque na análise dos aspectos epistemológicos e filosóficos acerca da morte, até o ano de 2013, data de publicação de pesquisa sobre a enfermagem diante da morte de paciente.

A fim de selecionar a literatura adequada utilizou-se, como descritores da pesquisa, os termos: 'morte, enfermagem, relações enfermeiro-paciente' nas bases de dados Scielo, bireme e acervo da biblioteca desta instituição de ensino.

1.6 ESTRUTURA DO ESTUDO

Esta pesquisa encontra-se assim estruturada: o capítulo 1 contém a introdução e os tópicos que a compõem; problema, objetivos, justificativa, hipótese e metodologia.

O capítulo 2 apresenta a revisão de literatura pela qual identifica-se as formas como, teoricamente, a morte/morrer influencia nas percepções dos profissionais de saúde ao longo dos anos.

O capítulo 3 traz a parte quantitativa do estudo, identificando o significado do processo morte/morrer para a equipe de Enfermagem, analisando as variações de percepções do processo morte/morrer ao longo da carreira desse profissional e discutindo as concepções do processo morte/morrer elencadas por profissionais atuantes unidade de pronto socorro onde o estudo foi realizado.

O último capítulo traz as considerações finais nas quais o acadêmico, mediante a teoria estudada e a pesquisa de campo feita, busca responder aos objetivos propostos inicialmente e responder às hipóteses levantadas previamente.

2 A ENFERMAGEM DIANTE DA PERDA E DO PESAR

Um dos maiores desafios da enfermagem, inicia Rodrigues (2003), refere-se à ajuda aos pacientes e as famílias em relação ao como lidar com a perda e o pesar. À medida que avançar na profissão de enfermagem, o profissional encontrará muitas pessoas que estão vivenciando perda. Será necessário combinar o conhecimento de enfermagem e a compreensão das pessoas para trabalhar com aquelas que sofreram uma perda e estão se lamentando. A perda e o pesar são experiências universais que cada pessoa experimenta desde o nascimento até a morte. As perdas variam em importância, desde perdas insignificantes, que provocam tristeza breve e de pouca intensidade, até perdas importantes, que geram sofrimento intenso e duradouro.

Para Stedeford (2006) algumas perdas constituem o resultado do desenvolvimento normal, enquanto outras são a consequência de eventos inesperados. Independentemente da origem da perda, o pesar consiste em uma reação normal e necessária a ela; o pesar é o preço que pagamos por nos ligarmos a pessoas, objetos e crenças. Por meio do processo de pesar, a pessoa é capaz de cortar a ligação com a pessoa ou objeto perdido e de se ligar a outras pessoas ou objetos.

O pesar normal, explicam Oguisso e Zoboli (2012), geralmente, apresenta várias consequências importantes como a transformação da realidade externa da perda em uma realidade aceita internamente, o corte da ligação emocional com a pessoa ou objeto perdido e a possibilidade de que a pessoa em sofrimento se ligue a outras pessoas ou objetos.

Segundo Rodrigues (2001) a perda é definida como a experiência de se desfazer de um objeto, pessoa, crença ou relacionamento ao qual se atribui valor; a perda requer uma reorganização de um ou mais aspectos da vida da pessoa e variam de pequenas, que precisam apenas de pequenos ajustes, a importantes, que necessitam de grandes adaptações.

Nas palavras de Furlan (2009) as perdas fazem parte do ciclo de desenvolvimento normal. No nascimento, o neonato perde o calor e a segurança do útero da mãe. Mais adiante, o lactente perde o conforto e a gratificação do seio da mãe. Quando nasce um irmão, a criança perde seu lugar como o mais jovem na família. Cada perda apresenta aspectos negativos e positivos. Por exemplo, por não

continuar a ser o mais jovem na família, a criança ganha determinados direitos e responsabilidades, porém a criança também perde a atenção única da família e os benefícios especiais ligados ao fato de ser o mais jovem.

Uma perda material, comenta Rodrigues (2003), é a perda de alguma posse ou objeto tangível; uma perda psicológica é a perda de algo que não possui forma física, mas apresenta algum significado simbólico importante. Muitas perdas apresentam componentes materiais e psicológicos. Por exemplo, a perda de um emprego resulta na perda material do rendimento, mas também resulta em inúmeras perdas psicológicas, como a perda do status, da autoestima, dos relacionamentos com os colaboradores e do significado para viver.

Uma perda esperada acontece com advertência, emenda Stedeford (2006), enquanto uma perda inesperada ocorre sem aviso. Quando uma perda é esperada, como no caso de doença terminal, os sobreviventes têm tempo para se preparar para ela; o sofrimento associado à perda pode ser diminuído. Em contraste, quando uma perda é inesperada, os indivíduos não têm tempo para se preparar, e é provável que vivenciem maior sofrimento. Quando um membro da família exibe uma doença terminal, os sobreviventes têm tempo para expressar seu amor, fazer reparações e fazer os arranjos legais e financeiros. Isso é impossível quando ocorre uma perda inesperada, como uma morte súbita por um acidente.

2.1 PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM DIANTE DA PERDA E DO PESAR

O 'pesar antecipado' e o 'pesar disfuncional' são os dois diagnósticos de enfermagem aprovados para a perda e o pesar. Inúmeras enfermeiras acreditam que outra categoria diagnóstica deve ser adicionada, denominada 'pesar normal'. A justificativa para adicionar esse diagnóstico é que o pesar normal resulta em várias consequências físicas, emocionais e sociais que podem ser melhoradas por meio das prescrições de enfermagem (PITTA, 2013).

O primeiro deles, esclarece Campos (2009), chamado pesar antecipado, compreende as respostas e comportamentos intelectuais e emocionais pelos quais os indivíduos, famílias e comunidades trabalham através do processo de modificar o autoconceito baseado na percepção da perda. Entre as características definidoras estão a perda potencial de objeto significativo, expressão de sofrimento na perda potencial, negação da perda potencial, sentimentos de culpa, raiva, arrependimento

ou sufocação, alterações nos hábitos alimentares e nos padrões de sono ou no nível de atividade, libido alterada e padrões de comunicação alterados.

O pesar disfuncional, segundo Campos (2009), é o uso estendido e desnecessário das respostas intelectuais e emocionais pelas quais os indivíduos, famílias e comunidades tentam trabalhar através do processo de modificar o autoconceito com base na percepção da perda.

De acordo com Carpenito (2000), comentado por Furlan (2007), as características definidoras ou os indícios clínicos que apontam para esse diagnóstico de enfermagem incluem a expressão verbal do sofrimento na perda, negação da perda, expressão de culpa ou expressão das questões não-resolvidas, raiva, tristeza ou choro, dificuldade em expressar a perda, alterações nos hábitos alimentares, padrões de sono, padrões de sonho, nível de atividade ou libido, idealização do objeto perdido, revivenciar as experiências pregressas, interferência com o desempenho de vida, regressão de desenvolvimento, afeto lábil, e alterações na concentração ou na realização das tarefas.

Para o autor supracitado, essas características definidoras também descrevem o pesar normal. Diferenciar o pesar normal do pesar disfuncional requer a consideração do intervalo entre o tempo de perda e o tempo de avaliação. Para ser considerado disfuncional, o pesar deve ser incomumente prolongado e turbulento.

Furlan (2007) acrescenta que diversos fatores etiológicos ou contribuintes podem afetar o desenvolvimento desse padrão alterado do pesar. Os principais fatores etiológicos incluem a perda percebida do objeto - a "perda de objeto" é utilizada no sentido mais amplo. Os objetos podem incluir pessoas, posses, um emprego, estado, casa, ideais ou partes ou processos do corpo.

Segundo Campos (2009) é comum que em diversos âmbitos da sociedade, ocorra a discussão sobre a forma como os profissionais de enfermagem têm trabalhado seus valores e crenças ao cuidarem das pessoas que estão morrendo dentro das instituições de saúde. Dentro desta questão é sempre bom lembrar e aceitar que nem sempre pode-se salvar o paciente e essa realidade gera dúvidas, medo, angústia e estresse. Seria importante que os profissionais conversassem sobre suas percepções e angústias com seus pares. Às vezes saber que alguém está morrendo produz um enorme sentimento de impotência e raiva nas pessoas envolvidas. Dessa maneira, como alguns profissionais da saúde não têm a chance de externar suas emoções, nem conversar sobre elas, acabam externando suas

emoções e sentimentos nem sempre no local e sob a forma adequada, comprometendo a própria saúde emocional. Tudo isso acontece porque vive-se numa cultura que nega e censura os chamados sentimentos negativos, como se as pessoas aparentemente boas nunca tivessem esses sentimentos. Fato este que as obriga a negar os sentimentos que são absolutamente normais e afastam de si a possibilidade de se sentirem mais leves com a sensação de alívio e serenidade.

Para Shumizu (2010) é desejável que esses profissionais se interessem pela pessoa e não somente pela doença, a fim de obterem de si mesmos, maior compreensão de como os fatos se manifestam, podendo fortalecer as relações interpessoais e de trabalho. Espera-se que reflitam sobre a maneira como estão transmitindo algo; que percebam que cada paciente é único e que cada vez mais existe uma realidade diferente. Nesse percurso os profissionais poderão se deparar com as limitações, potencialidades e verdades de si próprio, do paciente e da família. Mesmo que o profissional sinta a dor do paciente, ele sente do seu jeito, o que significa que não é a mesma dor, é apenas um sentimento compartilhado. Nesse sentido, cabe ao profissional saber separar o que é do paciente, o que é da família, o que é seu e o que é da equipe.

Para Oguisso e Zoboli (2012) alguns profissionais de saúde realizam grupos de estudo com a equipe multiprofissional, interagem e criam grupos com familiares que acompanham o paciente que se encontra fora de possibilidade terapêutica. E até chegam a informar à família que a partir de determinado momento o paciente receberá apenas cuidados paliativos, o que pode significar que não serão feitas manobras para reanimação cardiorrespiratória no ato da morte. Às vezes, a própria família dá o consentimento para que essa conduta seja respeitada.

Porém, consideram Oguisso e Zoboli (2012), isso não é suficiente, pois a família nem sempre tem suporte emocional para acompanhar essa jornada, principalmente no momento final. Nesse percurso, tanto o paciente sem possibilidades terapêuticas como seus familiares necessitam de ajuda.

Diante dessa situação, finalizam os autores citados anteriormente, o grupo também tem o compromisso de prover condições e, com a equipe que assiste diretamente o paciente, deve preparar-se para ajudá-lo a morrer, assegurando que um profissional irá permanecer sempre ao lado do mesmo no agonizar. Deve ficar, se possível, ao lado da família, cuidando, e de modo calmo poderá ir vivenciando esses

momentos – quando o paciente muitas vezes espera a morte como uma entrega total, pois quando está morrendo já não pode escolher por não fazer essa “passagem”.

Diante disso, encerra Campos (2009), o mais importante é refletir no modo como vem sendo prestada a assistência ao paciente e à família, se tem acolhido os seus sentimentos e sustentando a qualidade do cuidado. É preciso respeitar as condições físicas e emocionais do paciente, independente de suas perdas, bem como do estágio do processo de morrer em que estiverem. Em vista disso, é necessário que esses profissionais aprendam a usar a sensação e a percepção, para deixar nascer a possibilidade de agir com liberdade em cada situação presente, para compreender que o que pensam e fazem em relação ao estado do paciente terá efeitos sobre o mesmo e a família.

3 SENTIMENTOS E EMOÇÕES DIANTE DA MORTE DO PACIENTE

Elzirik *et al.* (2001) entendem que a finalidade primeira da assistência de enfermagem é o atendimento às necessidades básicas do ser humano, considerando seus aspectos biopsicológicos, sociais e espirituais, percebendo-o como um ser Integral. Dessa forma, na assistência busca também proporcionar ao indivíduo uma morte tranquila.

Entretanto, esclarecem Elzirik *et al.* (2001), nos hospitais a morte não é percebida como um acontecimento natural, colocando-se como um acontecimento que dá origem a uma grande frustração, sensação de fragilidade e de incapacidade dos profissionais que lidam diretamente com o paciente morto. Em casos onde o papel do enfermeiro exige a ajuda para o paciente morrer com dignidade, essa frustração é ainda maior.

Ao enfrentar a morte, acrescenta Ribeiro (2008), o enfermeiro vê aumentados sentimentos pessoais e profissionais negativos, sendo mais frequente os de impotência, medo de transmitir seus medos e angústias ao paciente e familiares, mal-estar e dificuldade diante do envolvimento emocional.

Torres *et al.* (1989), lembra Cândido (2009), em pesquisa realizada sobre atitudes de enfermeiros frente à morte, apuraram que o grupo de enfermeiros é o mais inquieto, adotando postura defensiva frente aos aspectos da morte e do morrer. Neste sentido, Menzies (1970 *apud* BEE, 2007, p.356) afirma que "pela própria natureza de sua profissão, a enfermeira corre um considerável risco de ser invadida por uma ansiedade imensa e incontrolável".

Dessa forma, acrescenta Bee (2007), é comum que os profissionais de enfermagem apresentem um certo nível de distanciamento emocional diante do atendimento prestado, em casos onde é verificada a eminência de morte no paciente.

Porém, Fernandes, Fujimori e Koizume (1984) e Clielda e Chfistófolli (1984), comentados por Quintana *et al.* (2010), defendem que o sentimento mais latente é o de onipotência, pois relaciona-se ao fato de que a profissão do enfermeiro busca, essencialmente, a cura do outro, na procura incessante do afastamento da possibilidade de morte, gerando uma valorização do aspecto técnico do atendimento, em detrimento do aspecto interpessoal.

Oliveira *et al.* (2010) defendem a exigência de aperfeiçoamento da equipe de enfermagem não somente em relação às questões técnicas, mas indo além,

buscando o desenvolvimento do profissional como ser humano. Sobre o assunto compreende que as escolas e instituições hospitalares deveriam se atentar mais, promovendo programas de formação permanente e práticas terapêuticas adequadas.

Quintana *et al.* (2010) defendem a importância de reformulação dos currículos dos cursos de enfermagem com objetivo de desenvolver treinamentos nas áreas de dor, da perda e da morte. Esta prática é necessária para que seja possível adotar um novo comportamento frente à morte.

Barbosa *et al.* (2011) acrescentam que a assistência emocional ao paciente não é prejudicada apenas pela falta de preparo na formação acadêmica, sendo fortemente influenciada pela sobrecarga de trabalho, tipo de paciente e relacionamento inadequado entre as equipes da instituição.

Toda pessoa questiona a morte, aponta Ribeiro (2008). Como os enfermeiros esse questionamento se sobressai cotidianamente, principalmente nos momentos em que um paciente vem a óbito. Por isso, é de suma importância que o profissional se comprometa com esse momento e desenvolva ações que possibilitem a melhor assistência, pois o cuidado perpassa a vida.

No cotidiano hospitalar, compreende Quintana *et al.* (2010), o assunto morte é inevitável, fazendo-se necessário que haja compreensão que permita um lidar humanizado, porém, consciente, através da criação de mecanismos de autodefesa que evitem o adoecimento da própria equipe cuidadora, evitando situações de estresse e possíveis distúrbios psíquicos. A presença mais forte de sentimentos, tais como, perda, angústia, fragilidade, medo, até mesmo impotência, conformação, ou percepção do dever cumprido, é dependente de cada situação em particular.

A morte é uma das únicas certezas da vida, e deveria ser natural, no sentido de sua aceitabilidade, por ocorrer a todos os seres vivos e, logicamente, por ser parte integrante do ciclo vital humano. É possível observar nesta passagem que principalmente para a Equipe de Enfermagem a morte deveria ser mais aceita, não gerando tantos transtornos diretos (QUINTANA *et al.*, 2010, p.26).

Ribeiro (2008) acredita que, na tristeza acarretada pela morte de pacientes, o sofrimento pode ser intensificado pelo tipo de vínculo estabelecido entre enfermeiros e paciente. Quando o vínculo é fortalecido, a perda é sentida de forma mais acentuada, como se o paciente fosse da própria família.

Ribeiro (2008) comenta que em estudos realizados em instituições de

saúde de São Paulo, apontam uma grande impotência dos profissionais de enfermagem, uma vez que a maioria se mostra impotente com a presença da morte, gerando uma grande sobrecarga emocional, trazendo fragilidade física e mental. Mesmo após anos de trabalho, é comum que os enfermeiros demonstrem impotência diante da ocorrência, demonstrando não terem se habituado à perda de um paciente.

Presume-se que, com o decorrer do tempo de prática e atuação na enfermagem, os sentimentos e emoções originados da morte de um paciente sejam alterados, pois, em muitos casos, o enfermeiro se adapta àquela ocorrência, criando uma capacidade de autoproteção, pois este fato é praticamente cotidiano em sua vida profissional. Nesse sentido, estudantes de enfermagem e enfermeiros em prática reagiriam de forma diferenciada diante do mesmo fato.

Estudos realizados por Lunardi Filho (2001), junto a um grupo de estudantes de Enfermagem, estagiários de um hospital do interior de São Paulo, apuraram que o enfermeiro, desde sua formação, é motivado para salvar vidas e muitas vezes, a necessidade de procedimentos técnicos acaba por atrapalhar a atenção ao paciente, antes de tudo, um ser humano em sua plenitude.

Neste estudo, aponta Lunardi Filho (2010), confirmou-se que, sob o ponto de vista dos acadêmicos/estagiários, a morte causa o sentimento de impotência ou de algum outro muito próximo a este. Entretanto, é essencial lembrar que o ato de lidar com a morte vai além de uma simples obrigação do enfermeiro, pois envolve sua condição humana. Percebeu-se também que os estudantes têm consciência de condição de finitude humana, mas, mesmo assim, o sentimento de incapacidade causa prejuízos à relação com o paciente, trazendo frustração extrema, levando-os a pensar que não realizaram as intervenções adequadas junto ao paciente, além de ficarem desconfortáveis quanto à forma maneira correta de procedimento junto aos familiares.

Na mesma oportunidade, acrescenta Lunardi Filho (2001), comprovou-se que os futuros profissionais de enfermagem não aceitam bem a morte, alguns demonstrando medo, outros, pavor. Esta conclusão pode ser estendida até mesmo a profissionais com muitos anos de prática, sendo comum nunca se sentirem devidamente preparados para discutirem o tema.

Silveira e Lunardi (2008), baseados em pesquisa realizada em hospital

público de Recife, junto a 32 enfermeiros, com tempo de atuação entre 6 e 21 anos de trabalho, concluíram que o preparo dos profissionais de enfermagem sobre a temática é algo que precisa ser muito explorado. Em qualquer situação, entendeu-se que lidar com o processo de morte e morrer é difícil para qualquer profissional porque representa uma perda. Na maioria dos casos, acompanhada da sensação de fracasso. Grande parte dos participantes apontou que torna-se mais fácil quando não há sentimentos envolvidos, como a morte de pacientes que não ficam hospitalizados por muito tempo. Outros apontam que aprenderam, com o tempo, a ter como foco os cuidados técnicos e burocráticos, evitando o contato pessoal.

Furlan (2007) considera que os profissionais de saúde se preparam, ao longo dos estudos, para cuidar e preservar a vida. Partindo dessa premissa a morte traz consigo um sentimento de impotência, fracasso ou incapacidade, mesmo sendo parte integrante do processo de viver. Tratando-se da morte de uma criança, estes sentimentos tornam-se mais acentuados, o sofrimento é maior e a morte é entendida como uma injustiça. Tal definição é melhor esclarecida a seguir:

Sendo o homem visto como um meio de produção e consumo, a morte de uma criança interrompe uma perspectiva de futuro. A morte na infância é entendida como precoce, porque se considera que a idade de morrer é a da velhice. A criança nasce e se desenvolve para chegar à idade adulta, ficar velho e morrer (FURLAN, 2007, p.37).

Nos momentos que antecedem a morte, comenta Shumizu (2010), os profissionais da saúde, presentes ou em contato com o paciente se veem diante do sofrimento do paciente, numa situação emergencial, acrescida de toda dor e às vezes, indignação e revolta dos familiares. Dessa forma, deve-se acrescentar o cuidado às famílias do paciente, na tentativa de amenizar, ao máximo, a dor causada pelo momento.

Para Oguisso e Zoboli (2012) é um momento que exige que toda a equipe, com ênfase para o enfermeiro, tenha a sensibilidade necessária para lidar com os familiares, praticando a capacidade comunicativa necessária a cada situação na tentativa de proporcionar o maior conforto físico e espiritual. A atuação do enfermeiro, principalmente quando vivencia o risco de morte do paciente, exige boa capacidade de organização, de sequenciação de ações emergenciais e delegação de funções aos

demais membros da equipe de forma que esta atue com harmonia, principalmente diante da realização de procedimentos que visam à manutenção da vida.

No atendimento emergencial, entendem Martins e Albuquerque (2007), a ocorrência de morte proporciona muitas vivências para a equipe. De modo geral, o caráter emergencial produz uma grande ansiedade nos enfermeiros, gerando tensão e angústia no ambiente de atendimento, trazendo reflexos negativos para a maneira como a equipe de emergência vê sua própria atuação. Sendo assim, é corriqueira a sensação de perda, de desânimo, depressão, sentimento de impotência, de frustração e tristeza, que podem interferir no atendimento que deve ser dado à família.

Diante da morte infantil na emergência, esclarece Fernandes (2001), a equipe precisa desenvolver mecanismos e estratégias que facilite sua atuação considerando que a morte de uma criança é entendida como algo maior que uma perda pelo fato de considera-se que aquela pessoa ainda tinha muita vida pela frente, pode ser vista até como um roubo de algo precioso do ambiente familiar.

Outro estudo realizado por Pitta (2013), com enfermeiros e suas equipes, relatam que os sentimentos mais presentes diante da morte do paciente são a sensação de vazio, impotência e angústia. Este quadro pode ser revertido na situação oposta, quando alcançam êxito em uma intervenção.

No dia a dia da enfermagem, afirma Pitta (2013), a morte é sempre presente, mas existe uma grande dificuldade dos profissionais para expressar seus sentimentos em relação ao processo de morrer, principalmente em relação à própria morte. Percebe-se a existência do medo de morrer, de sofrer e de sentir dor. Em estudo realizado numa UTI, mesmo que os participantes convivam diariamente com o processo morte/morrer, apresentam dificuldades para enfrentá-la, preferindo evitar se envolverem com o paciente e família, como estratégia de preservação da saúde psíquica.

4 O ENFERMEIRO COMO UM CUIDADOR QUE PRECISA DE CUIDADOS

Segundo Shumizu (2010) encarar a morte é uma tarefa dolorosa para os profissionais de enfermagem que trabalham em UTI porque acaba por se tornar uma ocorrência mais frequente em um ambiente que, por si só, é mais opressor. Entende-se que haja a necessidade de investir mais em estratégias estimuladoras da reflexão acerca da dimensão subjetiva dos profissionais ali atuantes de modo que ele exerça suas atividades sabendo de todas as suas atribuições e importância do papel que desempenha como cuidador.

É sabido, apontam Oguisso e Zoboli (2012), que existem muitas dificuldades por parte dos profissionais em atuação na saúde, principalmente em hospitais. Entre estes, o enfermeiro é o que mais tem contato direto com o paciente, vivenciando de maneira mais próxima as alegrias e tristezas deste e de seus familiares. Com a morte existe uma relação de angústia, sempre guardada em um temor interiorizado.

Para lidar com essa angústia, comenta Pitta (2013), os enfermeiros criam ou desenvolvem mecanismos de defesa para serem postos em ação diante da morte e do morrer e um desses mecanismos pode ser convertido em distanciamento, indiferença, impessoalidade. Entretanto, essa estratégia pode prejudicar sua atuação, pois o distanciamento é capaz de fazer com que não veja, sinta ou entenda as limitações e angústias do paciente, deixando, assim, de exercer uma parte essencial de sua prática, a humana.

Segundo Campos (2009) a capacidade de se manter mais forte diante da morte sem deixar de oferecer ao paciente o atendimento adequado é uma difícil questão para os enfermeiros e tem ligação intrínseca com sua personalidade, suas condições psicológicas e as condições oferecidas pelo ambiente e equipe de trabalho. Por isso, é adequado um ambiente mais acolhedor, onde o enfermeiro seja alvo de cuidados e de valorização. Um local onde seja parte integrante e viva, que seja ouvido e percebido como uma pessoa que sente e sofre, cada uma com uma intensidade e modos diferenciados.

Fernandes (2001) comenta que, ao observar as transformações que ocorrem no enfermeiro a partir das próprias experiências, pode-se afirmar que este profissional é um cuidador sob constante tensão cujo objeto de trabalho é uma pessoa doente, alguém atingido na integridade física, psíquica e social, vulnerável na sua autoestima.

O paciente, de modo geral, expressa sofrimento e muitas vezes exterioriza sinais ou sintomas difíceis de suportar como deformidades, vômitos, mau cheiro. É um cliente que demanda intervenções desagradáveis aos olhos de quem vê como curativos, sondagens, amputações. A enfermagem exige a lida diária com quem corre risco de vida e toda a mobilização que isso provoca no próprio doente, nos amigos e familiares que o cercam, exigindo do profissional resultados, quantas vezes superior à possibilidade humana de alcançá-los.

A pessoa doente, entende Castro (2000), representa para o profissional de saúde um desafio, muitas vezes intransponível em muitas situações, principalmente em relação à necessidade de diagnosticar o fator causador da enfermidade e tratá-la a contento. Outro ponto é o fato de que o doente traz o desejo da cura, junto a recorrentes dificuldades de investir para tal. Para uns falta os recursos financeiros, em outros não existe disposição interna necessária.

Para Campos (2009) o profissional de saúde, no seu cotidiano, vê-se compelido a suportar um conjunto de angústias, de conflitos, de obstáculos diante de cada ato, de cada pessoa com quem se defronta na prática. Seus pacientes estão sensíveis, vulneráveis, fragilizados. Querem apoio, proteção, segurança, intervenção perfeita e eficaz. Expressam tais sentimentos de formas distintas, que podem ser ruidosa ou velada e sempre estão ansiosos, inseguros, às vezes em pânico. Podem se mostrar agressivos, exigentes ou desligados, despreocupados, desleixados ante as prescrições que o profissional lhe faz. “Pedem tratamento, mas não se tratam. Precisam de segurança, mas demonstram fortaleza. Querem atenção, mas agredem”.

Pitta (2013) afirma que conviver com o sofrimento diariamente, pode propiciar ao profissional a lembrança de momentos pessoais de sofrimento. Isso pode fazer com que o enfermeiro se identifique com a pessoa que sofre, levando-o a sofrer junto com ela. Ou seja, conviver com o sofrimento. É impossível ficar insensível, por exemplo, ao atender uma criança com câncer quando se tem em casa um filho com a mesma doença. Da mesma forma é difícil suportar a proximidade com alguém que tem o rosto drasticamente deformado, que tem uma doença contagiosa, que vomita diante de todos ou comporta-se de modo inconveniente; da mesma forma é difícil ter que amputar uma perna ou fazer um curativo em quem tem o corpo quase totalmente queimado, consolar alguém que definha com câncer ou que acabou de perder um ente querido.

O profissional de saúde é chamado a intervir em situações de risco de vida. A angústia, nessas circunstâncias, é extrema. Desde o doente, que sente a morte iminente, como todos os que o amam e não querem perde-lo. Talvez aqui resida o auge da exigência feita a um ser humano: transformar-se em deus; num ser onipotente, salvador. O resultado todos conhecemos: a frustração; a impotência; a sensação de fracasso diante do inexorável que é a morte (PITTA, 2013, p.21).

Campos (2009) entende que depois de tantos esforços, de tanto empenho, inúmeras vezes o enfermeiro passa pela desagradável situação ocasionada pela incompreensão ou revolta de familiares e amigos que viram morto um ente querido. A exigência da perfeição e da onipotência permanece no dia a dia dos profissionais de saúde ao lidarem com doentes. Doenças obscuras, de difícil diagnóstico ou de difícil tratamento põem o profissional constantemente diante do sentimento de ignorância, incerteza, impotência e incompetência fazendo com que estes trabalhadores precisem de cuidados constantes.

5 CONCLUSÃO

Esta pesquisa pretendeu comentar as percepções do enfermeiro frente ao processo morte/morrer.

Inicialmente, tinha-se como hipótese que o enfermeiro tem sentimentos de impotência diante da morte de pacientes, mas pode acostumar-se à tal ocorrência no decorrer de sua carreira, começando a construir novas percepções que protejam seu estado emocional.

Como primeiro objetivo foi proposto comentar a perda e o pesar e os sentimentos diante da morte do paciente. O pesar foi conceituado como o modo como o enfermeiro apresenta sua resposta humana, de forma natural, diante da perda de um paciente que vem a óbito. Este sentimento envolve reações psicossociais e fisiológicas que, nesse caso, dependerão dos vínculos que foram criados com o paciente no período hospitalizado.

Em seguida, propôs-se analisar as variações de percepções do processo morte/morrer na carreira profissional de Enfermagem. Constatou-se que grande parte dos profissionais sentem a morte de um paciente de uma forma similar, qualquer que seja seu tempo de trabalho na área. Obvio que existem exceções uma vez que o enfermeiro, antes de um indivíduo com formação especializada, é um ser humano dotado de uma bagagem de sentimentos e reações, cujos hábitos de vida levam à convivência coletiva e à construção de laços no decorrer dessa convivência. Assim, a morte de um paciente sempre causa alguma emoção que pode ser de tristeza e pesar, mas também de revolta, impotência ou fragilidade.

É interessante lembrar que, em qualquer situação, a morte provoca sentimentos e reações diversos: dor, tristeza, angustia, ansiedade e outros mais, principalmente diante de ocorrências onde entende-se que houve uma interrupção da vida antes do tempo, como em casos de crianças e jovens.

Por último, foi proposto apontar que os enfermeiros também precisam de cuidados que facilitem e colaborem para a prática laboral e manutenção de sua saúde integral, estado necessário ao bom desenvolvimento do trabalho.

Foi possível compreender que o ambiente de trabalho deste profissional, as relações existentes em seu interior e as várias ocorrências ao longo de sua vida profissional, são fatores que deixam o enfermeiro suscetível, fazendo com que precise de atenção e cuidados. A oferta de melhores condições, de apoio profissional

regulares, ou seja, de um gerenciamento positivo dos fatores estressores, deve ser uma preocupação para o ambiente hospitalar.

Promover um ambiente acolhedor, colaborativo e mais aconchegante pode contribuir para diminuir a sobrecarga emocional a qual o enfermeiro encontra-se sujeito cotidianamente.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.
- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem**. Introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2013.
- BERTUCCI, J. L. de O. **Metodologia básica para elaboração de trabalhos de cursos (TCC): ênfase na elaboração de TCC de pós-graduação Lato Sensu**. São Paulo: Atlas, 2009.
- CAMPOS, E. P. **Quem cuida do Cuidador: uma proposta para os profissionais a saúde**. 4.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2009.
- CASTRO, M. T. **Diante da Morte: Uma análise compreensiva do cotidiano das enfermeiras e suas equipes em unidade de emergência [dissertação]**. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=251&indexSearch=ID>> Acesso em: 22 abr. 2018.
- FERNANDES, J. D. De portas fechadas com a morte. **Texto & Contexto Enferm.** 2001;10(3):39-59. Disponível em: <www.reme.org.br/artigo/detalhes/197> Acesso em: 22 abr. 2018.
- FERREIRA, A. P. A. *et al.* Vivência da morte de vítimas de trauma em pronto-socorro: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Abril 2012. n. 18. Disponível em: <www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/3601/1312> Acesso: 05 set. 2017.
- FURLAN, M. P. **A equipe de enfermagem convivendo com o estresse de uma Unidade de Terapia Intensiva**. [monografia]. 2007. Pelotas: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a15v43n4.pdf> Acesso em: 22 abr. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LUNARDI FILHO W. D. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. **Texto & Contexto Enferm.** 2001;10(3):60-79. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14070&indexSearch=ID>> Acesso em: 22 abr. 2018.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 7.ed. São Paulo: Hucitec: 2013.

MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Ciênc Cuid Saúde.** 2007;6(3):351-6. Disponível em: <periodicos.uem.br > Capa > v. 6, n. 3 (2007) > Martisn> Acesso em: 22 abr. 2018.

OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. **Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. 2.ed. Barueri (SP): Manole, 2012.

RODRIGUES, F. F. **Morte inesperada de um paciente da UTI: Um desafio emocional a ser superado pela equipe de saúde [monografia]**. 2003. Pelotas: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas. Disponível em: <ibrati.org/sei/docs/tese_507.doc> Acesso em: 22 abr. 2018.

STEDFORD, A. **Encarando a morte**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

SILVEIRA, R. S.; LUNARDI, V. L. A enfermagem cuidando de quem vivencia o processo de morrer. **Texto & Contexto Enferm.** 2008;10(3):170-85. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14076&indexSearch=ID>> Acesso em: 28 abr. 2018.

SCARTEZINI, N. Introdução ao Método de Pierre Bourdieu. **Cadernos de Campo Revista de Ciências Sociais.** V.3. n.14/15. 2011. Disponível em:

<<http://seer.fclar.unesp.br/cadernos/issue/view/440>> Acesso: 16 dez. 2017.

SHIMIZU, H. E. **As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital escola.** [tese]. 2010. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342002000200007&script=sci_abstract> Acesso: 16 dez. 2017.