

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

ALESSANDRA MONTEIRO GUIMARÃES CARVALHO BARBOSA

**SIGNIFICADOS DA MORTE E DO MORRER PARA
A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

VITÓRIA
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

B238c Barbosa, Alessandra Monteiro Guimarães Carvalho, 1971-
Significados da morte e do morrer para a equipe multiprofissional
de uma unidade de terapia intensiva adulto / Alessandra Monteiro
Guimarães Carvalho Barbosa. – 2013.
103 f.

Orientador: Leila Massaroni.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Morte. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Atitude frente a
morte. 4. Pessoal de saúde. 5. Tanatologia. I. Massaroni, Leila.
II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da
Saúde. III. Título.

CDU: 61

ALESSANDRA MONTEIRO GUIMARÃES CARVALHO BARBOSA

**SIGNIFICADOS DA MORTE E DO MORRER PARA
A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde na linha de pesquisa de Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados em Saúde, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Leila Massaroni.

VITÓRIA

2013

ALESSANDRA MONTEIRO GUIMARÃES CARVALHO BARBOSA

**SIGNIFICADOS DA MORTE E DO MORRER PARA A EQUIPE
MULTIPROFISSIONALDE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 12 de dezembro de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª. Leila Massaroni
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profº. Drº. Sebastião Benício da Costa Neto
Universidade Federal de Goiás
Membro Externo

Profª Drª. Karla de Melo Batista
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Profª Drª. Maria Tereza Coimbra de Carvalho
Universidade de Vila Velha
Suplente Externo

Profª Drª. Denise Silveira Castro
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interno

*Aos meus filhos,
Vinicius, Lucas, Mateus e Ana Luiza.
Que definiram que agora a mamãe é especialista em morte
Desculpem-me pelas minhas ausências
Amo muito vocês.*

*Ao meu marido, Eduardo
Meu companheiro e amor para sempre*

*Ao meu avô Geraldo Guimarães, o Abade
que me ensinou que o processo do morrer e a morte
podem ser tranquilos, mesmo que a saudade nunca passe.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS, meu criador, que tanto cuida de mim e me permitiu concluir este trabalho.

Aos meus pais, Sérgio e Marília, que, além de terem me dado a oportunidade de vir a este mundo, ficaram tantos finais de semana cuidando dos meus filhos para que eu pudesse escrever.

À minha irmã Daniela que leu com enorme carinho, acertando meus erros de português.

A minha grande família, minhas irmãs: Larissa e Daniela, minhas sobrinhas: Letícia, Natália e Mariana, meu sobrinho: Ícaro, minha sogra: Jacy, e minha cunhada: Eliana. Sei que todos vocês torceram muito por mim.

À Leila, mais que minha orientadora, minha parceira e grande incentivadora, que, no mar do tema, muitas vezes me desencalhou e fez-me retornar à correnteza, seguindo assim meu destino. O que seria de mim sem você para me dar o rumo?

À banca examinadora pelas contribuições e pelos ensinamentos.

Às minhas companheiras de mestrado, ufa! Conseguimos.

Aos meus amigos da UFJ, obrigada pela força, paciência e cooperação.

Aos docentes do Programa de Pós-graduação de Enfermagem, que me permitiram a chance de voltar a estudar, me estimulando na busca do conhecimento.

A todos os meus amigos e familiares que, mesmo a distância, estiveram muito presentes e perdoaram meu sumiço.

Às pessoas que passaram na minha vida e me permitiram fazer parte da vida delas.

Meu muito obrigada!

*Para meus amados filhos,
a canção que vocês mais gostam que eu cante para dormirem.
Em pensar que nunca a tinha visto com outros olhos...
a morte se personificando, podendo ser explicada pela música.*

Aquarela

Foquinho e Vinícius de Moraes

*Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo
E com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo.
Corro o lápis em torno da mão e me dou uma luva,
E se faço chover, com dois riscos tenho um guarda-chuva.*

*Se um pinguinho de tinta cai num pedacinho azul do papel,
Num instante imagino uma linda gaivota a voar no céu.
Vai voando, contornando a imensa curva Norte e Sul,
Vou com ela, viajando, Haváí, Pequim ou Istambul.
Pinto um barco a vela branco, navegando, é tanto céu e mar num beijo azul.*

*Entre as nuvens vem surgindo um lindo avião rosa e grená.
Tudo em volta colorindo, com suas luzes a piscar.
Basta imaginar e ele está partindo, sereno, indo,
E se a gente quiser ele vai pousar.*

*Numa folha qualquer eu desenho um navio de partida
Com alguns bons amigos bebendo de bem com a vida.
De uma América a outra consigo passar num segundo,
Giro um simples compasso e num círculo eu faço o mundo.*

*Um menino caminha e caminhando chega no muro
E ali logo em frente, a esperar pela gente, o futuro está.
E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar,
Não tem tempo nem piedade, nem tem hora de chegar.
Sem pedir licença muda nossa vida, depois convida a rir ou chorar.*

*Nessa estrada não nos cabe conhecer ou ver o que virá.
O fim dela ninguém sabe bem ao certo onde vai dar.
Vamos todos numa linda passarela
De uma aquarela que um dia, enfim, descolorirá.*

*Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo (que descolorirá).
E com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo (que descolorirá).
Giro um simples compasso e num círculo eu faço o mundo (que descolorirá).*

RESUMO

BARBOSA, Alessandra Monteiro Guimarães Carvalho. Significados da morte e do morrer para a equipe multiprofissional de uma terapia intensiva adulto. Espírito Santo, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo. 103 p. 2013.

A morte é um evento que, para ser conceituado, há necessidade de se abranger dimensões do contexto histórico e sociocultural e a das vivências pessoais, que podem repercutir no comportamento individual e grupal. Com as mudanças sociais ocorridas no processo do morrer, a morte foi transferida para dentro das instituições de saúde, fazendo com que os profissionais de saúde que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva convivam cotidianamente com a morte e com o morrer. É importante conhecer os significados que os profissionais de saúde atribuem à morte e o morrer, bem como os fatores que interferem nessa convivência, para subsidiar discussões e reflexões tanto na prática de trabalho, quanto na vida acadêmica, que auxiliem a equipe de saúde a melhor conviver com o fenômeno estudado. A presente pesquisa teve como objetivos: identificar e descrever os significados que os integrantes da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Universitário têm sobre o processo do morrer e da morte e analisar os fatores que interferem na convivência desses profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Adulto com a morte e o morrer. Foi realizado um estudo descritivo de abordagem qualitativa, usando a técnica de entrevista semiestruturada, com amostra de 21 profissionais de saúde dessa Unidade. Para a análise dos dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo temática. Buscando identificar os significados atribuídos pelos profissionais de saúde à morte e ao morrer, emergiram duas categorias: Visão não científica da morte e do morrer e Visão científica da morte e do morrer, sendo encontrados os seguintes significados sobre a morte: um processo natural, uma etapa a cumprir, um evento fisiológico e a total extinção do ser humano. Esta variabilidade de definições se explica na dependência do conhecimento e da vivência pessoal para elaboração de um conceito de morte. Na análise dos fatores que interferem na convivência dos profissionais de saúde com a morte e com o processo de morrer foram evidenciadas as seguintes categorias: Temporalidade da morte; Formas de enfrentamento; Tecnologias que prolongam a vida; e Formação acadêmica. Os resultados apontam para uma melhor aceitação da morte quando ocorrida com idoso; aponta falha na formação acadêmica no que se refere à discussão do tema da morte e do morrer; a espiritualidade e o distanciamento, sendo usados como forma de enfrentamento; e a tecnologia prolongando o processo do morrer. A implantação de grupos de auxílio aos profissionais, propostos pelos entrevistados, como espaço para expressão dos sentimentos advindos do trabalho, assim como trabalhar as vivências pessoais e profissionais, e o processo do morrer e a morte sob seus diversos olhares (fisiológico, ético, social, psicológico e espiritual), podem ser os deflagradores de melhoria na qualidade de vida pessoal e profissional desses trabalhadores.

DESCRITORES: Morte. Atitude Frente a Morte. Pessoal de Saúde. Tanatologia. Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

BARBOSA, Alessandra Monteiro Guimarães Carvalho. Significados da morte e do morrer para a equipe multiprofissional de uma terapia intensiva adulto. Espírito Santo, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo. 103 p. 2013.

Death is an event that, to be respected, no need to cover the historical dimensions and socio-cultural context and personal experiences, which can affect the individual and group behavior. With social changes in the process of dying, death moved to within healthcare institutions, causing health professionals who work in intensive care units coexist daily with death and dying. It is important to know the meanings that caregivers attach to death and dying, as well as the factors affecting this interaction, for discussions and reflections both in work practice, as in academic life, to assist the health care team the best live with the phenomenon studied. This research aimed to: identify and describe the meanings that members of the multidisciplinary team of Adult Intensive Care Unit of a University Hospital have about the process of dying and death and analyze the factors affecting the coexistence of these health professionals Adult Intensive Care Unit with death and dying. A descriptive qualitative study, using the technique of semi-structured interviews with a sample of 21 health professionals that Unit was conducted. For data analysis, we used the method of thematic content analysis. Trying to identify the meanings given by health professionals to death and dying, fell into two categories: non-scientific view of death and dying and scientific view of death and dying, and found the following meanings about death: a natural process, a step to fulfill a physiological event and the total extinction of human beings. This variability is explained in the definitions of addiction knowledge and personal experience to elaborate a concept of death. Analyzing the factors that interfere with the interaction of health professionals with death and the dying process the following categories were found: Temporality of death; Ways of coping; Technologies that prolong life; and Education. The results point to a better acceptance of death when it occurs with the elderly; failure points in academic education with regard to discussing the subject of death and dying; spirituality and detachment, being used as a way of coping; technology and prolonging the process of dying. The deployment of aid groups to professional, proposed by the interviewees as a space for expression of feelings arising from work as well as work on personal and professional experiences, and the process of dying and death in its different looks (physiological, ethical, social , psychological and spiritual), may be the triggering of improving the quality of personal and professional lives of these workers.

DESCRIPTORS: Death. Attitude to Death. Health Personnel. Thanatology. Intensive Care Units.

SUMÁRIO

1 O COMEÇO DE TUDO	11
2 INTRODUÇÃO	14
2.1 O ESTUDO E SUAS CONTRIBUIÇÕES	16
3 DESENVOLVENDO UMA REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 UMA BREVE EVOLUÇÃO DO PROCESSO DO MORRER E DA MORTE	19
3.2 UMA TENTATIVA DE CONCEITUAR O PROCESSO DO MORRER E A MORTE	22
3.3 MORTE: UM VERDADEIRO TABU	25
3.4 A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR	29
3.5 O PROCESSO DO MORRER E A MORTE DENTRO DA UTI	35
4 DESCREVENDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	38
4.1 OPÇÃO METODOLÓGICA	38
4.2. CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DO ESTUDO	40
4.3 OS ATORES SOCIAIS NO CONTEXTO DO ESTUDO	41
4.4 CONTATOS PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRODUÇÃO DE DADOS	44
4.5 A PRODUÇÃO DE DADOS	44

4.6 O TRATAMENTO, A CLASSIFICAÇÃO E A CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS PRODUZIDOS	47
4.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	50
4.8 PROCEDIMENTOS PARA A CONFIABILIDADE DA PESQUISA	51
5. CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS	52
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS	52
5.2 Artigo 1 - Significados do processo de morrer e da morte para a equipe multiprofissional	55
5.3 Artigo 2 - Convivendo com a Morte e o Morrer	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
7 REFERÊNCIAS	87
8 APÊNDICES	95
9 ANEXOS	99

1 O COMEÇO DE TUDO

*“Que estranha é a sina que cabe a nós mortais!
Cada um de nós está aqui para uma temporada; com que propósito não se sabe...
Os ideais que têm iluminado meu caminho,
e repetidamente me têm renovado a coragem para enfrentar a vida com ânimo,
são a bondade, a beleza e a verdade”*

Albert Einstein, 1931.

Ao me colocar na temática, relato que passei pela infância sem falecimento de entes queridos, mas desde quando me lembro, nunca tive dificuldade em aceitar a morte. Na adolescência, comecei a vivenciar morte de amigos e, mesmo assim, apesar de sofrer com cada perecimento, nunca achei que a morte representasse uma etapa anormal de nossas vidas. Sempre tive a sensação de que se fôssemos acolhidos nesse momento, chorássemos, expuséssemos nossa dor, conseguiríamos, com menores dificuldades, superar a ausência.

Já na fase adulta, tive duas perdas muito importantes para mim. A primeira delas foi do meu avô materno, que teve a morte mais humanizada que pude presenciar. Ele confirmou minha percepção de que o processo do morrer pode ser vivenciado com tranquilidade quando nos preparamos para ele. Já com minha avó materna tudo foi muito diferente. Os familiares não puderam ficar com ela nos seus últimos dias de vida e isso dificultou muito a aceitação da sua finitude. Após vivenciar esses momentos, tive indicação do que eu queria um dia fazer: ajudar as pessoas a se preparem para vivenciar esse momento da maneira mais tranquila possível.

Trabalhando em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIA) desde a minha conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, minhas observações se intensificaram ao me deparar com o despreparo da equipe de saúde em lidar com o paciente durante o processo do morrer e a morte. A maioria dos profissionais se esquivava do trato com o paciente e com seus familiares no momento da morte, como se não soubessem o que fazer e falar nessa situação.

Isso me inquietou, pois não conseguia compreender essa dificuldade, já que sempre vi a morte com naturalidade e entendia que os profissionais de saúde, por estarem constantemente em contato com ela, deveriam estar mais bem preparados para lidar com este fenômeno, aceitando a finitude da vida e assim ajudando os pacientes e seus familiares a passarem por esse processo.

Dentre as experiências por mim vivenciadas, relato a de uma paciente que, após uma gestação sem intercorrências, teve óbito intrauterino a termo e foi encaminhada a UTIA sem ter visto o filho. Após a parturiente retornar da sedação, conversei com ela sobre o seu desejo de conhecer o filho, mesmo que morto. Liguei para o esposo e solicitei a presença da psicóloga da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Com a presença de ambos no setor, requisitei que trouxessem a criança que estava no necrotério, arrumei-a o melhor que pude e a levei para sua mãe. Foi um momento de intenso sentimento por parte de todos. Permaneci em silêncio próximo ao leito, enquanto aquela mãe conhecia e se despedia daquele que tanto esperou e tanto amou. Ao ter alta do hospital, os pais vieram me agradecer pela oportunidade de conhecer o filho, e a mãe falou da importância de ter podido visualizar “aquele ser”, pois, durante nove meses, ela imaginava como seria tê-lo em seus braços.

Com a experiência profissional adquirida por trabalhar há 17 anos, sendo destes 14 anos em um hospital escola, pude perceber as dificuldades dos profissionais em lidar com o processo do morrer e a morte, independente de categoria profissional ou nível de graduação. Ouso inferir que alguns deles não tinham pensado a respeito de seus sentimentos e valores sobre a morte e o processo do morrer nem durante sua formação acadêmica, nem na vida profissional.

Reforço minha observação, anteriormente citada, quando, ao ter trabalhado em um hospital, com grande número de idosos, onde a família podia permanecer continuamente ao lado do paciente e ao ouvir os relatos de vida, pude assistir esses pacientes e acompanhar seus familiares quanto às suas necessidades e perceber como cada indivíduo reage diferentemente ao processo do morrer e a morte. Além das colocações feitas por pacientes e familiares, também observei o despreparo dos profissionais de saúde em aceitar a morte, ocasionando um desamparo aos pacientes e as famílias.

Lembro-me que, durante minha graduação e especializações em Terapia Intensiva e Educação Profissional, muito pouco foi falado sobre a finitude da vida e o morrer, embora sejam estes eventos que enfrentamos diariamente em nossa vida profissional. Essas inquietações me motivaram na escolha do tema da morte e do morrer ao ingressar no Mestrado Profissional em Enfermagem.

2 INTRODUÇÃO

*“Tudo tem o seu tempo determinado,
e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.
Há tempo de nascer, e tempo de morrer;
tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou;
Tempo de matar, e tempo de curar;
tempo de derrubar, e tempo de edificar;
Tempo de chorar, e tempo de rir;
tempo de prantejar, e tempo de dançar;
Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras;
tempo de abraçar, e tempo de afastar-se de abraçar;
Tempo de buscar, e tempo de perder;
tempo de guardar, e tempo de lançar fora;
Tempo de rasgar, e tempo de coser;
tempo de estar calado, e tempo de falar;
Tempo de amar, e tempo de odiar;
tempo de guerra, e tempo de paz.”*

Eclesiastes 3:1-8

Este estudo trata dos significados que a equipe multiprofissional de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTIA) detém sobre o processo do morrer e da morte experienciado no seu cotidiano de trabalho.

A UTIA é considerada um dos setores mais complexos nas instituições hospitalares por acolher pacientes em estado extremamente grave, os quais exigem dos profissionais de saúde ali inseridos conhecimento, rapidez e criatividade para a prestação de um cuidado humanizado e eficiente.

Os profissionais inseridos em uma UTIA lidam, constantemente, com o processo do morrer e com a morte, mas demonstram grande dificuldade em assimilá-los, esboçando diferentes reações ao enfrentar esses eventos. Devido à capacidade do indivíduo de ter outros olhares para o mesmo fenômeno, pode-se rever a maneira de lidar com as vivências e trabalhar os sentimentos, para, assim, cuidando de si mesmo, possa cuidar do outro.

Tal inferência encontra apoio nos estudos de Kübler-Ross (1975) sobre a morte, a qual afirma que as emoções oriundas do processo do morrer são vividas por cada ser de forma única, pois suas vivências e seus valores são singulares. E essa

diversidade de sentimentos torna difícil lidar com o ser doente e com os que vivem ao seu redor.

É frequente não ter psicólogos, assistentes sociais e assistência religiosa nos serviços de saúde, o que leva outros profissionais, principalmente os da área de enfermagem, a assumirem algumas das funções dessas profissões. A equipe de enfermagem é a que mais absorve tais atividades, por ser formada pelas pessoas – enfermeiros – que mais tempo permanecem ao lado do paciente e da família e que desenvolvem a escuta sensível e também os que mais sofrem com questões relacionadas ao cotidiano do trabalho, como a morte dos pacientes sob seus cuidados e o conforto dispensado a eles e seus familiares (BOEMER, 1998).

Quando se conversa sobre a morte com todos os envolvidos (paciente, família e equipe profissional), o desenrolar dos fatos pode se tornar mais fácil e a morte ser mais bem aceita. Quando se fala da aceitação da morte, não se retira os sentimentos de tristeza, perda e saudade, pois estes são próprios do processo. O que se pode é fazer com que ela seja vista como algo natural, inerente à vida humana e que precisa ser discutida e vivenciada. Não que isso vá banalizar ou racionalizar a morte, mas sim naturalizá-la, objetivando que esse fenômeno seja mais naturalmente aceito.

Minayo (2010) discorre que saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque a forma como a sociedade os experimenta, cristaliza e simboliza reflete nas maneiras pela qual ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas.

Mesmo sendo um processo natural que estará presente na sua vida pessoal e profissional, a equipe de saúde não é preparada para lidar com os sentimentos e as emoções envolvidas no processo do morrer e da morte, tais como a frustração, a sensação de impotência e os medos, tanto da equipe quanto dos pacientes. É essa ausência de consciência dos sentimentos e vivências sobre a morte, que pode estar com os profissionais de saúde, parece os tornar inaptos a criar estratégias para conviver com essas situações e assim poderem cuidar do outro em sua finitude.

Outro aspecto a ser ressaltado é que os profissionais de saúde estarão cada vez mais em contato com pacientes em processo do morrer, pois a população está

envelhecendo – a expectativa de vida para os brasileiros que nasceram a partir de 2009 é de 73,17 anos (BRASIL, 2010) – e se não estiverem preparados para este momento, poderão ter desgaste emocional, físico e profissional, que não só interferirão em sua vida, como também na equipe que eles compõem, nos pacientes e seus familiares, dificultando a condução do processo (BREITBART, 2011; ESSLINGER, 2011). Refletir sobre o tema da morte é fundamental para o profissional que lida com o ser humano (ZEFERINO, 2000).

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de entendimento do processo do morrer e da morte pelos profissionais que trabalham na UTIA, pois a literatura aponta para um despreparo ao lidarem com essas situações, podendo corroborar com o desgaste emocional e profissional desses atores, interferindo em sua vida pessoal e na qualidade do cuidado prestado.

Todo o contexto evidenciado até esse momento aponta para o seguinte objeto de estudo: os significados que os profissionais da UTIA têm quanto ao processo do morrer e da morte.

Das considerações supramencionadas sobre as atitudes dos profissionais inseridos na UTIA emergiram as seguintes questões norteadoras para o estudo:

- Como os profissionais de saúde inseridos na UTIA definem e lidam com o processo do morrer e com a morte?
- Quais são os fatores que interferem na convivência desses profissionais com o processo do morrer e a morte?

2.1 O ESTUDO E SUAS CONTRIBUIÇÕES

O interesse em estudar o processo do morrer e a morte, com o recorte para os profissionais de saúde que atuam em terapia intensiva adulta, no contexto brasileiro, baseia-se não somente na escassez de publicações científicas sobre o tema, mas também na necessidade de aprofundamento de estudos sobre essa temática para construção do saber das profissões.

Reforçando as observações acima, ao nos defrontarmos com a literatura, identificamos que muito já se escreveu sobre a visão que a equipe de enfermagem tem sobre a morte e a qualidade da assistência aos pacientes e aos familiares nesse momento tão frágil da existência humana. Entretanto, evidenciou-se muitos poucos estudos que descrevem sobre a visão das outras categorias profissionais da equipe de saúde sobre o processo da morte.

Conhecendo os significados que os profissionais de saúde têm desse fenômeno, pode-se subsidiar iniciativas que visem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos integrantes da equipe de profissionais que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva. Viabilizando projetos de intervenção que possam reduzir o imaginário desses profissionais sobre o tema e trabalhando a percepção dos profissionais mediante a verbalização de suas ideias, temores e atitudes poderão contribuir para uma melhor compreensão e aceitação do morrer.

Trabalhar com a leveza desse processo no contexto do viver e morrer do ser humano irá contribuir para que o profissional que vivencia esse estresse no trabalho desenvolva estratégias de enfrentamento para não adoecer e prejudicar sua qualidade de vida e a da sua assistência laboral. Os dados da presente pesquisa subsidiarão intervenções que potencializarão esse enfrentamento e a resiliência neste contexto, ou seja, a capacidade de se recobrar e se adaptar as mudanças (HOUAISS, 2009). Consequentemente, fortalecer esse profissional que estará mais apto para trabalhar com o paciente e seus familiares, desenvolvendo cuidados humanizados em um momento singular da transcendência do ser humano, que é o processo do morrer e a morte.

Haverá também contribuições deste estudo para a formação de futuros profissionais, pois é uma UTIA de um Hospital Universitário. Poderá ainda contribuir para reflexões sobre o tema, subsidiando as disciplinas dos currículos de cursos da área de saúde que abordam esse conteúdo.

Esta pesquisa também poderá proporcionar aos profissionais de saúde condições de melhor conscientização sobre o assunto e ampliar o espaço de discussão, possibilitando, dessa forma, uma reflexão sobre intervenções mais apropriadas e

assertivas na condução de sua prática profissional e desenvolvendo estratégias facilitadoras na atuação e assistência em UTIA.

Tendo em vista o objeto de estudo e as questões norteadoras, foram estabelecidos os seguintes objetivos para esta pesquisa:

- 1-** Identificar os significados que os integrantes da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Universitário têm sobre o processo do morrer e da morte.
- 2-** Descrever os significados atribuídos pela equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Adulto ao processo do morrer e da morte.
- 3-** Analisar os fatores que interferem na convivência dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Adulto com a morte e o morrer.

3 DESENVOLVENDO UMA REVISÃO DE LITERATURA

*“Não, não, a morte não é algo que nos espera no fim.
É companheira silenciosa que fala com voz branda, sem querer nos aterrorizar,
dizendo sempre a verdade e nos convidando à sabedoria de viver.
Quem não pensa e não reflete sobre a morte, acaba por esquecer a vida.
Morre antes, sem perceber.”*

Rubem Alves

Neste capítulo serão abordadas as principais contribuições dos estudiosos sobre o processo do morrer e da morte. Será iniciado com uma breve revisão histórica, desde a Antiguidade até a Modernidade, abrangendo aspectos filosóficos, culturais e religiosos que cercam o objeto de estudo. Tentará evidenciar conceitos de morte e morrer e como esse tema é trabalhado por profissionais em uma UTIA.

3.1 UMA BREVE EVOLUÇÃO DO PROCESSO DO MORRER E DA MORTE

Na história da humanidade, a morte é um dos fenômenos que mais instigam o imaginário dos seres humanos. Vários pensadores fizeram e fazem inúmeras conjecturas acerca da morte e do mistério que a envolve (BRAGA et al., 2010).

Para alguns autores (FREUD, 1974; MONTAIGNE, 2000), a morte é a certeza da condição humana e parte integrante da vida, constituindo peculiaridade do ser humano, por ele ser o único ser vivo que tem consciência da sua própria finitude.

Por outro lado, esse homem é também o único ser vivo que acredita na vida após a morte, que executa ritual funerário e que crê no renascimento dos mortos. Isso é visualizado há muitos séculos, com procedimentos como mumificação e enterro dos mortos com os seus pertences (MORIN, 1997).

Até meados do século XV, a morte era vista como evento natural, fazia parte do cotidiano, havendo participação de toda a comunidade, inclusive das crianças, e ocorria, em sua maioria, nos lares. O homem conhecia os sinais que antecediam a morte e tomava todas as providências em relação a sua vida e a da sua família (ARIÈS, 2010).

Já na Idade Média e durante o Renascimento, a Europa ainda conservava os ensinamentos sobre a morte e a arte de morrer, descritos em textos e tratados medievais. Várias igrejas primitivas do Cristianismo incorporaram os rituais e observâncias dessa arte de morrer pré-cristã (EVANS-WENTZ, 2011).

A partir da Revolução Industrial, a morte foi associada à ideia de fracasso. Com a institucionalização do cuidado, cada vez mais as mortes ocorriam nos âmbitos das instituições de saúde, que são lugares frios e impessoais, onde geralmente a pessoa morre sem ter o conforto de estar entre os seus, rodeada apenas pelos profissionais destinados a cuidar do indivíduo. Esses fatos influenciaram os profissionais de saúde a ter dificuldade para enfrentar o processo do morrer e a morte, desumanizando o cuidado prestado ao paciente que se encontra nesse processo (KOVÁCS, 2012).

Observando a maioria das culturas pré-modernas, a arte de morrer tem a mesma importância que a arte de viver, sendo que, em algumas culturas, a primeira tem maior hierarquia, como representado nos textos de *O Livro Tibetano dos Mortos* e de *O Livro Egípcio dos Mortos* (LEIS, 2003).

A morte, considerada pela cultura ocidental, um momento de fragilidade e de vergonha, tende a ser escondida no silêncio para não incomodar ninguém. Por isso, ao questionar as pessoas sobre a forma como querem morrer, a grande maioria irá dizer que gostaria de morrer dormindo (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2007).

A sociedade, com sua cultura, hábitos, crenças e valores, norteia o posicionamento dos indivíduos perante o processo do morrer e a morte, definindo como devem se comportar diante desse fato, sendo multifatorial, e cada grupo social tem sua própria forma de conduzir esses momentos.

Avançando para a era pré-moderna, os indivíduos tinham intimidade com a morte, pois, na ocasião da morte de outros, as pessoas sofriam, sentiam e refletiam sobre a sua própria morte. Por sua vez, na sociedade moderna contemporânea, a morte está sendo transformada em uma representação externa ao nosso eu, ou seja, deixa-se de pensar na própria morte e transfere suas observações e/ou emoções para a morte do outro (LEIS, 2003).

O homem moderno, absorvido pelo êxito de suas conquistas, tenta sobrepujar com mais veemência a inelutável realidade da morte (LOPES, 2008). Falar da morte é falar da morte do outro, colocando-a como o estágio final de uma doença grave, e não como parte do processo do desenvolvimento humano (KOVÁCS, 2012).

Atualmente, o processo de morrer e a morte estão imbuídos de padrões de compreensão muito variados, envoltos por emoções e determinados por interesses. Esses momentos passaram a ser envolvidos em solidão e medo, e relacionados somente a perdas: do outro, do trabalho, da posição social e dos bens (SOUZA; GONÇALVES, 2000).

Apesar de todo o desenvolvimento da sociedade e do homem, com novas descobertas nos mais variados assuntos, os aspectos que envolvem a morte e o morrer continuam sendo objetos de reflexões e de alterações na condução do processo do morrer, exemplificando: os pacientes deixaram de morrer em seus domicílios e foram transferidos para morrer nas instituições de saúde.

Mesmo com os avanços biotecnológicos ocorridos nos últimos decênios do século XX e com o desenvolvimento da medicina e da farmacologia, a cura de várias doenças ainda não é possível, mas esses avanços aumentaram a expectativa de vida em tempo, porém nem sempre em qualidade, muitas vezes prolongando o processo do morrer, causando sofrimento não apenas físico como também psíquico, social e espiritual (KOVÁCS, 2012).

O tempo de sofrimento, tanto do paciente quanto da família, está sendo, muitas vezes, prolongado demasiadamente, o que gera angústia em todos. Questiona-se se os tratamentos propostos valem a pena, pois não têm êxito em melhorar a qualidade de vida e, em muitos casos, pioram a qualidade anterior aos procedimentos (PESSINI, 2001).

No sonho humano da imortalidade, desconsiderou-se o fato de que prolongar a vida traz como consequência um aumento da incidência de doenças crônicas e degenerativas, aumentando o número de pacientes em situação de terminalidade. Por falta de conhecimento ou negação, o paciente, os familiares e os profissionais de saúde preferem acreditar que essas doenças têm cura, por meio dos diversos tratamentos disponíveis, a terem que pensar na possibilidade da morte. A noção do

homem de que cada vez mais tudo é possível o aproxima da possibilidade da imortalidade e o faz perder parâmetros e limites de até quando se deve prolongar a vida (PESSINI, 2011).

Mesmo com os investimentos tecnológicos aumentando o tempo de vida dos pacientes, observa-se que a formação e o amadurecimento dos profissionais de saúde para lidar com o paciente em processo de morrer não acompanharam esse crescimento (MORIN, 1997; ELIAS, 2001). A colocação dos autores aponta para a necessidade de rever o preparo desses profissionais, tanto em nível de formação acadêmica, quanto em nível de educação continuada e permanente nas instituições de saúde.

3.2 UMA TENTATIVA DE CONCEITUAR O PROCESSO DO MORRER E A MORTE

Como apontado no item anterior, o processo do morrer e a morte podem ser vividos de diversas formas, conforme o momento histórico e o contexto sociocultural, fazendo com que esse evento deixe de ser apenas um fato biológico e passe a ser um processo construído socialmente, pois há uma produção de práticas e de representações significativas em cada momento histórico (MENEZES, 2008).

Em se tratando do tema da finitude da vida, tem que se reportar aos diversos conceitos de morte encontrados em toda a história da humanidade. A morte é algo que não pode ser definitivamente descrito, pensado, nomeado e depende de como cada um a percebe. A ideia que temos da morte é o rótulo que damos ao que conhecemos e presenciamos (THOMAS; CARVALHO, 1999).

Entretanto, alguma certeza se tem sobre a morte: ela é a única situação absolutamente insubordinável e inegociável. Ninguém consegue ludibriá-la. Mas por ser um evento inexorável, estigmatizado na mente humana como um apanágio da velhice, ela está sujeita a múltiplas interpretações, e de acordo com os princípios culturais vigentes pode ser definida sob diversos aspectos (PAZIN-FILHO, 2005).

Apesar de ser um fenômeno natural, autêntico e certo, a morte tem tantas nuances que se torna complexo descrevê-la claramente. A morte é incognoscível, apenas se

sabe que será o último evento da vida, mas como será e o que vem após ela ainda é uma incógnita; isso gera medo, incerteza e dúvida (CAMARGO; SOUZA, 2012).

Desde a Idade Antiga, a morte vem sendo registrada pelos homens, e estes registros referem-se a ela, por um lado, como perda, ruptura, desintegração, degeneração, e por outro, como fascínio, sedução, uma grande viagem, entrega, descanso ou alívio (KOVÁCS, 2010). Mas nem todas as palavras conseguem expressar o que muito se imagina e o tão pouco que se sabe sobre a morte (CASSORLA, 2012).

Entretanto, esse evento não pode ser conhecido apenas pela visão científica, pois isso não é suficiente para lhe apreender um significado. É necessário o conhecimento oriundo das religiões, das culturas dos povos, dos costumes e crenças, da própria consciência humana, para que o ser humano formule um significado para a morte.

Para alguns, a morte é o fim de tudo, da vida física, energética e espiritual; para outros, apenas fim da vida no corpo físico, alguma coisa imaterial (espírito/alma) que sobrevive e viverá em outros lugares; ainda há aqueles que acham que a morte é a volta do espírito/alma para seu plano de vida normal, ou seja, o espiritual (KEIZER, 2008).

Kübler-Ross (2008), psiquiatra e pioneira estudiosa sobre o morrer, reflete que a morte não é um mal a ser destruído, um inimigo a ser combatido ou uma prisão de onde devemos fugir, mas parte da vida, proporcionando significado à existência humana.

Já o teólogo e filósofo Boff (2012) contribui com a tentativa de conceituar a morte, afirmando que esta é o modo sábio que a própria vida encontrou para chegar a uma plenitude. O sentido dado a ela define o sentido dado à vida, se ela é sentida como objetivo alcançado, então tudo valeu a pena.

Há pensadores que veem a morte como algo negativo. É citada como o reverso da vontade de vida, é um fenômeno que se opõe ao amor à vida e ao esforço para conservá-la e prolongá-la o mais possível, atitude tão comum ao homem moderno (SCHOPENHAUER, 2003).

O ser humano, sempre tão ávido na busca de certezas, encontra na morte uma última e incontornável fronteira, geralmente pensando em relação ao outro e quase nunca em relação a si mesmo (HEGEL, 1992).

Culturalmente, há grandes diferenças na forma de ver a morte. Os budistas aceitam a morte como parte integrante da vida; para eles este fenômeno é apenas mais uma passagem. Os índios da América do Norte personificam a morte como uma ave invisível que transporta no ombro esquerdo, de forma a lembrar que ela faz parte da vida. Ambas as filosofias, na forma que lidam com a morte, ajudam a viver e a atribuir sentido e valor à vida. Já no Ocidente, a maior parte da população recusa a própria ideia da morte (HENNEZEL; LELOUP, 2012).

No aspecto orgânico, o conceito de morte se alterou. Foi definida durante muitos séculos pela parada cardiorrespiratória, mas com o advento da manutenção artificial de algumas funções e o começo dos transplantes, teve-se que alterar sua definição (FRANÇA, 2001).

O conceito de morte que atualmente impera no meio científico é o da morte cerebral, sob o qual a morte é definida como parada total e irreversível das funções encefálicas, observadas pelo coma aperceptivo, com ausência de atividade motora supraespinhal e apneia, tendo parâmetros pré-definidos para o diagnóstico, como a ausência de atividade elétrica, metabólica e perfusão sanguínea cerebral (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

Pesquisadores de diversas áreas estão tentando construir um olhar mais atual sobre a morte, nomeando esse novo paradigma como morte pós-moderna, neo-moderna ou morte contemporânea (WALTER, 1997). Esse novo processo do morrer leva muito em conta os desejos do paciente e da família, a tomada de decisão conjunta, assim como a relação com a equipe multiprofissional.

Para Perdicaris (2000), o morrer seria um processo e a morte um momento, sendo impossível conhecer o homem sem lhe estudar a morte, pois é no decorrer do processo do morrer que o ser humano exprime o seu repensar sobre as bases da sua existência.

O processo do viver e morrer faz parte da experiência humana, de ser lançado no tempo e perceber a condição do *ser-para-a-morte* (HEIDEGGER, 1989) ou do *ser-para-nada* (SARTRE, 1997). Esses pensadores acreditam que morrer é um dos pontos culminantes e críticos da existência, condição essencial para se pensar a vida com suas tristezas e sofrimentos.

O processo do morrer também pode ser definido como o intervalo entre o momento em que uma doença deixa de ter condições de cura até aquele em que o paciente não mais reage a qualquer medida terapêutica, progredindo inexoravelmente para a morte (MORITZ, 2005).

Durante o processo do morrer, a pessoa tem a chance de ser verdadeiramente autêntica, de conhecer-se intimamente e exteriorizar isso para as pessoas que a rodeiam, de fortalecer laços e construir novas relações, podendo ser uma ocasião de transformação profunda do ser. Hennezel (2004) relata que este processo seria a última etapa na construção de sua identidade, passível de criar um sentido para sua morte. Segundo Riponche (1999), o melhor momento para se pensar na morte é quando se está feliz, inspirado, predisposto à introspecção, e estes momentos não costumam ocorrer quando iniciado o processo do morrer.

Por fim, como estudiosa do tema, contando com minha história de vida e experiências profissionais, compreendo que a morte é um processo natural, que consegue ser ditatorial e democrática ao mesmo tempo, ela não aceita conversa, nem escolhe ninguém, simplesmente acontece. E ao aceitar esse evento como parte da vida e se preparar para sua chegada, o ser humano aprende a melhor aproveitar a vida, valorizando cada momento vivido. Assim, ao ser deflagrado o processo do morrer, com a descoberta de uma doença sem possibilidades de cura, possa o homem estar preparado para a sua partida.

3.3 MORTE: UM VERDADEIRO TABU

As vivências, o grau de maturidade, os valores culturais e espirituais definem como o indivíduo lida com a morte e sua postura diante desse evento. O significado da morte pode facilitar ou dificultar a convivência com esse fenômeno. O homem, às

vezes, esquece que ela é uma verdade inabalável; as pessoas planejam suas férias, sua aposentadoria, mas nunca pensam em como gostariam de viver seus últimos dias.

O medo da morte acompanha o existir humano desde seu alvorecer, mas o homem não encara com tranquilidade o seu fim na terra; a sociedade atual banuiu-a e a dissociou da vida, tornando-a um tabu (BELLATO; CARVALHO, 2005).

O ser humano justifica esse medo pela angústia de deixar essa vida; a incerteza quanto à inexistência de vida pós-morte; e o pavor dos possíveis sofrimentos no momento da morte (CAMARGO; SOUZA, 2012).

É um tabu imposto pelo medo do desconhecido, mas independentemente desse medo, o encontro acontecerá a qualquer momento, seja por meio da morte de outrem, seja da nossa própria. Ninguém sabe quando e como ela ocorrerá. Muitas vezes é somente quando o momento da morte se aproxima é que nos conscientizamos sobre o quanto deveríamos saber muito mais sobre ela (CESAR, 2006).

Falar sobre a morte não é um tema “bem vindo” entre a maioria das pessoas no mundo ocidental, pois ela ainda é vista como um evento antinatural, vindo acompanhada de vários sentimentos, nem todos felizes, mas aceitá-la como um fato natural e inevitável pode ser um princípio para aprender a lidar com este momento (PY; OLIVEIRA, 2011).

Segundo Morin (1997), o homem se surpreende com a morte porque seu conhecimento sobre ela é externo, aprendido, não inato. É nas atitudes e crenças diante da finitude que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental, refletindo na forma de condução do agir humano.

A repulsa causada pelo tema da morte talvez tenham sua origem no sentimento de angústia e desamparo diante da ideia de finitude e do incognoscível (SCHRAMM, 2002).

Entretanto, a própria morte ensina como continuar a vida, pois quando alguém morre, os vivos precisam providenciar coisas práticas, burocráticas, financeiras e

racionais, destarte torna impossível não refletir sobre esse momento (CUSTODIO, 2005).

No Oriente, a morte é vista com naturalidade e aceitação, havendo um preparo durante a vida para a chegada da mesma. Diferentemente do Ocidente, onde a morte é considerada como o fim, o declínio, a falência, o colapso, fazendo com que ocorra uma tendência em desviar do assunto quando o mesmo vem à tona (LOPES, 2008).

A morte é uma ruptura com tudo o que se conhece e se ama. Ela faz parte da condição humana, e aceitar o limite imposto como experiência cotidiana implica aceitar as regras da existência (HEREDIA; CORTELLETTI; CASARA, 2005). Ao não aceitar a morte, o ser humano opta por encará-la como uma inimiga a ser derrotada a qualquer custo, sem tréguas até o limite final das forças.

Talvez por isso os adultos demonstrem uma profunda rejeição de falar com seus filhos sobre esse tema ou de permitir que eles participem da morte de familiares e amigos, na intenção de evitar este contato que acreditam fazer tão mal. A forma que cada ser humano tem de vivenciar esse momento é como uma crença, e cada pessoa tem a sua própria. A construção é individual e, para isso, é necessário tratar deste assunto desde o início da vida.

A forma como as pessoas veem a morte certamente influenciará o modo de ser de cada um, e isso depende de múltiplos fatores, sendo o de maior impacto as experiências vividas anteriormente com o processo do morrer, de como esta vivência foi elaborada e no quanto foi pensada e analisada a possibilidade de morte (KOVÁCS, 2010). No caso dos profissionais de saúde, essa vivência irá afetar não só sua relação com a morte na condição de ser humano, mas também na atuação profissional frente ao paciente neste processo, pois acima de profissionais são seres humanos.

Na Idade Média, a morte era vivenciada dentro do próprio lar, mas na era Moderna, passou a ser uma zona obscura e mal resolvida da condição humana, sendo ocultada nos hospitais, onde se torna quase invisível até o momento de finalmente ser finalizada (LEIS, 2003; ARIÈS, 2010). Acredita-se que ao não falar da morte e mantê-la isolada nas instituições de saúde, ela deixará de fazer parte das suas

vidas, mas na profissão de saúde isso não é possível, pois a morte é uma possibilidade constante (SILVA, 2011).

Segundo Elias (2001), não querer falar sobre a morte é uma consequência do processo civilizador, que esconde o processo da morte da vida social, fazendo com que os pacientes terminais também se sintam isolados. O mesmo autor descreve que existem basicamente três formas de enfrentar a morte: a primeira teria o cunho espiritual de crer que a morte é uma passagem para outra vida; a segunda é considerar que a finitude é condição essencial da existência humana; e a terceira possibilidade é evitar todo pensamento sobre a morte, ocultando e reprimindo a sua presença.

Já o escritor português José Saramago (2005), em um de seus livros, mostra a morte com outro olhar, transformando-a em uma motivação para se viver a vida com amor. Ele retrata como seria o mundo se a morte deixasse de existir; quantos transtornos isso iria causar, levando o leitor a pensar que não é necessário impedir a morte, e sim aprender a receber e entendê-la como necessária para a continuidade humana.

Por outro lado, Rosen (2002) justifica que a magnitude do desconforto em relação à morte é proporcionalmente direta ao tanto que as pessoas foram afetadas por três fatores: pela exposição à visão negativa que a sociedade moderna tem da morte e de como são marcados por ela; pela falta de informação a respeito dos processos fisiológicos, psicológicos e espirituais que ocorrem na morte; e pela ignorância quanto às provas científicas e depoimentos inspiradores que endossam o fato de que a morte é uma transição para outra realidade e não um fim.

Mesmo com todo o conhecimento biológico e com as destrezas tecnológicas, o morrer ainda é problemático, difícil de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difíceis, gerador de angústia, ambivalência e incertezas (PESSINI, 2001).

Quando se questionam as pessoas como elas gostariam de morrer, a maioria falaria do desejo de morrer dormindo, pois assim evitariam o processo do morrer, muitas vezes lento e doloroso, com processos degenerativos do corpo, difíceis e desagradáveis de serem testemunhados (CESAR, 2006).

É necessário conhecer o processo do morrer, para assim poder aceitá-lo como uma condição humana e não como uma falha humana (NULAND,1995) e compreender que existe um processo irreversível que inclui o nascer, o crescer, o decair e o morrer.

Riponche (1999) diz que o homem tem medo da morte porque ela é o momento da verdade, quando ele tem de encarar a si mesmo. Mas é também o momento em que o ser humano entende o que é a vida e quanto ela é preciosa, aprendendo, assim, a valorizar o que é importante e vital neste mundo, sendo uma oportunidade preciosa para transformação.

A morte traz consigo um sentimento de impotência e de culpa, principalmente quando é presenciado um processo de morte sofrido ou precoce e na avaliação do profissional de saúde nada se pode fazer (CESAR, 2006). Para acompanhar o processo do morrer, o homem tem que aceitar que a morte é inelutável e inevitável, isso implica reconhecer os limites humanos e saber que independente do que se faça ou deixe de fazer, nada poderá impedir a morte (HENNEZEL, 2004).

Por fim, Morin (1997) resume que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental por meio de suas crenças e atitudes frente à morte; é neste momento que ele se revela; então, se quiser conhecer o homem estude a morte.

3.4 A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR

A partir do século XX, quando a morte deixou de ocorrer nos domicílios e passou a acontecer nos hospitais, ela se fez presente no trabalho dos profissionais de saúde e alterou-se de um acontecimento esperado, natural e compartilhado, para um morrer solitário, institucionalizado (SALOUM; BOEMER, 1999). Antes cercada de pessoas, a morte passou a ser acompanhada de tubos, máquinas e profissionais atarefados, tornando-a impessoal e solitária (KOVÁCS, 2012).

Nos hospitais, por mais que seja terminal a condição do paciente, sempre se falam sobre as alternativas de vida e nunca sobre as de morte, pois a ciência médica tem como principal objetivo encontrar a cura para todas as causas de morte, recusando-se a pensar nela como algo natural (LEIS, 2003).

No campo da saúde, estudos sobre enfermidades, prognósticos e tratamentos contribuem para o prolongamento da vida e adiamento da morte (SULZBACHER et al., 2009). Do ponto de vista tecnológico, todo avanço e desenvolvimento da medicina visa prolongar a vida.

A recusa na aceitação da morte perpassa até na definição da causa da morte natural. O Atestado de Óbito tem que ser preenchido com causas específicas e determinadas; ninguém pode morrer de velhice, mas do coração, de insuficiência respiratória ou qualquer outra patologia (BRASIL, 2011).

A alteração da forma de enfrentamento da morte, de algo natural para ser associada à ideia de fracasso, parece ser um dos elementos que influenciou na dificuldade que os profissionais de saúde têm em cuidar do paciente durante o processo do morrer (KOVÁCS, 2012).

Ninguém quer conviver com alguém morrendo, cada vez mais o homem quer e tenta vencer a morte, pois ela traz um sentimento de impotência diante de um fato imutável – todos vão morrer um dia - e conviver com alguém morrendo faz pensar e lembrar a própria finitude de vida.

No ano de 2010, foram notificados 1.136.947 óbitos no Brasil, sendo que 1.060.967 (93%) foram de adultos (20 a 80 anos ou mais); destes, 71% ocorreram dentro de instituições de saúde (BRASIL, 2011). Apesar do grande número de indivíduos no Brasil morrerem em instituições de saúde, os que ali trabalham não estão preparados para acolher ou acompanhar aqueles em processo do morrer. Tanto os profissionais de saúde quanto as instituições de saúde têm suas imagens vinculadas à vida e à cura, o que dificulta a inserção do tema dentro da formação e na vida profissional (GALVÃO et al., 2010).

No ambiente hospitalar, nenhum outro evento é capaz de suscitar mais pensamentos dirigidos pela emoção e pelas reações emocionais do que a morte, tanto no indivíduo que está morrendo, quanto naqueles a sua volta (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006). A morte incomoda e interfere profundamente na vida dos profissionais que, por força da atividade laborativa, convivem diuturnamente com ela (CAMARGO; SOUZA, 2012).

A morte no ambiente hospitalar rompe a fronteira familiar; com isso, ocorre um compartilhamento de sentimentos com os profissionais da área da saúde, que os leva a refletir sobre os limites da existência do ser humano (GALVÃO et al., 2010).

Dentre as especialidades médicas, a oncologia e a geriatria são as que têm evoluído na forma de condução do paciente em processo do morrer: uma por lidar com o câncer, ainda uma doença com altos índices de óbitos, e a outra, com o paciente idoso cujo fim naturalmente é mais próximo. Mas todos os profissionais que atuam nas mais diversas patologias devem começar a rever sua posição frente ao paciente terminal, já que o processo do morrer é deflagrado ao se constatar que uma doença se tornou incurável ou intratável, o que pode ocorrer em uma consulta ou tratamento de qualquer especialidade (MORITZ, 2005).

Na cultura médica do Ocidente, se imagina possível oferecer tratamento para todos os males físicos e mentais, sendo a finitude da vida tratada como prova de fracasso profissional (SIQUEIRA, 2010). A medicina vê a morte como falência da capacidade dessa ciência em preservar indefinidamente a vida, gerando tanto nestes profissionais quanto no restante da equipe multiprofissional sentimentos como tristeza, angústia, frustração, raiva, frieza e negação, por não se conseguir manter a vida (LOPES, 2008).

Quando um paciente vai à óbito, os profissionais de saúde deparam com a constatação da sua finitude, evidenciando o limite e a condição humana de mortalidade. Há situações em que mesmo com todos os esforços da equipe, não se consegue salvar a vida que lhes foi confiada e isso gera uma frustração intensa por parte dos profissionais (BOEMER, 1998).

Ao se deparar com sucessivas experiências de morte, o profissional desenvolve recursos de enfrentamento, reprimindo sentimentos, para auxiliar na lida com o trabalho (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2003) e com a vida pessoal, mas devido a todas as vicissitudes oriundas do contato diário com a morte, não é possível tamanha distinção emocional (GALVÃO et al., 2010).

Kübler-Ross (2008) constatou, em seus estudos, que durante o processo do morrer, existem cinco fases que o paciente pode vivenciar, são elas: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Profissionais de saúde podem manifestar

mecanismos de defesa no enfrentamento das situações de morte, que se assemelham a essas fases, demonstrando a dificuldade em exercer o seu trabalho (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Um dos mecanismos de defesa mais utilizado é o da negação, como forma de lidar com o sentimento de impotência e solidão perante a impossibilidade de evitar a morte do paciente (SCARLETELLI et al., 2005). Outro mecanismo é a indiferença, usada como defesa frente ao sofrimento do luto, em que os profissionais armam-se de uma falsa postura de firmeza e frieza (GALVÃO et al., 2010). A fase da raiva se expressa na inconformidade e no sentimento de impotência do profissional, deflagrados pelas dificuldades e sofrimentos (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

A morte na cultura ocidental é vista como perda, fracasso e impotência, e isso dificulta a formação de espaços onde possam ocorrer discussões sobre o assunto. Assim, as pessoas passam a negar a morte como parte da trajetória da vida, ocorrendo o mesmo com os profissionais de saúde que utilizam a negação como mecanismo de defesa para lidar com os sentimentos oriundos da morte, quando esta não pode mais ser evitada (SCARLETELLI et al., 2005).

O evento morte é extremamente complexo nas sociedades ocidentais, e a discussão em torno do seu lugar na sociedade permeia as contradições e os dilemas vividos pelos profissionais de saúde que trabalham em serviços hospitalares (SIMONI; SANTOS, 2003).

Kovács (2010) ressalta que trabalhar com o sofrimento ou a perda de significado da existência dos pacientes pode despertar, nos profissionais, as mesmas vivências, colocando-os diante do incompleto e do não terminado.

Entre as causas do despreparo dos médicos para tratar de questões ligadas à morte e ao processo do morrer está a insuficiência de conteúdo programático sobre a temática oferecida nas grades curriculares dos cursos de graduação e na residência médica (SIQUEIRA, 2010). Estudo realizado na Universidade de Londrina demonstrou que 29,1% dos médicos entrevistados relataram a ausência de reflexão referente à temática da morte e do processo do morrer durante sua graduação (SIQUEIRA; SAKAY; EISELE, 2002).

Pesquisas feitas com profissionais de saúde identificaram a existência de múltiplos fatores que interferem na forma com que estes profissionais vivenciam o processo do morrer e a morte; dentre eles podem-se citar: a ausência na formação profissional para lidar com a morte; a complexidade da convivência cotidiana com estes momentos, juntamente com os sentimentos e mecanismos de defesa; a espiritualidade e a religiosidade; a dificuldade de definir condutas frente ao paciente fora de possibilidade de cura; o receio das repercussões éticas e legais; as ausências e eufemismos empregados nos registros de diagnóstico, prognóstico e cuidados oferecidos ao paciente terminal; a ponderação entre os desejos do doente e da família e as reais possibilidades de sobrevivência do doente; e os anseios de boa morte para o próprio profissional e seus familiares (MACEDO et al., 2010; SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011; BORGES; MENDES, 2012).

Outros estudos levantam questões da ausência nas grades curriculares da formação acadêmica dos profissionais de saúde no que tange à morte e ao morrer (SAPETA; LOPES, 2007; GALVÃO et al., 2010). O ensino na área da saúde em geral focaliza os aspectos biológicos do indivíduo, e a relação saúde *versus* doença é dirigida para o polo da doença, procurando o restabelecimento da saúde, deixando em segundo plano o insucesso, ou seja, a morte. Essa formação acadêmica que se fundamenta na cura como gratificação, faz com que, no cotidiano de trabalho, ao necessitar lidar com a morte, o profissional sinta-se despreparado e tenda a se afastar dela (KOVÁCS, 2012).

Siqueira (2010, p. 473) cita como funções do médico: curar a enfermidade quando possível for, cuidar da insuficiência orgânica, compensar a perda, aliviar os sofrimentos, confortar pacientes e familiares e acompanhar ativamente e com serenidade os últimos momentos da vida do paciente. Entretanto, cumprir essas tarefas pode ser difícil e frustrante, pois exige reconhecimento da finitude humana e das limitações da ciência médica.

Os profissionais de saúde, por serem instrumentalizados para a cura, não sabem como conviver com o processo do morrer e com a morte; elaboram mal o luto, não se permitem expressar a tristeza e da a dor, se sentem frustrados diante dos procedimentos em pacientes sem possibilidades de cura e não sabem exercer uma comunicação eficaz e efetiva com os pacientes e familiares (KOVÁCS, 2012).

Para melhor conviver com o morrer e com a morte, os profissionais de saúde precisam cuidar de si, reconhecendo suas experiências vividas, estando atentos às suas necessidades, desejos, comportamentos, emoções e sentimentos, assim como à maneira de expressá-los, integrando-os às exigências de seu papel profissional (BONATO, 1994).

Assim, o profissional de saúde precisa ter clareza do significado da sua terminalidade e a do próximo. Isso envolve reflexão sobre a vida e, conseqüentemente, a morte como processo natural (THOMPSON; McCLEMENT; DAENINCK, 2006).

Saber lidar com o processo do morrer e com a morte é de muita importância para todos os profissionais de saúde: o médico, a quem cabe normalmente a decisão sobre a forma de conduzir o processo do morrer e a constatação legal da morte; os profissionais de enfermagem, que vivenciam diretamente esse processo, interagindo intimamente com o paciente e com seus familiares; e os demais profissionais que integram a equipe.

3.5 O PROCESSO DO MORRER E A MORTE DENTRO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Inicialmente, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foram criadas no início da década de 1970 para melhor cuidar de pacientes instáveis hemodinamicamente ou com risco de morte, que, por ventura, tivessem chance de sobreviver. Com o passar do tempo, entretanto, isso se modificou. Atualmente, portadores de doenças crônicas e incuráveis vêm sendo mantidos internados nas instituições de saúde, e quando instabilizam são encaminhados à UTI.

A transferência de um paciente para a UTI deveria ocorrer para proporcionar um melhor atendimento a ele, mas na prática, na maioria das vezes, ela ocorre para conforto da equipe médica e dos familiares: aqueles por acharem que assim estão fazendo algo pelos pacientes em fase terminal de vida e estes porque não conseguem aceitar a morte de seu ente.

A UTI é uma unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que, com um suporte de tratamento intensivo, tenham possibilidade de se recuperar. Seu objetivo é tirar o paciente de um estado crítico de saúde com risco iminente de morte, pondo-o em uma condição que possibilite a continuidade do tratamento da doença que o levou a tal estado.

Ainda mais, a UTI é um ambiente reservado, que oferece monitorização e vigilância 24 horas para seus pacientes. Normalmente, é formada por uma equipe multidisciplinar altamente qualificada, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionista, psicólogo e assistente social.

O UTI é um lugar voltado ao prolongamento artificial da vida, tendo como principal característica o processo de negação da morte (MENEZES, 2008). Na UTI, existe uma gestão de emoções, exigindo pouco espaço para expressão de sentimentos, sejam eles dos pacientes, sejam dos familiares, sejam dos profissionais, pois a emergência de sentimentos causa transtorno no andamento da rotina institucional.

No espaço hospitalar, a morte é frequente, principalmente em UTI, mas os profissionais estão despreparados para enfrentá-la e lidar com a dor e com o sofrimento dos outros (SULZBACHER et al., 2009). Conviver com a morte é um desafio frequente, que pode gerar nos profissionais estresse em seu cotidiano profissional e pessoal (GALVÃO et al., 2010).

Quanto maior conhecimento os profissionais de saúde tiverem sobre a morte, conhecendo-a para além dos seus aspectos clínicos e legais, mais qualificada será a assistência que eles poderão prestar aos pacientes durante seu processo de morrer. A aptidão profissional perpassa pelo preparo pessoal para morte e o modo de ser de cada um, sendo que a presença do profissional junto ao paciente e à família torna-se tão importante quanto o que dizem ou fazem, e assim conseguirão ajudar esses seres a viverem seu processo de morrer (RIPONCHE, 1999).

Os profissionais de saúde, principalmente os que atuam em UTI, usam também do obstáculo tempo para permanecer o mínimo possível ao lado do paciente terminal, impedindo-lhe de ter uma conversa franca sobre sua doença, suas angústias e suas

incertezas. Com esse distanciamento conseguem minimizar a dor, a perda e a sensação de fracasso (LOPES, 2008; GALVÃO et al., 2010).

Devido aos avanços tecnológicos, que permitiram um aumento de sobrevivência dos pacientes, houve alterações no processo do morrer, com o renascimento da discussão sobre o tema. Vários debates foram sendo formados, e, nessa linha, a revista médica *British Medical Journal*, de grande impacto mundial na área da saúde, condensou saberes diversos e publicou, em 2000, alguns princípios norteadores sobre condutas diante do processo do morrer (ANEXO I). Ainda nessa vertente de condutas norteadoras sobre a morte, Duda (1989) escreveu “Os direitos do moribundo”, no qual lista os direitos de todo paciente durante seu processo do morrer (ANEXO II).

Nesses textos, o paciente é o sujeito principal do ato, visto como ser autônomo e dono do seu destino, ficando para os profissionais e familiares o papel de atores coadjuvantes. Ao definirem os direitos dos pacientes, esses princípios norteadores orientam quanto à atuação dos profissionais de saúde, tornando-os facilitadores e apoiadores do processo. A morte é vista como um momento individual e único, com várias vertentes a serem contempladas: o ser em si mesmo, a família, a dor, a esperança, a dignidade, a liberdade de expressão, a autonomia, o direito da escolha, a sinceridade, a honestidade, a espiritualidade e o acolhimento.

Segundo Menezes (2004), um princípio que norteia esse modelo de morte contemporânea é o da comunicação sincera e livre, em que há respeito à fala e cumprimento dos desejos do moribundo, fatos esses dependentes principalmente das pessoas com quem o mesmo se relaciona.

Santana e outros (2009) realizaram pesquisa com uma equipe de enfermagem e identificaram os seguintes fatores dificultadores para o convívio e o cuidado de pacientes terminais: a deficiência na formação de profissionais de saúde no que diz respeito à terminalidade, a incapacidade dos profissionais em lidar com a finitude e a percepção da morte como fracasso, ocasionando sentimentos de tristeza, medo e insegurança.

Os profissionais de saúde devem compreender que mesmo quando não há cura existe a necessidade de cuidado. Para os profissionais de enfermagem, a

compreensão da importância do cuidado deve ser construída naturalmente, já que a formação acadêmica se faz priorizando o ato de cuidar. Já para o médico, isso se torna mais difícil, pois sua missão é curar e restabelecer a saúde.

Com a morte associada ao fracasso e ocorrendo na solidão das instituições de saúde, passou-se a temê-la e a se ter dificuldade de aceitação e enfrentamento do processo do morrer, desumanizando o cuidado prestado ao paciente que se encontra nesse processo (KOVÁCS, 2012).

Não se conversa com o paciente, nem com seus familiares sobre as reais condições clínicas e a chance de a doença evoluir para o óbito, pois, por não saber lidar com o fracasso que a morte representa, os profissionais acreditam que os pacientes também não saberão como reagir a essa informação. Com isso, acabam por impedir que o paciente e sua família definam prioridades e organizem suas vidas, esquecendo que o indivíduo, quando consciente, pressente a chegada da morte.

Forte (2011) afirma que a medicina, com o avanço tecnológico e científico, está cada vez mais se distanciando do cuidado e da atenção aos aspectos complexos do ser humano no momento de sua morte. Antes, a dor do processo do morrer era causada pela própria doença, hoje também é causada pelo tratamento.

4 DESCRREVENDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

“O homem é o único ser que tem necessidade de justificar sua existência ... e justifica sua existência quando no final deixar o mundo melhor”.

Aristóteles

4.1 OPÇÃO METODOLÓGICA

Esta pesquisa trata de um estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa com uma abordagem adequada para a compreensão do fenômeno – morte e o morrer. Leopardi (2002) afirma que a pesquisa qualitativa é aplicável quando se deseja compreender um fenômeno subjetivo, levando-se em consideração as suas apresentações e representações, buscando apreender:

Um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como a perspectiva do próprio pesquisador. Atenta-se, portanto, ao contexto social no qual o evento ocorre (LEOPARDI, 2002, p. 117).

A abordagem qualitativa trabalha com “o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2012, p. 21). A autora descreve ainda que, “o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes” (MINAYO, 2012, p. 21).

Kanaane (1999) afirma que as posições sociais assumidas e os significados atribuídos demonstram as significações que os sujeitos envolvidos elaboram sobre determinado objeto na realidade circundante. Essa percepção influencia a conduta desses indivíduos, direcionando suas ações tanto no ambiente de trabalho quanto na sociedade em geral.

A análise dos significados atribuídos permitirá identificar a significação singular e coletiva envolvidas no enfrentamento do processo do morrer e da morte pelos profissionais de saúde no cotidiano da UTIA, possibilitando também a formulação de estratégias para fortalecer os sujeitos coletivos com o objetivo de que eles verbalizem, reflitam e elaborem formas mais solidárias e humanizadas de enfrentamento da morte.

Na pesquisa qualitativa, é essencial que haja interação positiva, espontânea e respeitosa entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, para que o trabalho de campo transcorra tão livremente quanto possível e, assim, chegar a bom termo.

Leopardi (2002) reafirma a assertiva acima quando escreve que os métodos qualitativos contemplam e possibilitam grande interação entre o pesquisador e cada membro do grupo social pesquisado, firmando, inegavelmente, a grande vantagem do método: a interação pesquisador-pesquisado.

Com referência à pesquisa descritiva Bertolino (2009, p. 55) descreve que “essa pode assumir formas distintas, entre as quais se destaca o estudo exploratório, o qual pode ser designado como o primeiro passo no processo investigativo”, levando-se em conta o conhecimento e o subsídio que origina a formulação de hipóteses para pesquisas posteriores. Dessa forma, “os estudos exploratórios não elaboram hipóteses a serem testadas [...], restringindo-se a definir os objetivos e buscar maiores informações sobre determinado assunto de estudo” (CERVO; BERVIAN, 1996. p. 48).

Os estudos descritivos abarcam aspectos gerais sobre um contexto social, permitindo um grau de análise que possibilita coligar formas distintas de fenômenos, além de sua ordenação e classificação.

No que tange às pesquisas de caráter exploratório, elas proporcionam ao investigador um acréscimo de sua experiência em relação a uma determinada temática ou problema. Ademais, permitem “explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visam criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno” (LEOPARDI, 2002, p. 121).

Leopardi (2002) afirma ainda que para a realização de uma pesquisa exploratória, faz-se necessária uma adequada revisão da literatura, além da efetivação de entrevistas, observações, utilização de questionários, dentre outras metodologias e técnicas, com vistas a elaborar um trabalho rigorosamente científico, além de auxiliar na melhoria das práticas do campo investigado por meio de formulação de sugestões advindas da pesquisa.

4.2. CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DO ESTUDO

O local elegido para este estudo é um hospital universitário, geral, público, federal, certificado como instituição de ensino, que tem como missão desenvolver atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência em saúde, além de ser o principal campo de prática de todos os cursos da área de saúde instituídos por decretos específicos.

A área física onde atualmente está situado o hospital foi fundada na década de 1940 para atender a um problema de saúde específico da população, que era a tuberculose, passando, gradualmente, no início da década de 1960, para um hospital de ensino com a missão de atender às necessidades de formação para o curso médico (RIOS, 2009).

Na década de 1970, o hospital expandiu o número de vagas e das atividades no interior da instituição universitária. Algum tempo depois, aconteceu a implantação de outros cursos da área de saúde, como o da Enfermagem em 1976, que passou também a utilizá-lo como campo de estágio para seus estudantes (RIOS, 2009).

Hoje, ele é considerado um hospital de referência, em nível terciário, oferecendo serviços também em níveis primário e secundário. Funciona como cenário na formação de médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos.

A instituição atende exclusivamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), oriundos do Espírito Santo, sul da Bahia e leste de Minas Gerais. É referência para procedimentos de média e alta complexidade nas diversas áreas, atendendo cirurgias cardiovasculares, bariátricas, procedimentos hemodinâmicos, doenças hematológicas, gestação de alto risco, além de programas específicos como: Atendimento a usuário soropositivo, Tuberculose, Violência à mulher, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, entre outros.

Este hospital foi escolhido, entre outros fatores, por ser um hospital federal de ensino do Estado, formando grande número de profissionais da área de saúde, que estão inseridos em todas as instâncias de assistência, sendo formadores de opinião. E também por ser o local de trabalho desta pesquisadora, pois a premissa de um

Mestrado Profissional é qualificar o trabalhador para que intervenha em sua práxis, raciocinando dentro de uma metodologia científica.

A UTIA localiza-se no andar térreo do prédio original (ala antiga). Está estruturada para oito leitos, que atendem aos pacientes clínicos e cirúrgicos com as mais diversas patologias: pós-operatório de cirurgias cardíacas, torácicas, ginecológicas, usuários clínicos com afecções neurológicas, hematológicas, entre outras. A atual estrutura física é composta por um quarto de repouso médico e um para a equipe de enfermagem; sala de guarda de material e equipamentos; expurgo; posto de enfermagem; posto para evolução e prescrição multiprofissional; copa e um banheiro unissex, além de estar equipada com aparelhagem adequada à sua finalidade.

A escolha do setor da UTIA se fez por ser campo de atuação da pesquisadora há 14 anos. A isso é somado que nesta unidade existe o maior número de pacientes graves, muitas vezes com quadros clínicos irreversíveis, expondo os profissionais de saúde, cotidianamente, a conviver com o processo do morrer e a morte.

A entrada de pacientes na UTIA se dá através de solicitações pré-agendadas pelas especialidades, por meio das emergências do Pronto Socorro e dos setores e da Central de Regulação de Vagas da Secretaria Estadual de Saúde. A maioria dos pacientes que são encaminhados para esse setor se encontra em estado de saúde de extrema gravidade.

4.3 OS ATORES SOCIAIS NO CONTEXTO DO ESTUDO

Bourdieu (2002) afirma que todos aqueles que pertencem a um mesmo grupo ou classe

[...] são produtos de condições objetivas idênticas [...]. Daí a possibilidade de se exercer na análise da prática social, o efeito de universalização e particularização, na medida em que eles se homogeneizam, distinguindo-se dos outros (BOURDIEU, 2002, p. 180).

O critério numérico dos atores sociais em uma busca qualitativa se torna uma preocupação menor, porque o que interessa é a qualidade dos dados produzidos e não precisamente a quantidade de sujeitos envolvidos ou dos dados. O grupo de

atores sociais ideal é aquele capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

Assim, Minayo (2010) propõe alguns critérios básicos para a definição da amostragem para os estudos qualitativos:

- a) definir claramente o grupo social mais relevante, ou seja, sobre o qual recai a pergunta central da pesquisa;
- b) certificar-se de que o quadro empírico da pesquisa esteja mapeado e compreendido;
- c) [...] prever um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas de campo e seu confronto com a teoria (MINAYO, 2010, p. 197).

Os atores sociais escolhidos para serem os sujeitos da pesquisa foram os integrantes da equipe de profissionais de saúde lotados na UTIA de um Hospital Universitário, que quiseram participar voluntariamente da pesquisa, independente do seu vínculo empregatício.

Os “atores sociais” selecionados são assim denominados, pois, além de tomarem parte no processo de investigação, validam os resultados e são agentes ativos em todo o processo (CABRAL; TYRRELL, 1998).

É importante salientar que, ao se proceder à amostragem nas pesquisas qualitativas, o pesquisador deve

[...] preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja do grupo social, de uma organização, de uma instituição [...] ou de uma representação (MINAYO, 2010, p. 196).

O que se busca perceber aqui é o conjunto de múltiplas dimensões coligadas ao objeto investigado.

Ao propor que os integrantes da equipe de saúde da UTIA fossem os sujeitos desta pesquisa considerou-se que estes profissionais são os responsáveis pela execução dos cuidados aos pacientes durante o processo do morrer e no momento da morte.

Compõem o quadro de profissionais da UTIA, 14 médicos, 02 fisioterapeutas, 09 enfermeiros, 22 técnicos de enfermagem e 07 auxiliares de enfermagem. Hierarquicamente, está definida uma coordenação médica e uma de enfermagem, e

todos os médicos e enfermeiros assistenciais assumem, além da assistência ao usuário, a preceptoria dos acadêmicos e residentes.

A escala dos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas é de 6 horas diurnas durante os dias úteis. No período noturno, nos finais de semana e nos feriados, permanecem o médico e o enfermeiro de plantão durante 12 horas, não havendo a presença do fisioterapeuta. Os técnicos e auxiliares de enfermagem cumprem plantão de 12 horas no turno diurno e noturno durante todos os dias do mês. De acordo com o vínculo empregatício desses profissionais há diferença na distribuição das escalas: os que são servidores federais cumprem escala 12 x 60 com carga horária semanal de 30 horas e os funcionários terceirizados, escala 12 x 36 com carga horária semanal de 44 horas.

Não estão lotados na UTIA assistentes sociais e psicólogos. Por ser um hospital universitário, tem a presença constante de alunos da graduação dos cursos de medicina, enfermagem, nutrição e fisioterapia.

O número de sujeitos pesquisados foi definido pela saturação dos dados/das respostas, segundo a relevância dos conteúdos dos discursos pertinentes ao delineamento do objeto desta pesquisa, ou seja, quando os conteúdos das falas expressas pelos sujeitos começaram a ter uma regularidade de apresentação (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2012). Minayo (2010, p. 197) reforça a definição acima definindo o critério de saturação como o “[...] conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo”.

A amostra numérica deste estudo foi composta de 21 profissionais integrantes da equipe da UTIA de um Hospital Universitário (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), os quais aceitaram, de antemão, participar da pesquisa, até o momento em que, levando em consideração a técnica de saturação de dados, as ideias centrais dos depoimentos começaram a se repetir.

Para assegurar os aspectos éticos da Resolução 466/12 referente à pesquisa com seres humanos, a identidade dos sujeitos foi assegurada com o uso de letras conforme a categoria profissional (M - Médico; F - Fisioterapeuta; E - Enfermeiro; T - Técnico de Enfermagem; A - Auxiliar de Enfermagem) seguidos de número que

identifica a sequência de entrevistas. Assim, as informações recolhidas não lhes trazem qualquer tipo de transtorno ou prejuízo. Foi assegurado um tratamento respeitoso aos atores de modo a obter a sua cooperação na investigação e garantir a autenticidade dos dados.

4.4 CONTATOS PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRODUÇÃO DE DADOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (parecer nº 157.413), iniciou-se a abordagem aos sujeitos da pesquisa que atenderam ao critério de inclusão: ter no mínimo dois anos de atuação profissional em UTIA. Foram excluídos todos os profissionais que estiverem ausentes no setor durante o período da coleta de dados.

A estratégia de aproximação dos atores sociais deu-se em dois momentos: o primeiro, de sensibilização quanto à importância do estudo mediante sucessivas aproximações junto aos integrantes da equipe em seus horários de trabalho; e no segundo momento, ocorreram encontros com todos os plantões (manhã, tarde e noite), com o objetivo de explicar-lhes sobre o projeto de estudo.

Nessas oportunidades, foram apresentados o tema a ser desenvolvido, os objetivos da pesquisa, a importância da participação do grupo, a metodologia que seria utilizada, além de esclarecer todas as dúvidas que fossem levantadas. Os profissionais que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e agendaram data e horário melhor para a entrevista, adequando às suas disponibilidades.

4.5 A PRODUÇÃO DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). A presença do pesquisador com o entrevistado

proporciona uma maior interação, auxiliando na construção do conhecimento, permitindo a observação de dados não verbalizados (MINAYO, 2012).

Os instrumentos mais utilizados para a etapa de coleta de dados de pesquisas qualitativas são o roteiro de entrevista, os critérios para observação participante e os itens para discussão de grupos focais (MINAYO, 2012).

Neste estudo, optou-se pelo roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), pois este método direciona o que se pretende alcançar sem limitar o livre pensamento do entrevistado, proporcionando a chance do surgimento de variáveis ainda não pensadas (MARTINS; BICUDO, 2005).

Minayo (2010) registra que:

No formato final de sua elaboração, o roteiro deve apresentar-se na simplicidade de alguns tópicos que guiam uma conversa com finalidade sob as seguintes condições a) cada questão que se levanta faça parte do delineamento do objeto e que todos encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; (c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores (MINAYO, 2010, p. 189).

Minayo (2010) orienta que o roteiro para uma entrevista semiestruturada deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas e deve funcionar apenas como lembrete. Tal roteiro deve ser construído de forma com que permita flexibilidade nas conversas e possa absorver novos temas e questões relevantes trazidas pelo interlocutor.

O roteiro foi constituído por duas partes: a primeira, com questões fechadas com o objetivo de caracterizar os sujeitos do estudo e a segunda, por meio de perguntas abertas, que foi o guia para apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa.

A entrevista foi individual, gravada, em uma sala reservada na própria unidade de atuação dos sujeitos, em data e horário pré-agendados pelo ator social a ser pesquisado. Não foi estabelecido um tempo limite de entrevista para cada ator social entrevistado. O tempo de duração dessa etapa foi, em média, de 50 minutos, sendo extrapolado, quando necessário.

Para as gravações das entrevistas, utilizou-se um gravador digital do tipo “MP3”. Após as mesmas, os conteúdos das falas foram transcritos e serão arquivados por cinco anos, sendo, após esse prazo, apagadas e destruídas para manutenção do sigilo. Ao início de cada entrevista, foi esclarecido o uso do gravador e sua importância para a fidedignidade do relato. Os participantes foram lembrados do compromisso de anonimato das declarações.

As entrevistas foram realizadas no período de maio a junho de 2013 e buscou-se garantir a participação de representantes de todas as categorias profissionais atuantes no setor.

Os depoimentos foram considerados como unidades de significação para que se viabilizasse a identificação das categorias do estudo e foram coletados até que houvesse repetições em seu conteúdo e nenhuma informação nova fosse encontrada.

Em algumas entrevistas, houve manifestações de desconforto e surgimento de emoções, traduzidas por episódios de choro. Nessas situações ocorreu a interrupção do diálogo e o acolhimento do entrevistado, respeitando esse momento. Era perguntado ao entrevistado, se ele gostaria de conversar/compartilhar sobre o que estava sentido ou as lembranças que o assunto suscitava; caso preferisse ficar em silêncio esperava-se a recomposição/reestruturação do entrevistado. Após cessar esses momentos, o funcionário era deixado à vontade para continuar ou não a entrevista. Todos os entrevistados, porém, optavam por prosseguir, alegando ser esse momento de memórias.

A postura da maioria dos entrevistados parecia tensa: alguns esfregavam as mãos uma na outra, outros desviavam o olhar e ainda havia os que ficavam com o olhar perdido, pensativo, como se tentassem encontrar as palavras certas ou estivessem lembrando antigas vivências.

A morte é o evento que mais suscita nos seres humanos pensamentos dirigidos por emoções e razões emocionais, seja no indivíduo que está morrendo, seja naqueles em volta (ARIÈS, 2010).

4.6 O TRATAMENTO, A CLASSIFICAÇÃO E A CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS PRODUZIDOS

O objetivo desta etapa é descrever a dinâmica utilizada para o tratamento dos dados deste estudo. Os dados coletados foram analisados segundo a metodologia da Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2011). Para essa autora, a análise de conteúdo é um

[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 48).

A concepção inicial desse conjunto de técnicas ocorreu, predominantemente, em função de abordagens quantitativas de pesquisa, embora Bardin (2011) previsse abordagens mais fortemente qualitativas. Na presente investigação, adotou-se a análise de conteúdo temática direcionada para uma análise de dados qualitativos.

Essa técnica é considerada por vários autores como, talvez, a mais utilizada em investigações qualitativas, sendo a “[...] expressão mais comumente usada para representar o tratamento de dados de uma pesquisa qualitativa” (MINAYO, 2012, p. 303).

Segundo Bardin (2011), a exigência de objetividade torna-se menos rígida, aceitando mais a combinação da compreensão clínica com a contribuição estatística. O mesmo autor lembra que a análise de conteúdo já não é exclusivamente considerada com o alcance descritivo, mas com objetivo de inferência.

Bardin (2011) acrescenta que a ampliação do campo de utilização da análise de conteúdo tem permitido o surgimento de novas ideias e possibilitado também o levantamento de questões sobre o conteúdo de um determinado material, tais como: o que é que ele diz? O que significa? Quais suas mensagens? E isso incluiria, naturalmente, mensagens intencionais e não intencionais, explícitas ou implícitas, verbais ou não verbais, alternativas ou contraditórias.

Segundo Minayo (2010), a operacionalização da análise de conteúdo se dá nas seguintes etapas: ordenação dos dados, construção das categorias empíricas e a análise final.

Na primeira etapa da análise de conteúdo, os depoimentos foram documentados pela transcrição das falas das entrevistas, preservando a fidelidade da fala dos atores desta pesquisa.

Para o tratamento dos textos transcritos, foi realizada uma revisão de língua portuguesa com a retirada do excesso das expressões coloquiais. Este tratamento adotado pautou-se no interesse analítico dos textos dos depoimentos – interesse este que esteve voltado para seus conteúdos temáticos e não para os linguísticos.

Outro cuidado com os textos transcritos dos depoimentos foi desenvolvido durante a sua digitação. À direita do texto, foi feita uma margem, de aproximadamente cinco centímetros, com a finalidade de preenchê-la com a denominação dos temas encontrados nos conteúdos, o que resultou na sua separação em parágrafos distintos.

Para alcançar a segunda etapa da análise de conteúdo, foram realizadas cuidadosas leituras e releituras do material transcrito, permitindo elaborar um esquema de interpretação e de perspectivas dos fenômenos estudados. Este exercício, denominado por alguns autores como “leitura flutuante”, permitiu apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais, pelas quais tentam transmitir os momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco. Essa atividade ajudou a estabelecer categorias analíticas teoricamente estabelecidas como baliza da investigação para a busca das relações dialéticas entre ambas.

Para explorar adequadamente o material coletado, foram utilizados os recortes do conteúdo, com a finalidade de decompô-los e depois recompô-los a fim de melhor perceber sua significação (LAVILLE; DIONE, 1999).

O material transcrito constituiu o *corpus* de dados do estudo, e a decomposição do *corpus* pode ser feita de diversas maneiras. São os objetivos que determinam sua sistemática e natureza. Neste estudo em particular, foi adotada uma análise de

conteúdo temática direcionada para uma análise de dados qualitativos, em que se utiliza o tema como unidade de significação.

Para Bardin (1977, p. 105), uma análise temática consiste em descobrir os “[...] núcleos do sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Essa segunda etapa da análise de conteúdo fundamenta-se em algumas regras técnicas (BARDIN, 2011). A primeira delas é a da homogeneidade de cada sistema categorial, isto é, a reunião de dados segundo um mesmo princípio ou aspecto do objeto de representação, assegurando assim um mesmo critério nas construções das categorias.

A segunda regra é a de exclusão mútua, que é a exigência de que cada unidade de registro identificada nos dados de primeira ordem corresponda a um elemento do sistema categorial. Ele não pode ser simultaneamente codificado em outros elementos e sistemas categoriais. O atendimento dessa regra evita que um conteúdo se apresente em mais de uma categoria.

A terceira regra diz respeito à pertinência, que se traduz pelo grau de adaptação entre o material transcrito e a problemática da pesquisa e seu quadro hipotético e/ou teórico. Neste sentido, após as primeiras impressões, o analista pode formular categorias cada vez mais específicas e com capacidade heurística maior.

A quarta e última regra é a objetividade, que garante o valor de fidedignidade da análise. Ou seja, deve-se procurar descrever todos os dados disponíveis naquela população ou a totalidade de material, segundo a mesma definição operacional, de modo a levar que diferentes analistas possam chegar a resultados similares.

Depois de selecionadas as unidades de análise, passou-se a uma fase intermediária, que antecedeu a construção propriamente dita do corpo de categorias. As unidades de análise identificadas foram agrupadas a partir de características comuns ou aproximadas. Esses agrupamentos e análise visaram a identificar categorias representativas e apropriadas ao *corpus*.

A fase de agrupamento das unidades é um processo de análise que vai se efetivando no decorrer de diversas etapas e que culmina com a construção de um

corpo de categorias adequado ao material analisado. A partir das categorias identificadas, foi possível classificá-las em categorias maiores por critério de afinidade e dividi-las em subcategorias afins.

É importante lembrar que todo esse processo de construção de um corpo de categorias ocorre na medida em que se faz a opção de definir categorias somente após a classificação dos dados.

Bardin (2010) registra que a categorização pode empregar dois processos inversos: o primeiro que fornece o sistema de categorias e reparte os elementos à medida que forem encontrados; e o segundo, em que o sistema de categorias não é fornecido, ele resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos. Nesse processo, o título da categoria somente é definido no final da operação. Nesta pesquisa, trabalhamos com a segunda opção, ou seja, não trabalhamos com categorias pré-definidas.

O material transcrito foi submetido a um processo de classificação e categorização realizado por outros analistas, como forma de aumentar a validade. Souza Filho (1993) enfatiza esse aspecto afirmando que:

[...] quanto mais a definição de uma categoria recobrir formas diferentes, mais trabalho vai dar ao analista para se sentir seguro e, nesse caso, recomenda-se que o material seja observado por pelo menos um outro analista independente, cuja concordância deve ser significativa em pelo menos 70% das unidades analisadas (SOUZA FILHO, 1993, p. 126).

4.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A terceira etapa da análise de conteúdo é a análise final: movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral; é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado (MINAYO, 2010).

Assim, para promover esse movimento, as categorias empíricas oriundas dos depoimentos dos atores sociais foram aproximadas dos autores inseridos na revisão de literatura desenvolvida neste estudo. A análise preliminar das categorias atendeu a esse movimento entre o empírico e o teórico.

Os resultados foram apresentados em dois artigos científicos, conforme proposta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Os artigos foram estruturados de acordo com as normas de duas revistas científicas da área da Enfermagem.

4.8 PROCEDIMENTOS PARA A CONFIABILIDADE DA PESQUISA

Todo movimento de pesquisa envolve a busca de uma cientificidade. Para tanto, foram explorados os critérios apresentados na literatura a serem adotados em uma pesquisa qualitativa. É fundamental detalhar os parâmetros deste estudo, na sua busca de uma dimensão de cientificidade.

Para esclarecer essa cientificidade buscada, é necessário apresentar a questão do rigor científico, principalmente por se tratar de uma pesquisa qualitativa. Spink (1993) aproxima o rigor científico da objetividade. Para essa autora, ser objetivo

[...] em essência, implica assumir o erro intelectual do erro. Postura esta que remete à aceitação de que há uma realidade empírica passível de ser decifrada por meio da reflexão e pesquisa (SPINK, 1993, p. 103).

Para Ludke e André (2013), os cuidados com a objetividade são fundamentais, porque eles afetam diretamente a validade do estudo. Entretanto, o termo “validade” tem sido preterido em pesquisas qualitativas, diante de seu desenvolvimento pleno em pesquisa quantitativa. Assim, além desse parentesco histórico, suas dimensões conceituais dificilmente aplicam-se às concepções qualitativas (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998).

Como alternativa aos procedimentos de validação, alguns autores têm sugerido outros critérios para substituí-lo. Dentre eles, Alves-Mazzotti e Gewandsznayder (1998, p. 171) sugerem que a confiabilidade da pesquisa qualitativa seja maximizada pela adoção dos seguintes critérios:

- a. Credibilidade – os resultados e interpretações feitas pelo pesquisador são plausíveis para os atores envolvidos?
- b. Transferibilidade – os resultados do estudo podem ser transferidos para outros contextos ou para contextos em outras épocas?
- c. Consistência – os resultados obtidos têm estabilidade no tempo?
- d. Confirmabilidade – os resultados obtidos são confirmáveis?

5 CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.”

Cecily Saunders

Esta etapa foi construída de acordo com as normas aprovadas pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – da Universidade Federal do Espírito Santo (ANEXO III). Após a construção das etapas iniciais, os resultados foram apresentados no formato de dois artigos científicos, estruturando-os dentro das normas das revistas escolhidas. São eles:

Artigo 1 - Significados do Processo de Morrer e da Morte para a Equipe Multiprofissional.

Artigo 2 - Convivendo com a Morte e o Morrer.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS

Esta etapa foi realizada por meio de uma entrevista com os atores objetivando a caracterização do grupo. Foi desenvolvida no setor de trabalho com as categorias profissionais que compõem a equipe de saúde da UTIA e que se dispuseram a participar da pesquisa. Foi elaborado um instrumento de coleta de dados (Apêndice A) com 19 questões fechadas. Esses dados foram tabulados em valores percentuais e agrupados.

Dos 21 profissionais de saúde estudados, 52% são do sexo feminino e 48% do sexo masculino. Houve predomínio de adultos e jovens entre os entrevistados: 71% possuíam entre 20 e 40 anos e 29% encontravam-se entre 41 e 60 anos.

Com relação à crença religiosa dos entrevistados, a maioria (57%) denominou-se evangélicos e 24% católicos; 14% declararam acreditar em Deus, porém não professaram nenhuma crença, e 5% dos entrevistados afirmaram ter mais de uma crença religiosa.

Sobre o grau de escolaridade, 57% tinham nível médio, 43% tinham nível superior, sendo que destes, 78% referiram nível de especialização ou pós-graduação, demonstrando uma busca pela qualificação, talvez incentivada pelo cenário do estudo ser um hospital escola. Alguns profissionais possuem o nível de escolaridade maior do que o exigido para o cargo, como os técnicos de enfermagem, que têm nível superior.

Quanto ao tempo de formação profissional, 52% tinham entre 2 e 10 anos de formação, 43% tinham entre 11 e 20 anos de formação e 5% mais de 21 anos de formado. Quanto ao tempo de exercício profissional na UTIA, 81% tinham entre 2 e 10 anos de atuação, 14% tinham entre 11 e 20 anos de atuação e 5% mais de 21 anos de atuação.

Pode-se observar, por meio da categorização dos atores sociais, que há uma significativa heterogeneidade de fatores relacionados à idade e ao tempo de atuação em UTIA, além de os entrevistados se declararem de diversas religiões. Estas diferenças contribuem para que os dados encontrados possam melhor representar o pensamento comum.

“Só podemos realmente viver e apreciar a vida se nos conscientizarmos de que somos finitos. Aprendi tudo isso com meus pacientes moribundos que no seu sofrimento e morte concluíram que temos apenas o agora, portanto, goze-o plenamente e descubra o que o entusiasmo, porque absolutamente ninguém pode fazê-lo por você.”

Elizabeth Kübler-Ross

5.2 ARTIGO 1

SIGNIFICADOS DO PROCESSO DO MORRER E DA MORTE PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL*

MEANING OF THE PROCESS OF DYING AND DEATH FOR TEAM MULTIPROFESSIONAL

SIGNIFICADO DEL PROCESO DO MORIR E Y DE LA MUERTE PARA LA EQUIPO MULTIPROFESIONAL

Alessandra Monteiro Guimarães Carvalho Barbosa¹, Leila Massaroni²

¹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Adulta do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil, alessandramgcb@yahoo.com.br

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFRJ, Professora Associada IV do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, leilamassaroni53@gmail.com

Autor correspondente:

Alessandra Monteiro Guimarães Carvalho Barbosa
Rua Engenheiro Fábio Ruschi, 414 - Bento Ferreira
Vitória, ES, Brasil, CEP 29050-670.
alessandramgcb@yahoo.com.br

*Artigo baseado na dissertação “Significados da morte e do morrer para a equipe multiprofissional de uma unidade de terapia intensiva adulto”, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), 2013.

RESUMO

A morte é um fenômeno que apresenta diversidade de conceitos, estando atrelada ao contexto histórico e sociocultural, às vivências pessoais, repercutindo no comportamento individual e grupal. Este estudo objetiva descrever os significados que a equipe multiprofissional de uma Unidade de Tratamento Intensivo Adulto detém sobre o processo do morrer e a morte. Realizada pesquisa de natureza qualitativa, obtiveram os dados por meio de entrevista semiestruturada com 21 profissionais de saúde. Analisaram os resultados embasados na análise de conteúdo temática, que resultou nas categorias: Visão não científica da morte e do morrer e Visão científica da morte e do morrer. Evidenciaram-se significados sobre a morte, tais como: um processo natural, uma etapa a cumprir, um evento fisiológico e a extinção. Devido à multiplicidade de significados encontrados, conclui-se a necessidade de discussão e reflexão sobre o processo do morrer e da morte, com a expectativa de melhor conviver com esses eventos.

Descritores: Morte; Atitude Frente a Morte; Pessoal de Saúde; Tanatologia.

ABSTRACT

Death is a phenomenon that presents diverse concepts, pegged to historical and sociocultural context, personal experiences, reflecting on individual and group behavior. This study aims to describe the meanings of a multidisciplinary team the Intensive Care Unit Adult holds about the process of dying and death. The research was qualitative in nature, conducted through semi-structured interviews with 21 health professionals. The results were analyzed in grounded thematic content analysis, which resulted in the following categories: non-scientific view of death and dying and scientific view of death and dying. Evidenced meanings about death as a natural process, a step to fulfill a physiological event and extinction. It is important to know the meanings that these professionals have about these events for discussions and reflections that help the healthcare team to live with death and dying.

Keywords: Death; Attitude to Death; Health Personnel; Thanatology.

RESUMEN

La muerte es un fenómeno que presenta diversos conceptos, vinculado al contexto histórico y sociocultural, las experiencias personales, lo que refleja en el comportamiento individual y grupal. Este estudio tiene como objetivo describir los significados de un equipo multidisciplinario de la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos sobre el proceso de morir y de la muerte. La investigación fue de carácter cualitativo, realizado a través de entrevistas semi-estructuradas con 21 profesionales de la salud. Los resultados fueron analizados en el análisis de contenido temático a tierra, lo que dio lugar a las siguientes categorías: visión no científica de la muerte y el morir y la visión científica de la muerte y el morir. Significados acerca de la muerte se evidencia como un proceso natural, un paso de cumplir un evento fisiológico y extinción. Es importante conocer los significados que estos profesionales tienen sobre estos eventos para discusiones y reflexiones que ayudan al equipo de atención médica a vivir con la muerte y el morir.

Palabras clave: Muerte; Actitud Frente a la Muerte; Personal de Salud; Tanatología

INTRODUÇÃO

A morte é a certeza da condição humana e parte integrante da vida, constituindo peculiaridade do ser humano, por ele ser o único ser vivo que tem consciência da sua própria finitude¹. A morte é incognoscível. Apenas se sabe que será o último evento da vida, mas como ocorrerá e o que virá após ela ainda é uma incógnita, e isso gera medo, incertezas e dúvidas.

Apesar de ser um fenômeno natural, lídimo e certo, a morte possui tantas nuances que se torna intrincado descrevê-la claramente. O conceito de morte e de processo do morrer são complexos, mutáveis e influenciados pelo contexto situacional, repercutindo no comportamento individual e grupal diante desses fenômenos².

A morte não pode ser conhecida apenas pela visão científica. Essa não é suficiente para apreender-lhe um significado. É necessário o conhecimento oriundo das religiões, das culturas dos povos, dos costumes e crenças, da própria consciência humana, para que o ser humano formule um significado para a morte.

Ao tratar da temática da finitude da vida, é necessário abordar os diversos conceitos de morte definidos em toda a história da humanidade, e ela é um dos fenômenos que mais instigam o imaginário dos seres humanos. Variados pensadores fizeram e fazem inúmeras conjecturas acerca da morte e do mistério que a envolve, mesmo assim não se conseguiu uma definição para a mesma.

Há registros referentes à morte como perda, ruptura, desintegração, degeneração, mas também como fascínio, sedução, uma grande viagem, entrega, descanso ou alívio³. Mas nem todas as palavras conseguem expressar o que muito se imagina e o tão pouco que se sabe sobre ela⁴.

Assim, o processo do morrer e a morte apresentam variadas definições, conforme o momento histórico e o contexto sociocultural, fazendo com que o morrer deixe de ser apenas um fato biológico e passe a ser um processo construído socialmente, pois há uma produção de práticas e de representações significativas em cada momento histórico⁵.

A morte para alguns é o fim de tudo, da vida física, energética e espiritual; para outros, apenas fim da vida no corpo físico, algo imaterial (espírito/alma) que sobrevive e viverá em outros lugares. Ainda há aqueles que acham que a morte é a volta do espírito/alma para seu plano de vida normal, ou seja, o espiritual⁶.

Até meados do século XV, a morte era vista como evento natural, fazia parte do cotidiano, havendo participação de toda a comunidade, inclusive das crianças, e ocorria, em sua maioria, nos lares. O homem conhecia os sinais que a antecediam e tomava todas as providências em relação à sua vida e à da sua família⁷.

Atualmente, tal temática vem com padrões de compreensão muito variados, envolta por emoções e determinada por interesses. O morrer e a morte passaram a ser envolvidos em solidão e medo e relacionados somente a perdas: do outro, do trabalho, da posição social e dos bens⁸.

O homem moderno, inebriado pelo êxito de suas conquistas, tenta sobrepujar com mais veemência a inelutável realidade da morte, mas encontra nela a última e incontornável fronteira. Falar da morte é falar da morte do outro, colocando-a como o estágio final de uma doença grave e não como parte do processo do desenvolvimento humano³.

Apesar de todo o desenvolvimento da sociedade e do homem, com novas descobertas nos mais variados assuntos, os aspectos que envolvem a morte e o morrer continuam sendo objeto de reflexões e de alterações na condução do processo do morrer e da morte.

O homem se surpreende com a morte porque seu conhecimento sobre ela é externo, aprendido, não inato². Essa supressa gera ansiedade, sendo que é nas atitudes e crenças diante da morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental, refletindo na forma de condução do agir humano.

A morte não é um mal a ser destruído, um inimigo a ser combatido ou uma prisão de onde devemos fugir, mas parte da vida, proporcionando significado à existência humana⁹.

Já o processo do morrer pode ser definido como o intervalo entre o momento em que uma doença deixa de ter condições de cura até aquele em que o paciente não mais reage a qualquer medida terapêutica, progredindo inexoravelmente para a morte¹⁰.

Durante o processo do morrer a pessoa tem a chance de ser verdadeiramente autêntica, de conhecer-se intimamente e exteriorizar isso para as pessoas que a rodeiam, de fortalecer laços e construir novas relações, podendo ser uma ocasião de transformação profunda do ser, passível de criar um sentido para sua morte¹¹.

A equipe de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIA) lida constantemente com o processo do morrer e a morte, mas demonstra grande dificuldade em defini-los, esboçando diferentes reações ao enfrentar esses eventos, provavelmente porque cada um traz consigo as suas próprias representações de morte para o cotidiano laborativo.

É necessário que o profissional de saúde elabore significados para sua própria morte e a do próximo, para que possam subsidiar a sua conduta frente a ela, possibilitando-o a uma atuação adequada junto aos pacientes e familiares e uma melhor convivência com a morte e com o morrer.

OBJETIVO

Descrever os significados que os integrantes da equipe multiprofissional de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Adulta de um Hospital Universitário detêm sobre o processo do morrer e a morte.

MÉTODO

O estudo caracteriza-se por uma pesquisa de campo do tipo descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, que possibilita evidenciar os significados que os atores sociais têm sobre a morte e o morrer, relacionando-os às questões da cultura, história de vida de cada ser humano e sentimentos, por trabalhar com o universo de significados, crenças, valores e atitudes¹².

O cenário do estudo foi a UTIA de um Hospital Universitário no Município de Vitória (ES). Este cenário foi escolhido por ser um hospital de ensino, sendo seus profissionais formadores de opinião, e o setor de escolha se deu por ser uma unidade onde os profissionais convivem cotidianamente com a morte e o morrer.

Iniciou-se a pesquisa após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo sob o parecer n° 157.413, e em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Participaram do estudo 21 profissionais de saúde, dentre as categorias: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Esta amostra foi selecionada de maneira a atender o critério de atuar no mínimo dois anos em UTIA, sendo excluídos os que estavam em gozo de férias e de licença.

O número de sujeitos foi definido pela saturação dos dados, ou seja, as informações foram coletadas até que houvesse repetições em seu conteúdo e as respostas já atendessem e respondessem ao objetivo proposto na pesquisa¹².

Para manter o anonimato dos participantes, foram utilizadas letras para representar as categorias profissionais existentes no setor: M (médicos), F (fisioterapeutas), E (enfermeiros), T (técnico de enfermagem), A (auxiliares de enfermagem), seguidas do número sequencial de entrevistas.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2013, em local reservado na unidade de atuação dos profissionais, respeitando a privacidade e o anonimato. Os participantes foram orientados sobre os objetivos do estudo, a metodologia, a garantia de anonimato e do sigilo das informações e a liberdade de se recusarem ou sair a qualquer tempo do estudo. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Elegeu-se como técnica para a coleta de dados a entrevista semiestruturada, cujo roteiro constou de duas partes. A primeira com o intuito de caracterização dos sujeitos da pesquisa, a segunda com questões abertas contemplando aspectos de cunho social, educativo e afetivo, como também especificidades no que se referem aos sentimentos, aos significados e às experiências diante da morte. As entrevistas, previamente agendadas, foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra pela principal pesquisadora.

Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática, que vem a ser “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”^{12:48}.

O material proveniente das entrevistas foi analisado por meio de três fases: na primeira, uma pré-análise, na qual foi realizada uma leitura flutuante do material até conseguir uma impregnação desse conteúdo. Na segunda fase, de exploração do material, os dados foram recortados e agrupados conforme seus conteúdos, a partir das unidades de significado originadas do material. Por último, o tratamento dos resultados (inferência e interpretação), que foi realizado por meio do referencial teórico utilizado, de onde emergiu as categorias: Visão não científica da morte e do morrer e Visão científica da morte e do morrer.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equipe multiprofissional da UTIA é composta de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos e auxiliares de enfermagem, não estando disponibilizados psicólogos e assistentes sociais. Dos 21 profissionais entrevistados, a idade variou entre 25 e 54 anos, sendo a média de 37 anos. O tempo médio de formação profissional foi de 12,5 anos. O tempo médio de experiência na UTIA foi de 8,8 anos. Quanto à crença religiosa, a maioria denominou-se evangélicos, seguidos de católicos e outras religiões, sendo que um entrevistado referiu ser agnóstico. Sobre o grau de escolaridade, cerca de 40% dos entrevistados possuíam nível superior e destes a grande maioria tinha nível de especialização ou pós-graduação.

A partir da análise das entrevistas, foi possível identificar diversos significados baseados nas vivências e conhecimentos do dia a dia dos profissionais, que nem sempre são os definidos cientificamente, por isso optou-se por categorizar as respostas encontradas nas entrevistas, como a visão não científica da morte e do morrer e a visão científica da morte e do morrer.

Visão não científica da morte e do morrer

A morte é um evento que não pode ser definitivamente descrito, pensado, nomeado e depende de como cada um a percebe. A ideia que se tem da morte é o rótulo que se dá ao que se conhece e se presencia.

Mesmo sendo um evento inexorável, falar da morte causa desconforto, devido à visão que os seres humanos têm deste evento e aos sentimentos por ele suscitados. Mas evitar pensar e falar na morte, além de não impedir sua chegada, dificultará sua naturalização¹³: Essa afirmativa pode ser identificada nesta fala: *[...] ninguém quer morrer, mesmo os que têm religião e acham que vão para algum lugar. É triste e quando a gente pensa na morte de um ente querido é tão assim [...] eu tento não pensar, porque até pensar fico com medo. (T6)*

A maioria das respostas dadas pelos pesquisados à pergunta “Para você, o que é a morte?” foram curtas, revelado certo desconforto, como na tentativa de acabar logo com o assunto: *A morte para mim é a passagem dessa vida para algo melhor, acho que é isso. (A1)*. Isso pode ter origem no sentimento de angústia e desamparo que cerca a morte e o desconhecido.

Morrer é a verdade incontestável de todo ser humano, sendo a morte o estágio final do crescimento humano. É um fato inevitável fazendo parte do ciclo vital tanto quanto o nascer⁹. Definição semelhante foi apresentada pelo entrevistado: *É um processo natural, você nasce, vive e morre [...] todos vão passar por isso. (A3)*

Embora a morte seja um processo natural o qual os profissionais de saúde vivenciam na vida pessoal e profissional, ela pode se configurar como um momento de sofrimento, sendo percebida como uma perda. A formação acadêmica na área de saúde é voltada para a missão de curar, sendo a morte associada ao fracasso de manter a vida¹⁴: *[...] é o momento do depois de termos tentado fazer de tudo [...] e acabamos perdendo uma vida. (F1)*

A sociedade ocidental prepara o ser humano para a vida, não para a morte, dificultando a compreensão desta como uma situação irreversível e verdadeira, suscitando sentimentos de impotência frente às perdas e contribuindo para a ausência de uma concepção espiritual ou filosófica que veja a morte como parte da existência humana⁷.

Observou-se na fala exemplificada abaixo que vários profissionais acreditam na vida após a morte – isso pode ser explicado visto que a grande maioria dos entrevistados tinha uma religião e que todas as religiões registram a crença da existência de vida após a morte¹⁵: *[...]*

estamos vivendo exatamente agora, neste mundo, a metade da nossa vida [...] e teremos outra vida futura, eterna. (E2)

As crenças e os valores religiosos influenciam fortemente nos significados da morte e do processo do morrer, e todas as religiões registram a crença de vida após a morte, sendo a ela percebida como um fenômeno religioso, na qual acredita-se que a essência da natureza humana é espiritual ao invés de material¹⁶: *[...] me encontro diante de leituras e conhecimentos convincentes, que não estamos aqui à toa, estamos como processo de aprendizado. (E1)*

Mediante a fala a seguir, percebeu-se que outro sentido que se pode dar à morte é como uma passagem, sendo compreendida como objetivo alcançado, transposição para uma nova etapa a ser cumprida: *A morte é a passagem da vida terrena para a espiritual. (M1)*

As entrevistas também evidenciaram que a morte pode ser concebida sob a visão do materialismo ocidental, que define a morte como o fim total e absoluto, nada mais restando após sua passagem. Há pensadores que veem a morte como algo negativo; para alguns, ela é o reverso da vontade de vida, é um fenômeno que se opõe ao amor à vida e ao esforço para conservá-la e prolongá-la o mais possível, atitude tão comum ao homem moderno¹⁷: *Acho que meu silêncio já diz [...] eu não tenho nenhum conceito sobre a morte, para mim é solidão, solidão total, ausência total de vida. (M4)*

O homem é também o único ser vivo que acredita na vida após a morte, que executa ritual funerário, que crê no renascimento dos mortos. Isso é visualizado há muitos séculos, com procedimentos como mumificação e enterro dos mortos com os seus pertences². Essa definição encontra-se representada na seguinte fala: *[...] é um sono, a pessoa morre, mas vai ressuscitar. (A3)*

Visão científica da morte e do morrer

São variados os conceitos dos cientistas sobre morte, mas todos têm algo em comum: a parada das funções vitais e separação do corpo e da alma. Então, a princípio, a morte pode ser vista pelo seu lado científico, sendo definida morte como parada total e irreversível das funções encefálicas, com ausência de reflexos e de atividade elétrica cerebral¹⁸, *[...] é a falência dos sistemas e da parte cerebral. (T6)*

A compreensão da morte não se restringe ao seu aspecto biológico objetivo, mas também envolve a dimensão existencial subjetiva¹⁹. Definir a morte baseado exclusivamente em critérios fisiológicos nem sempre é suficiente para dar significância a ela e acalmar o medo e a angústia que a mesma pode causar, [...] *eu pensava na morte com muito medo, de não querer morrer, até hoje ninguém quer morrer, mesmo os que têm uma religião e acha que vai para algum lugar, ninguém quer morrer [...] não é normal se acostumar a ver pessoas morrendo o tempo todo.* (T6)

Quanto ao que os entrevistados compreendem como processo do morrer, verificou-se a falta de conhecimento sobre o termo, com ausências de respostas, e isso pode ser constatado pela escassez de literatura sobre o significado do processo do morrer: *Não sei como se processa a morte, não tenho opinião sobre isso.* (A2)

CONCLUSÃO

Na presente pesquisa, constatou-se que os significados sobre a morte são muito variados, indo desde um processo natural, passando por uma etapa a ser cumprida, um evento fisiológico, até a compreensão de extinção. Esta variabilidade se explica pela dependência de conhecimentos e da vivência pessoal para elaboração de uma definição de morte.

Com relação ao que significa o processo do morrer, percebeu-se o pouco conhecimento para subsidiar a formação de um conceito sobre o assunto. É importante apreender e compreender os significados que a morte e o morrer têm para os profissionais de saúde, já que eles possuem contato cotidiano e contínuo com esses eventos, que podem ser geradores de sentimentos nem sempre bem compreendidos.

Estes significados podem servir de base para discussões e reflexões na prática diária e na vida acadêmica, auxiliando a equipe multiprofissional a melhor conviver com o processo do morrer e com a morte.

REFERÊNCIAS

1. Montaigne M. De como filosofar é aprender a morrer. Ensaios, volume 1. São Paulo: Abril Cultural; 2000.
2. Morin E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago; 1997.

3. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
4. Cassorla RMS. Prefácio. In: Kóvac MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP; 2012, p.13-20.
5. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.
6. Keizer B. Dançando com a morte: observações sobre o viver e o morrer. São Paulo: Globo; 2008.
7. Ariès P. História da morte no Ocidente. 4ª ed. Lisboa: Editorial Teorema; 2010.
8. Souza EP, Gonçalves SP. Visão e atuação do enfermeiro na assistência a pacientes fora de possibilidades terapêuticas. In: Rezende VR (Org). Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: Editoria da Unicamp; 2000, p.49-59.
9. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
10. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. Revista Bioética. 2005; 13(2): 51-63.
11. Hennezel M. A morte íntima: aqueles que vão morrer nos ensinam a viver. São Paulo: Ideias e Letras; 2004.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edição 70; 2011.
13. Cesar B. Superando o preconceito de falar sobre a morte. In: Figueiredo MTA. (Coord). Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia. São Paulo: Unifesp/EPM; 2006, p.4-7.
14. Sanches PG, Carvalho MDB. Vivências dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(2):289-96.
15. Borges MS, Mendes N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. Rev Bras Enferm. 2012; 65(2):324-31.

16. Macedo ES, Marques IM, Pinheiro MM, Góes FGB. The perception of nurses faced with the death of adult icu patients. *Rev de Pesq: cuidado é fundamental*. 2010; 2(1):690-703.
17. Schopenhauer A. *Da morte – metafísica do amor – do sofrimento do mundo*. São Paulo: Martin Claret; 2003.
18. França GV. *Direito Médico*. 7ª ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk; 2001.
19. Boff L. *O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade*. Petrópolis: Vozes; 2012.

“Seja qual for o amor que sintamos por alguém, não podemos impedi-lo de morrer, se esse é o seu destino. Também não podemos evitar um certo sofrimento afetivo e espiritual que faz parte do processo de morrer de cada um. Podemos somente impedir que essa parte de sofrimento seja vivida na solidão e no abandono; podemos envolvê-la de humanidade”.

Marie de Hennezel

5.3 ARTIGO 2

CONVIVENDO COM A MORTE E O MORRER*

LIVING WITH DEATH AND DIE *

VIVIR CON LA MUERTE Y EL MORIR *

Alessandra Monteiro Guimarães Carvalho Barbosa¹, Leila Massaroni²

¹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Adulta do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), Brasil, alessandramgcb@yahoo.com.br

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFRJ, Professora Associada IV do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, leilamassaroni53@gmail.com

Autora correspondente:
Alessandra Monteiro Guimarães Carvalho Barbosa
Rua Engenheiro Fábio Ruschi, 414 - Bento Ferreira
Vitória, ES, Brasil, CEP 29050-670.

*Artigo baseado na dissertação “Significados da morte e do morrer para a equipe multiprofissional de uma unidade de terapia intensiva adulto”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), 2013.

RESUMO

Este estudo objetiva descrever os fatores que interferem na convivência dos profissionais de saúde com a morte e com o morrer. Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada com 21 profissionais de saúde de diversas categorias de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. O processo de análise foi embasado na análise de conteúdo temática, que resultou nas categorias: Temporalidade da morte, Formas de enfrentamento, Tecnologias que prolongam a vida e Formação acadêmica. Os resultados apontam para a melhor aceitação da morte do idoso; a espiritualidade, o distanciamento e a banalização como forma de enfrentamento; a tecnologia prolongando o processo do morrer e a imprescindibilidade de ampliação da discussão na formação acadêmica do tema da morte e do morrer. Conclui-se a necessidade de discussão e reflexão sobre os fatores encontrados, com implantação de grupos de estudo, na tentativa de melhor conviver com a morte e o morrer.

DESCRITORES: Morte. Atitude Frente a Morte. Pessoal de Saúde. Tanatologia. Prática Profissional.

ABSTRACT

The purpose of this study is to describe the factors that interfere on the living together with death and dying of health professionals. This is a qualitative research, conducted through semi-structured interviews with 21 health professionals from different categories working at an ICU Adult. The analysis was based on thematic content analysis, which resulted in classification of these categories: Temporality of death; Ways of coping with death; Technologies that extend life and Academic Education. The results point to a greater acceptance of death in the elderly, spirituality, detachment and trivialization as a way of coping; point also to the technology delaying the dying process and the importance of enlargement of discussion about the subject death and dying in academic education. We conclude the need for discussion and reflection on the identified factors, with the implementation of the study groups in an attempt to better cope with death and dying.

DESCRIPTORS: Death. Attitude to Death. Health Personnel. Thanatology. Professional Practice.

RESUMEN

El objetivo del estudio es describir los factores que interfieren en la coexistencia de profesionales de la salud con la muerte y el morir. Se traduce en una investigación cualitativa, realizada a través de entrevistas semi-estructuradas hechas a 21 profesionales de la salud de distintas categorías que trabajan en una UCI de adultos. El proceso de análisis se construyó por el análisis de contenido temático, que resultó en las categorías de clasificación: Temporalidad de la muerte, maneras de hacer frente a la muerte, tecnologías que amplían la vida y la educación. Los resultados apuntan a una mayor aceptación de la muerte en los ancianos, a la espiritualidad, a el desapego y la trivialización como una manera de hacer frente, así como a la tecnología de prolongar el proceso de morir y el carácter indispensable de agrandar la discusión del tema muerte y morir en la formación académica de los profesionales de la salud. Llegamos a la conclusión de la necesidad de discusión y reflexión sobre los factores identificados, con la implementación de los grupos de estudio en un intento de hacer frente mejor a la muerte y el morir.

DESCRIPTORES: Muerte. Actitud Frente a la Muerte. Personal de Salud. Tanatología. Práctica Profesional.

INTRODUÇÃO

Na história da humanidade, a morte é um dos fenômenos que mais instigam o imaginário dos seres humanos. Vários pensadores fizeram e fazem inúmeras conjecturas acerca da morte e do mistério que a envolve.¹

Até meados do século XV, a morte era vista como evento natural, fazia parte do cotidiano, havendo participação de toda a comunidade, inclusive das crianças, e ocorria, em sua maioria, nos lares. Atualmente, vem com padrões de compreensão muito variados, envoltos por emoções e determinados por interesses.²

Os investimentos tecnológicos aumentaram o tempo de vida dos pacientes, mas a formação e o amadurecimento dos profissionais de saúde para lidar com o paciente em processo do morrer não acompanharam esse crescimento.³⁻⁴

A morte não é um mal a ser destruído, um inimigo a ser combatido ou uma prisão de onde devemos fugir, mas parte da vida, proporcionado significado à existência humana.⁵

O medo da morte tem como componentes principais: a angústia de deixar essa vida; a incerteza quanto à inexistência de vida pós-morte; e o pavor dos possíveis sofrimentos no momento da morte.⁶

Apesar de todo o desenvolvimento da sociedade e do homem, com novas descobertas nos mais variados assuntos, os aspectos que envolvem a morte e o morrer continuam sendo objeto de reflexões e de alterações na condução destes fenômenos.

A partir do século XX, quando a morte deixou de ocorrer nos domicílios e a transferiram para os hospitais, ela se fez presente no trabalho dos profissionais de saúde. A morte passou de um acontecimento esperado, natural e compartilhado, para um morrer institucionalizado e, em sua maioria, solitário.⁷

A forma como as pessoas veem a morte certamente influenciará a forma de ser de cada um, e isso depende de múltiplos fatores. No caso dos profissionais de saúde, essa vivência irá afetar não só sua relação com a morte na condição de ser humano, mas também na atuação profissional frente ao paciente que se encontra nessa situação.⁸

A alteração da forma de enfrentamento da morte, de algo natural para ser associada à ideia de fracasso, parece ser um dos elementos que influenciou na dificuldade que os profissionais de saúde têm em cuidar do paciente durante o processo de morrer.⁹

No ambiente hospitalar, nenhum outro evento é capaz de suscitar mais pensamentos dirigidos pela emoção e reações emocionais do que a morte, tanto no indivíduo que está morrendo, quanto naqueles à sua volta.¹⁰ A morte incomoda e interfere profundamente na vida dos profissionais, que, por força da atividade laborativa, convivem diuturnamente com ela.⁶

Saber conviver com o processo do morrer e da morte é muito importante para todos os profissionais de saúde: o médico, a quem cabe, normalmente, a decisão sobre a forma de conduzir o processo de morrer e a constatação legal da morte; os profissionais de enfermagem que vivenciam diretamente esse processo, interagindo intimamente com o paciente e seus familiares; e os demais profissionais que integram a equipe.

OBJETIVO

Identificar os fatores que interferem na convivência dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Adulto com a morte e com o morrer.

MÉTODO

O estudo se caracteriza por uma pesquisa de campo do tipo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, a qual possibilita evidenciar os significados que os atores sociais têm sobre a morte e o morrer, relacionando-os a questões da cultura, história de vida de cada ser humano e sentimentos. A pesquisa qualitativa abrange trabalhar com o universo de significados, crenças, valores e atitudes.¹¹

O cenário do estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTIA) de um Hospital Universitário no Município de Vitória (ES). Esse cenário foi escolhido por ser um hospital de ensino, sendo seus profissionais formadores de opinião, e o setor de escolha se deu por ser uma unidade onde os profissionais convivem cotidianamente com a morte e com o morrer.

Iniciou-se a pesquisa após aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo sob o parecer nº157.413 e em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Participaram do estudo 21 profissionais de saúde, dentre as categorias: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Esta amostra foi selecionada de maneira a atender o critério de atuar no mínimo dois anos em UTIA, sendo excluídos os que estavam em gozo de férias e de licença.

O número de sujeitos foi definido pela saturação dos dados, ou seja, as informações foram coletadas até que houvesse repetições em seu conteúdo e as respostas já atendessem e respondessem ao objetivo proposto na pesquisa.¹²

Para identificar as entrevistas e manter o anonimato dos participantes do estudo, foram utilizadas letras para representar as categorias profissionais existentes no setor: M (médicos), F (fisioterapeutas), E (enfermeiros), T (técnico de enfermagem), A (auxiliares de enfermagem), seguidas do número sequencial de entrevistas.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2013, em local reservado na unidade de atuação dos profissionais, respeitando a privacidade e o anonimato. Os participantes foram orientados sobre os objetivos do estudo, a metodologia, a garantia de não serem identificados e do sigilo das informações, e a liberdade de se recusarem ou sair a qualquer tempo do estudo. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Elegeram-se como técnica para a coleta de dados a entrevista semiestruturada, cujo roteiro constou de duas partes. A primeira com o intuito de caracterização dos sujeitos da pesquisa, a segunda com questões abertas contemplando aspectos de cunho social, educativo e afetivo, como também especificidades no que se referem aos sentimentos e às experiências diante da morte. As entrevistas, previamente agendadas, foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo temática, que vem a ser “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.”^{12:48}

O material resultante das entrevistas foi analisado em três fases: na primeira, uma pré-análise, na qual foi realizada uma leitura flutuante do material até com o objetivo de haver impregnação desse conteúdo pelo pesquisador. Na segunda fase, de exploração do material, os temas foram sendo agrupados conforme seus conteúdos, a partir das unidades de significado originadas do material, até se obter a formação das categorias. Por último, o tratamento dos resultados (inferência e interpretação) foi realizado por meio de referencial teórico utilizado, o qual subsidiou a formação das categorias assim denominadas: Temporalidade da morte; Espiritualidade; Tecnologias que prolongam a vida; e Formação acadêmica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrevemos a seguir os dados obtidos por meio da primeira etapa da entrevista – caracterização dos sujeitos participantes das entrevistas.

A equipe multiprofissional da UTIA é composta de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos e auxiliares de enfermagem. Na unidade utilizada como campo de pesquisa, não há presença de psicólogos e assistentes sociais na equipe. Dos 21 profissionais entrevistados, a idade variou entre 25 e 54 anos, sendo a média de 37 anos. O tempo médio de formação profissional foi de 12,5 anos. O tempo médio de experiência em UTIA foi de 8,8 anos.

Quanto à crença religiosa, a maioria denominou-se evangélicos, seguidos de católicos e outras religiões, sendo que um entrevistado referiu ser agnóstico. Sobre o grau de escolaridade, cerca de 40% dos entrevistados possuíam nível superior e destes a grande maioria tinha nível de especialização ou pós-graduação.

A partir da análise do *corpus* oriundo das entrevistas, foi possível identificar alguns fatores que influenciam na convivência dos profissionais de saúde entrevistados com o processo do morrer e com a morte. Esses fatores são representados pelas categorias apresentadas a seguir.

Temporalidade da morte

Os profissionais de saúde têm uma tendência a aceitar melhor a morte de um paciente mais velho do que a de um jovem, isso independe da categoria profissional,¹³ como pode ser constatado na seguinte fala: *Para mim, a morte do idoso é mais fácil do que a do jovem [...] o idoso vai descansar, se ele sair daqui na maioria das vezes é com sequelas. O jovem não, ele tem mais facilidade de se erguer.*(T3)

A explicação desta melhor aceitação da morte do idoso pode ser dada com base na cultura de que a morte deve ocorrer após o transcorrer de anos de vida, de preferência na velhice,¹⁴ e também pela coerência lógica da temporalidade do homem, quando ensinado que: *[...] a gente espera ser enterrado por nossos filhos, então a morte do adulto se torna mais fácil que a morte da criança.*(T4)

Formas de enfrentamento

Quando pensado na forma de condução do cuidado com o paciente em relação ao tempo de atuação profissional, percebe-se que, ao deparar-se com sucessivas experiências de morte, o profissional desenvolve estratégias de enfrentamento, reprimindo sentimentos, para auxiliar no exercício do seu trabalho:¹⁵ *Já encarei a morte de uma forma mais humana, mas nesses cinco anos de enfermagem, acho que muita coisa mudou com relação ao sentimento e à forma de ver a morte [...] há muito tempo eu não tenho sentimento ou sofria pela questão da morte de um paciente.*(E5)

Há uma necessidade de lidar com a morte com frieza, pois tratar a morte com certo distanciamento minimiza a dor, a perda e indiretamente o fracasso:¹⁴ *[...] logo que entrei na profissão, eu costumava me ligar aos pacientes e sofria muito, hoje já consigo me distanciar [...] então eu procuro me manter emocionalmente distante nessa fase.*(M1)

Os profissionais estão em contato permanente com os que estão morrendo e esse contato ininterrupto pode alterar no cuidado, de um lado pela possibilidade de banalização, de outro pelo sofrimento imposto ao trabalhador:¹⁶ [...] *poderíamos ser um pouquinho mais humanos, porque às vezes ficamos tão calejados por ver tanta coisa acontecer, que perdemos um pouco a sensibilidade que temos [...] vemos aquilo como uma coisa rotineira, tipo lavar a mão, “ah morreu”, vai lá prepara e pronto.*(T7)

Durante a assistência ao corpo, após a morte, pode ocorrer uma banalização como forma de enfrentamento: [...] *acabam se acostumando com falecimentos, na hora de preparar o corpo, gente sorrindo, cantando, para eles tanto faz como tanto fez.*(T2), mas não se pode esquecer que este procedimento deve ser feito com dignidade, respeito e consideração pelo paciente e seus familiares.¹⁷

O afastamento do profissional de saúde de um paciente em processo de morrer pode decorrer de algo não resolvido como ser humano, pois para se conseguir auxiliar os outros a enfrentarem suas condições humanas, dentro delas a morte, o profissional precisa olhar para seu interior:¹⁸ [...] *no decorrer da vida, a gente sofre muitos traumas e isso vai nos afetando, talvez vamos nos perdendo, vamos perdendo aquela sensibilidade [...] enfrento a morte hoje com menos sensibilidade do que antigamente.*(A3)

Outra estratégia de enfrentamento evidenciada foi a espiritualidade, que existe de modo muito amplo e além de qualquer religião, constituindo a própria essência do homem.¹⁹ Os profissionais da saúde refugiam-se na crença de algo divino como amparo no enfrentamento do processo do morrer e da morte.²⁰ Destacaram que se apegam à religião no momento em que se agrava o estado de um doente e também na proximidade da morte: *Quando vejo que a frequência vai lá em cima e começa a despencar, eu chego perto do paciente e rezo.* (T4)

Geralmente, as pessoas com envolvimento religioso, independente da crença religiosa, têm menos medo da morte, pois os ensinamentos religiosos concede ao homem respostas sobre os porquês da vida e da morte e o que acontece após a morte:²¹ [...] *antes eu tinha medo, hoje em dia não tenho mais por entender que a morte é só uma passagem para uma outra vida.*(E2).

As religiões e filosofias têm se constituído em estratégias explicativas dos significados da existência e da finitude.¹¹ Isso foi percebido nas falas de alguns profissionais ao se reportarem à crença religiosa e a sentimentos de missão cumprida: [...] *a gente se sente um pouco*

abalada, mas com minha fé eu sei que consigo me reerguer novamente.(E4). [...] Ah! Graças a Deus estabilizou.(T1)

Tecnologias que prolongam a vida

O avanço tecnológico e científico está trazendo um distanciamento do cuidado e da atenção aos aspectos não técnicos do processo do morrer, priorizando as condutas técnicas. Antes a dor do processo de morrer era causada pela própria doença, hoje também é gerada pelo tratamento:²² *[...] nós estamos preocupados com o procedimento, com o fazer um novo exame ou um procedimento invasivo e esquece que às vezes não tem prognóstico. E mesmo sabendo insistimos mais um pouquinho [...] acho que isso agrava o sofrimento.(M4)*

O tempo de sofrimento tanto do paciente quanto da família está sendo muitas vezes prolongado demasiadamente, o que gera angústia em todos. Questiona-se se os tratamentos propostos valem a pena, pois os mesmos não apresentam êxito em melhorar a qualidade de vida e, muitas vezes, pioram a qualidade anterior existente aos procedimentos:²⁰ *[...] para que fazer um monte de procedimentos nele sabendo que aquilo só está o fazendo sofrer mais nos minutos finais da vida [...] fazem coisas para simplesmente dizer que foi feito.(T7)*

A morte traz consigo um sentimento de impotência e de culpa, principalmente quando ocorre um processo de morte sofrido ou precoce, e na avaliação da equipe nada pode ser feito.²³ Para acompanhar o processo de morrer, o profissional deveria aceitar que a morte é inelutável e inevitável, isso implica em reconhecer os limites humanos e saber que independente do que se faça ou deixe de fazer, nada poderá impedir a morte.²⁴

Nos hospitais, por mais que seja terminal a condição do paciente, sempre falam sobre as alternativas de vida e nunca sobre as de morte, pois a ciência médica incorpora como principal objetivo encontrar a cura para todas as causas de morte, se recusando a pensar na morte como algo natural:²⁵ *Acho que aquilo de tentar salvar a todo custo, atrapalha [...] acho que devíamos ajudar mais a morrer do que a nascer. Nascimento é algo mais natural, espontâneo, assim como a morte deveria ser.(M4).*

O homem tem dificuldade em suportar a angústia gerada pela morte e, na tentativa de minimizá-la, cria novas tecnologias com a pretensão da imortalidade. Mas, como a morte dribla todos os avanços e cessa a possibilidade de cura, fica o sentimento de perda, quase nunca “bem estruturado/resolvido”:²⁶ *Numa doença para a morte ficam tentando muitas*

coisas que talvez o paciente não precise passar, tantos procedimentos, e sim deixar a pessoa descansar.(E4)

Formação acadêmica

Na formação acadêmica dos profissionais de saúde, a temática morte é negligenciada ou até inexistente, pois a grade curricular aborda a parte técnica, mas muito pouco da humanística e filosófica, quando contemplada é superficialmente:²⁷ *[...] pouquíssima coisa foi falada sobre a morte, praticamente nada [...] vimos esse processo em duas matérias, uma não me recordo e a outra na parte de oncologia.*(E2)

Quanto mais amplos forem os conhecimentos sobre a morte que tiver, além dos seus aspectos clínicos e legais, melhor assistência o profissional de saúde poderá prestar a pacientes em processo de morrer.²⁸ A falta de orientação e o preparo dos profissionais de saúde para lidar com a finitude são percebidos pelos entrevistados, que atribuem a experiência no trabalho como fonte de conhecimento sobre o tema: *[...] tem coisa que não vê na teoria e tem que aprender na prática, no caso a morte é uma delas.*(T7)

A deficiência na formação, priorizando um ensino tecnicista, não permite que os profissionais estejam preparados para lidar com situações que implicam morte, deixando que a vivência da prática os conduza a descobrir o que é importante nesse processo:²⁹ *Tive só um preparo pontual, um professor que falava pouco na matéria de gerontologia.*(M4).

Os futuros profissionais de saúde são preparados para salvar vidas e esquecem que a morte também faz parte do ciclo vital. A maioria dos profissionais de saúde está despreparada para enfrentar o processo do morrer e a morte e lidar com a dor e o sofrimento do outro:¹⁶ *Tive umas duas ou três aulas sobre o processo de morrer, mas não me senti preparada para esse processo quando formada [...] foi mais uma passada da matéria.*(M1)

Apesar de constar em suas propostas curriculares a abordagem integral da assistência na prática clínica, o que incluiria o estudo da morte e do processo de morrer, as universidades e instituições de ensino parecem não dar muita ênfase a essa questão, priorizando um ensino tecnicista:¹⁴ *[...] não tive preparação, falaram de doença, patologias graves com risco de morte, mas não teve preparo, um curso sobre a morte.*(M3)

O conhecimento sobre a postura do profissional frente ao processo do morrer e da morte está relacionado à falta de preparação durante a vida acadêmica, apontando falhas no currículo de

graduação:³⁰ [...] *falaram pouca coisa, falavam mais de quando o paciente viesse a falecer, de preparar o corpo, mas sobre a morte não lembro de terem falado. Falavam aquelas coisas assim, não me apegar muito ao paciente, pode acontecer isso e aquilo.*(T2)

Durante a formação profissional, raramente é criada a oportunidade de refletir sobre a perda dos pacientes e o impacto desse fato no processo de formação, na vida laborativa e pessoal do futuro profissional:³¹ *Sempre ensinaram muita técnica, como cuidar e fazer o preparo do corpo, mas não como você se preparar para aquele processo da morte em si.*(T5)

O conteúdo programático fornecido pela graduação dos profissionais não integra significativamente os múltiplos conhecimentos necessários ao cuidado do paciente em processo do morrer:³² [...] *só fase do processo de doença e tratamento [...] ninguém me preparou para ver alguém morrer, nunca tive aula sobre a questão de trabalhar esse sentimento, de que forma você pode atuar para melhorar a convivência dos últimos momentos, como ter contato com a família, conversar, se dirigir, abordá-la naquele momento. Na verdade o curso você por conta própria.*(E5)

A inclusão de disciplinas que abordem o tema da morte e do morrer é fundamental para além do conhecimento técnico, objetivando que o profissional desenvolva sensibilidade para uma assistência mais humanizada:³³ *Acho que a formação acadêmica não tem preparado as pessoas, elas estão pouco humanizadas ou mais insensíveis. Parece que eles entram naquela ânsia de aprendizado, esquecem do paciente.*(E1)

Durante as entrevistas, os profissionais propuseram intervenções para melhorar o convívio cotidiano com a morte e com o processo do morrer, como: *Colocar psicólogo aqui para conversar, alguém que passe a cada 15 dias ou uma vez por mês, para ter uma reunião com toda a equipe.*(M1)

Os profissionais de saúde sentem a necessidade de serem também cuidados, precisam se sentir acolhidos e revitalizados, necessitam de suporte, sustentação e proteção:³⁴ *Para mim, como profissional, acho que podia ter palestras, alguma pessoa passando pra conversar com a gente no momento que não há mais nada o que fazer por um paciente. Não tem ninguém conversando com você, te dando apoio, principalmente quando está muito apegada ao paciente.* (T3)

As instituições de saúde deixam muito a desejar no que se refere a dar apoio psicológico aos seus profissionais, prejudicando o andamento do setor, a assistência prestada ao paciente e a saúde mental do profissional:³⁵ *O profissional é cobrado, mas só cobrado, ele lida com essas coisas no dia a dia e não tem nada que dê suporte a ele. Para nós, profissionais, não há suporte nenhum, pergunta se passa um psicólogo pelo menos uma vez por ano e conversa com algum funcionário.*(E2).

A formação, o treinamento e a educação permanente dentro das instituições de saúde são diferenciadores da qualidade de vida dos pacientes terminais e dos profissionais de saúde, pois a inclusão de temas que abordem a morte e o processo de morrer pode deflagrar uma assistência mais humanizada:³³ *[...] devia ter algo para preparar os profissionais para que entendessem isso melhor, iria ajudar porque humaniza as pessoas, tira aquele estigma de fazer a coisa mecânica [...] ajudaria a nós entendermos o que as pessoas estão passando.*(A2)

Na identificação dos fatores que interferem na convivência dos profissionais de saúde com a morte e com o morrer, ressaltou-se a dificuldade de aceitação da morte do jovem, por ela ser considerada antinatural. Mesmo com a ausência da abordagem do tema da morte e do morrer na formação acadêmica referida por esses profissionais, eles desenvolveram formas de enfrentamento para lidar cotidianamente com esses eventos. Esses enfrentamentos são traduzidos pela espiritualidade, banalização e distanciamento do profissional do paciente que se encontra sob sua assistência nesse momento. O excesso de tecnologia, que permite um prolongamento do processo do morrer, também foi apontado como gerador de angústia e sofrimento.

CONCLUSÃO

Foi observado que o distanciamento dos profissionais de saúde em relação ao paciente que se encontra em processo de morrer aumentava conforme o tempo de atuação profissional, talvez como forma de proteção do sofrimento vivenciado pela morte.

A espiritualidade foi encontrada como um recurso para amenizar as angústias da equipe e como estratégia de tentar proporcionar conforto quando confrontado com a morte, sendo percebido que crer em algo parece auxiliar a aceitação do evento.

O fator idade também interfere na convivência com a morte, pois a morte de um jovem é menos aceita do que a de um idoso. A morte precoce fere a ordem cronológica acatada pela sociedade, em que o natural é nascer, crescer, amadurecer e morrer.

O processo de morrer é um gerador de ansiedade para o profissional de saúde, e por isso ele faz inúmeros procedimentos na tentativa de curar o indivíduo. Entretanto, o resultado é apenas o prolongamento do processo, aumentando o sofrimento de todos os envolvidos: paciente, família e profissional.

Referindo-se à discussão aprofundada da temática na formação acadêmica, foi verificada a deficiência e até mesmo ausência de disciplinas que abordassem o assunto da morte e do morrer de forma a permitir a imersão dos docentes e discentes nesse universo, sendo que, quando havia oportunidades, tratava-se apenas dos aspectos técnicos. É necessária a inserção do assunto em uma disciplina específica ou fracionado em várias disciplinas, mas de modo a atender aos múltiplos contextos em que o processo do morrer e a morte estão inseridos.

Foi proposta pelos entrevistados a implantação nas instituições de saúde de grupos de auxílio aos profissionais, como um espaço para expressão de seus sentimentos advindos do trabalho, assim como trabalhar suas vivências pessoais e profissionais.

É importante conhecer os fatores que interferem no convívio dos profissionais de saúde com a morte e o processo do morrer para subsidiar discussões e reflexões sobre esses momentos. Compreendendo melhor a morte como parte do ciclo vital, evitando a supervalorização dos cuidados técnicos em detrimento aos aspectos emocional, social e psicológico, e adquirindo melhor conhecimento sobre esses temas, acredita-se que haverá uma facilitação da convivência da equipe com a morte e o morrer.

REFERÊNCIAS

1. Braga EM, Ferracioli KM, Carvalho RC, Figueiredo GLA. Cuidados paliativos: a enfermagem e o doente terminal. *Investigação*. 2010; 10(1):26-31.
2. Ariès P. História da morte no Ocidente. 4ª ed. Lisboa: Editorial Teorema; 2010.
3. Morin E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
4. Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

5. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
6. Camargo RS, Souza Filho J. A Morte como 'certeza única'. O Mundo da Saúde. 2012; 36(1):75-9.
7. Saloum NH, Boemer MR. A morte no contexto hospitalar – as equipes de reanimação cardíaca. Rev Latinoam Enferm. 1999; 7(5):109-19.
8. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
9. Kovács MJ. Educação para a morte desafio na formação de profissionais de saúde e educação. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP; 2012.
10. Bretãs JRS, Oliveira, JR, Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e morrer. Rev. Esc. Enferm. USP. 2006; 40(4):477-83.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2006.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edição 70; 2011.
13. Moritz RD, Nassar SM. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. Rev Bras Terap Intens. 2004; 16(1):14-21.
14. Galvão NAR, Castro PF, Paula MAB, Souza MTS. A morte e o morrer sob a ótica dos profissionais de saúde. Revista Estima. 2010; 8(4):26-34.
15. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4):660-7.
16. Sulzbacher M, Reck AV, Stumm EMF, Hildebrandt LM. O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. Scientia Medica. 2009; 19(1):11-6.
17. Avello IMS, Grau CF. Curso de Enfermagem Básico do processo de cuidar. In: Silva AF. (Org). A morte e o processo de morrer. São Paulo: DCL; 2003, p.429-37.
18. Watson BJ. Talento. In: George JB et al. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artemed; 2000, p.253-65.

19. Hennezel M, Leloup JY. A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. 11ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.
20. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? São Paulo: Loyola; 2001.
21. Cassorla RMS. Como lidamos com o morrer: reflexões suscitadas no apresentar este livro. In: Cassorla RMS (Org.). Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus; 1999, p.17-24.
22. Sanches PG, Carvalho MDB. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(2):289-96.
23. Cesar B. Superando o preconceito de falar sobre a morte. In: Figueiredo MTA. (Coord). Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia. São Paulo: Unifesp/EPM; 2006, p.4-7.
24. Hennezel M. A morte íntima: aqueles que vão morrer nos ensinam a viver. São Paulo: Idéias e Letras; 2004.
25. Leis HR. A sociedade dos vivos. Sociologias. 2003; 5(9):340-53.
26. Pessoa FM. Morte. Universidade – Revista da UFES. 2013; 1(1):26-9.
27. Salome G, Cavali A, Espósito VHC. Sala de Emergência: O cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. Rev Bras Enferm. 2009; 62(5):681-6.
28. Silva AE. Cuidados paliativos de enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares (Dissertação). Divinópolis: Universidade do Estado de Minas Gerais, Fundação Educacional de Divinópolis; 2008.
29. Aguiar IR, Veloso TMC, Pinheiro AKB, Ximenes LB. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. Acta Paul Enf. 2006; 19(2):131-7.
30. Araújo MMT, Silva MJP. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(1):121-9.
31. Borges MS, Mendes N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. Rev Bras Enferm. 2012; 65(2):324-31.

32. Silva RS, Campos ERA, Pereira A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3):738-44.
33. Monteiro FF, Oliveira M, Vall J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. *Revista Dor*. 2010; 11(3):242-48.
34. Boff L. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis: Vozes; 2012.
35. Lunardi VL, Lunardi Filho VL, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O Cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Latinoam Enferm*, 2004; 12(6):993-9.

6 CONCLUSÕES FINAIS

*“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor,
mas lutamos para que o melhor fosse feito...
Não somos o que deveríamos ser,
não somos o que iremos ser.
Mas graças a Deus não somos o que éramos”*

Martin Luther King

A morte é a única certeza do homem, esteja ele onde estiver. É um fenômeno que permeia o imaginário dos seres humanos gerando vários significados, variados sentimentos e favorecendo pertinência para seu estudo, discussões e reflexões.

Falar deste tema com a equipe de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto é importante, pois, com as mudanças sociais, o processo do morrer e a morte acontecem quase sempre dentro de instituições de saúde na presença desses profissionais.

É importante apreender e compreender os significados que os profissionais de saúde têm sobre a morte e o morrer, assim como os fatores que interferem na convivência dos mesmos com esses eventos, para subsidiar discussões e reflexões tanto na práxis como no ensino.

Na presente pesquisa, constatou-se que os significados sobre a morte são variados, indo desde um processo natural, passando por uma etapa a ser cumprida, e um evento fisiológico, até a compreensão de uma total extinção. Esta diversidade de conceitos se explica na dependência dos conhecimentos gerados pelo estudo e pela vivência pessoal.

No que tange à percepção sobre o processo do morrer para os sujeitos desta pesquisa, foi identificada a dificuldade de elaboração de um conceito sobre o objeto estudado. Entre os fatores que podem interferir na convivência diária e contínua dos profissionais de saúde com o processo do morrer e a morte, observou-se o distanciamento desses profissionais em relação ao paciente que se encontra nessa situação clínica, o que aumentava conforme o tempo de atuação profissional, talvez como forma de proteção dos sentimentos vivenciados pela morte.

A espiritualidade conformou-se como uma estratégia de enfrentamento dos integrantes da equipe de saúde para dar sustentabilidade e proporcionar conforto quando esses profissionais são confrontados com a morte, sendo percebido que crer em um ser superior sugere apoiar a aceitação do evento.

Outro fator evidenciado foi a faixa etária do paciente interferindo na convivência com o evento estudado. A morte de um jovem é menos aceita do que a de um idoso, pois fere a ordem cronológica acatada pela sociedade, em que o natural é nascer, crescer, amadurecer e morrer.

No que diz respeito à formação acadêmica, foi verificada a deficiência e até mesmo ausência de disciplinas que abordam o assunto da morte e do morrer, sendo que quando o tema era citado, tratava apenas dos aspectos técnicos. É necessária a inserção do conteúdo em uma disciplina específica ou fracionado em várias disciplinas, mas de modo a atender aos múltiplos contextos em que os fenômenos estão inseridos.

O foco da formação acadêmica da área de saúde ainda é pautado no modelo biomédico, no qual a predominância do cuidar está enfatizada nas técnicas e no conhecimento das patologias em detrimento de um cuidado que atenda às necessidades bio-psico-socio-espirituais do paciente. Em todos os cursos da área de saúde, foca-se muito no ensinamento de que o profissional não se deve deixar envolver emocionalmente com os pacientes, tendo de manter seus sentimentos distantes, sob o risco de perder o controle da situação. Entretanto, na prática, percebe-se que isso se torna impossível, pois os profissionais de saúde teriam de esquecer sua humanidade quando assumissem suas atividades laborais.

A falta de inserção do tema do processo do morrer e da morte na formação acadêmica, a cultura ocidental, a espiritualidade, a negação, o sentimento de impotência, o medo, a ausência de informação, estudo e discussão, dentre outros fatores, podem ser indicadores que interferem na dificuldade de lidar com a finitude da vida.

O processo de morrer é um gerador de ansiedade para o profissional de saúde, por isso tal profissional utiliza de todo o aparato tecnológico disponível, objetivando o

prolongamento da vida. Essas ações, em determinadas situações, aumentam o sofrimento de todos os envolvidos no processo: paciente, família e profissional.

Aceitar a morte como parte do ciclo vital, evitar a supervalorização dos cuidados técnicos em detrimento aos aspectos emocional, social e psicológico e compreender melhor estes temas são atitudes que deveriam ser tomadas pelos profissionais de saúde objetivando a convivência da equipe com o evento da morte e do morrer.

Acrescenta-se, ainda, que os profissionais estão despreparados para lidar com as questões relacionadas ao processo do morrer e à morte, e esses assuntos tendem a ser considerados menos importantes nas instituições hospitalares, pois a imagem dessas estão ligadas a um local de cura, no qual todos os pacientes que ali se encontram têm a esperança de “sair curados”.

Os profissionais de saúde devem agregar as tantas qualificações e aptidões técnicas necessárias para o exercício profissional à dimensão humana da assistência, criar momentos para acalantar e terem ouvidos atentos para escutar os sonhos e os sentimentos dos que estão passando pelo processo do morrer.

A implantação de grupos de auxílio aos profissionais, proposto pelos entrevistados, como espaço para expressão dos sentimentos advindos do trabalho, assim como trabalhar as vivências pessoais e profissionais, e o processo do morrer e a morte sob seus diversos olhares: fisiológico, ético, social, psicológico, espiritual, pode ser o deflagrador de um processo de melhoria na qualidade de vida pessoal e profissional desses trabalhadores.

7 REFERÊNCIAS

*“Uma pessoa muito amiga de Deus
resolveu perguntar a Ele algo sobre o que não entendia na criação.
Sem querer criticar sua obra criadora, questionou o porquê da existência do horizonte:
‘Quando nos aproximamos dele, temos sempre a sensação de que o descobrimos,
no entanto, ele vai muito além e segue adiante’.
Deus, rindo, respondeu:
‘É exatamente por isso que ele existe, para que se possa sempre seguir adiante’”.*

Autor desconhecido

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**. 4. ed. Lisboa: Editorial Teorema, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev Latinoam Enferm**. Ribeirão Preto, 13(1):99-104, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a16.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2012.

BOEMER, M. R. **A morte e o morrer**. 3. ed. Ribeirão Preto: Holos, 1998.

BOFF, L. **Saber cuidar**. 18. ed. São Paulo: Vozes, 2012.

BONATO, V. L. **Procura de atendimento psicoterápico pelo trabalhador da saúde. São Paulo (SP)**. 1994. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

BORGES, M. S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 65(2):324-31, 2012.

BERTOLINO, K. C. O. **Representações sociais de médicos e enfermeiros sobre distanásia em UTI**. 2009. 220 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2009.

BOURDIEU, P. **Esboço de uma teoria prática: precedido de três estudos de etnologia cabila**. Oliras: Celta, 2002.

BRAGA, E. M. et al. Cuidados paliativos: a enfermagem e o doente terminal. **Investigação**, 10(1):26-31, 2010. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/150/107>>. Acesso em: 02 jun. 2012.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 jun. 2012.

_____. **Ministério da Saúde**. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BREITBART, W. S. Retidão, integridade e cuidado: como viver diante da morte. In: SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados paliativos**: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 31-40.

BRÊTAS, J. R. S.; OLIVEIRA, J. R.; YAMAGUTI, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e morrer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, 40(4):477-83, 2006.

CABRAL, I. E.; TYRREL, M. A. R. O objeto de estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem** – Novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CAMARGO, R. S.; SOUZA FILHO, J. A morte como “certeza única”. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, 36(1):75-9, 2012.

CASSORLA, R. M. S. Prefácio. In: KÓVACS, M. J. **Educação para a morte desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP, 2012.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CESAR, B. Superando o preconceito de falar sobre a morte. In: FIGUEIREDO, M. T. A. (Coord). **Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e Tanatologia**. São Paulo: Unifesp/EPM, 2006. p. 4-7.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.480 de 8 de agosto de 1997. **Dispõe sobre os critérios de morte**. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=3004&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1480&situacao=VIGENTE&data=08-08-1997>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

CUSTODIO, M. I. F. A complexidade da morte. **Revista Espaço Acadêmico**, Paraná, nº 44, 2005. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/044/44ccustodio.htm>>. Acesso em: 24 jul. 2013.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

DUDA, D. **Voltar para casa**: um guia para o convívio com pacientes terminais. São Paulo: Nova Fronteira, 1989.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ESSLINGER, I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2011. p. 149-63.

EVANS-WENTZ, W. Y. (Org). **O livro tibetano dos mortos**. 12. ed. São Paulo: Pensamentos, 2011.

FORTE, D. N. **Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim da vida na UTI**. 2011. 134 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

FRANÇA, G. V. **Direito Médico**. 7. ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 2001.

FREUD, S. Nossa atitude para com a morte. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, volume XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GALVÃO, N. A. R.; CASTRO, P. F.; PAULA, M. A. B.; SOUZA, M. T. S. A morte e o morrer sob a ótica dos profissionais de saúde. **Revista Estima**, São Paulo, 8(4):26-34, 2010. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=47:artigo-original-2&catid=17:edicao-vol-84&Itemid=28>. Acesso em: 05 mar. 2013.

GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 41(4): 660-7, 2007.

HEGEL, G. W. F. **A fenomenologia do espírito**. Petrópolis: Vozes, 1992.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1989.

HENNEZEL, M. **A morte íntima: aqueles que vão morrer nos ensinam a viver**. São Paulo: Idéias e Letras, 2004.

HENNEZEL M.; LELOUP J. Y. **A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade**. 11. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

HEREDIA, V. B. M.; CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B. Abandono na velhice. Textos Envelhecimento. **Revista UnATI/UERJ**, 8(3):307-19, 2005. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2013.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

KEIZER, B. **Dançando com a morte: observações sobre o viver e o morrer**. São Paulo: Globo, 2008.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

_____. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP, 2012.

KÜBLER-ROSS, E. **Morte: estágio final da evolução**. Rio de Janeiro: Record, 1975.

_____. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **Das informações a conclusões**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LEIS, H. R. A sociedade dos vivos. **Sociologias**, Porto Alegre, 5(9): 340-53, 2003.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LOPES, R.W. A sublime arte de ajudar a viver e a morrer. **Revista Iátrico**, Paraná, 22(1):59-61, 2008. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/iatrico/index.php?numero=22>>. Acesso em: 26 out. 2012.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisas em educação: abordagens qualitativas**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2013.

MACEDO, E. S.; MARQUES, I. M.; PINHEIRO, M. M.; GÓES, F. G. B. The perception of nurses faced with the death of adult icu patients. **Rev de Pesq: cuidado é fundamental** Online. 2(1):690-703, 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/519/pdf_7>. Acesso em: 22 set. 2012.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 61-77.

MONTAIGNE, M. **De como filosofar é aprender a morrer**. Ensaaios, volume 1. São Paulo: Abril Cultural, 2000.

MORIN, E. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Revista Bioética**, Brasília, 13(2): 51-63, 2005,

NULAND, S. B. **Como morremos: reflexões sobre o último capítulo da vida**. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

PAZIN-FILHO, A. Morte: considerações para a prática médica. **Revista Medicina**, 38(1):20-5, 2005. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/2_morte_consideracoes_pratica_medica.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2012.

PERDICARIS, A. A. M. A semiótica da morte e do morrer – Um desafio à comunicação institucional. In: REZENDE, V.R. (Org). **Reflexões sobre a vida e a**

morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas-São Paulo: Editoria da Unicamp, 2000. p. 107-17.

PESSINI, L. **Distanásia:** até quando investir sem agredir? São Paulo: Loyola, 2001.

_____. Terminalidade e espiritualidade: uma reflexão fundamentada nos códigos de ética médica brasileiros e na leitura comparada de alguns países. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2011. p. 321-40.

PY, L.; OLIVEIRA, A. C. Humanizando o adeus à vida. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2011. p. 135-47.

RINPOCHE, S. **O livro tibetano do viver e do morrer**. São Paulo: Talento/Palas Athena, 1999.

RIOS, M. Z. **Sanatório Gétulio Vargas:** medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo (1942-1967). 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

ROSEN, E. J. **Conhecendo a alma**. São Paulo: Best Seller, 2002.

SALOUM, N. H.; BOEMER, M. R. A morte no contexto hospitalar – as equipes de reanimação cardíaca. **Rev Latinoam Enferm**. Ribeirão Preto, 7(5):109-19,1999.

SANTANA, J. C. B. et al. Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. **Bioethikos - Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, 3(1):77-86, 2009.

SAPETA, P.; LOPES, M. Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. **Revista Referência**, 2(4):35-60, 2007. Disponível em: <<http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174420.PDF>>. Acesso em: 03 jun. 2012.

SARAMAGO, J. **As intermitências da morte**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

SARTRE, J-P. **O ser e o nada. Ensaio de fenomenologia ontológica**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

SCARLATELLI, C. C. S. et al. Solidão e impotência do profissional, do familiar e do paciente diante da morte. In: FRANCO, M. H. P. **Nada sobre mim sem mim:** estudos sobre a vida e morte. Campinas: Livro Pleno, 2005. p. 73-91.

SCHOPENHAUER, A. **Da morte – metafísica do amor – do sofrimento do mundo**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

SCHRAMM, F. R. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 48(1):17-20, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/opinioao.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

SILVA, M. J. P. Comunicação com paciente fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2011. p. 263-73.

SILVA, R. S.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo. 45(3):738-44, 2011.

SIMONI, M.; SANTOS, M. L. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. **Psicologia USP**, São Paulo, 14(2): 169-94, 2003.

SIQUEIRA, J. E. Atenção médica aos pacientes idosos. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, 34(4):466-74, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/79/466a474.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.

SIQUEIRA, J. E; SAKAY, M. H.; EISELE, R. L. O ensino da ética no curso de medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Bioética**, 10(1):85-95, 2002. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/199/202>. Acesso em: 29 jan. 2013.

SOUZA, E. P.; GONÇALVES, S. P. Visão e atuação do enfermeiro na assistência a pacientes fora de possibilidades terapêuticas. In: REZENDE, V.R. (Org). **Reflexões sobre a vida e a morte**: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: Editoria da Unicamp, 2000. p. 49-59.

SOUZA FILHO, E. A. Análise de representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 109-145.

SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SULZBACHER, M.; RECK, A. V.; STUMM, E. M. F.; HILDEBRANDT, L. M. O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. **Scientia Medica**, Porto Alegre, 19(1):11-6, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewDownloadInterstitial/3873/7817>> Acesso em 13 abr. 2012.

SUSAKI, T. T.; SILVA, M. J. P.; POSSARI, J. F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, 19(2):144-9, 2006.

THOMAS, C.T.; CARVALHO, V.L. **O cuidado ao término de uma caminhada**. Santa Maria: Pallotti, 1999.

THOMPSON, G.; McCLEMENT, S.; DAENINCK, P. Nurse's perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. **Journal of Advanced Nursing**, 2006. p. 169-77. Disponível em: <http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/16422715/Nurses'_perceptions_>

of_quality_end_of_life_care_on_an_acute_medical_ward_>. Acesso em: 26 out.2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes. Setor de Estatísticas. Vitória, 2013.

WALTER, T. **The Revival of Death**. London: Routledge, 1997.

ZEFERINO, L. C. Prefácio. In: REZENDE, V. R. (Org). **Reflexões sobre a vida e a morte**: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: Editoria da Unicamp, 2000. p. 15-7.

*“A tragédia da vida não é a morte,
mas aquilo que deixamos morrer dentro de nós enquanto vivemos.”*

Leonardo Boff

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I. Caracterização do sujeito	
Data da entrevista: ___ / ___ / ___	ID: _____
Idade: _____ anos	Sexo: F() M()
Filhos: Sim() Não()	Se sim idade: _____
Relacionamento afetivo: Nenhum() Estável() Ocasional()	
Tem fé: Sim() Não()	Religião: Sim() _____ Não()
Praticante de religião? _____	
Escolaridade: Ensino médio () Superior () Especialização () Mestrado () Doutorado ()	
Categoria profissional: Auxiliar de Enfermagem() Técnico de Enfermagem() Enfermeiro () Médico () Fisioterapeuta ()	
Tempo de formado: _____ anos	
Tempo exercício profissional: _____ anos	
Tempo de experiência na UTI: _____ anos	
Número vínculos empregatícios: 01 () 02 () Mais: _____	
Qual o setor em que trabalha no outro vínculo empregatício? UTI () Outro setor hospitalar: _____ Unidade de saúde () Outro tipo estabelecimento: _____	
Turno de trabalho: 1: Diurno () Noturno () 2: Diurno () Noturno () Outros vínculos: Diurno () Noturno ()	
Carga horária semanal de todos os vínculos: Diurno: 30 h () 40 h () 60 h () Noturno: 30 h () 40 h () 60 h ()	

II. Roteiro de entrevista

1. Para você, o que é a morte?
2. O que você compreende como processo do morrer?
3. Quando e como foi seu primeiro contato com a morte? O que isso representou para você?
4. Quais são seus sentimentos ao lidar com um paciente em processo do morrer?
5. Em sua opinião, que fatores facilitam ao profissional a convivência com a morte?
6. E quais dificultam essa convivência?
7. Como você avalia a formação acadêmica, no que se refere ao manejo do paciente e família nos momentos terminais?
8. Para você, em que contexto o hospital poderia oferecer condições para um morrer mais humanizado?
9. Você se sente preparado para lidar com os pacientes e familiares em situação que envolve a morte?
10. Quando a equipe necessita dar informação sobre o paciente em processo do morrer, você é uma pessoa que se disponibiliza ou evita? Por quê?



APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Profissional de Saúde,

A pesquisa que realizo faz parte de uma Dissertação de Mestrado que será defendida no Mestrado Profissional em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o título: "SIGNIFICADOS DO PROCESSO DO MORRER E DA MORTE PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO", com o objetivo de identificar os significados atribuídos pela equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva ao processo de morrer e da morte. Sua participação será de grande valor e contribuição para atingir o objetivo e aprimorar o trabalho dos profissionais de saúde ao lidar com os pacientes em processo de morrer e da morte.

Solicito sua participação nesta pesquisa respondendo a uma entrevista que será realizada de acordo com sua disponibilidade, e em local adequado que mantenha sua privacidade. Essa entrevista será gravada e transcrita. As informações concedidas serão mantidas sob absoluto sigilo, sendo usado um código de identificação para proceder as citações garantindo o anonimato e a confidencialidade das informações recebidas. Essa gravação será guardada até a defesa da Dissertação e a entrevista transcrita ficará arquivada por cinco anos sob a minha responsabilidade, após esses períodos serão destruídas. Esta pesquisa não lhe trará nenhuma despesa ou qualquer compensação financeira, no entanto, o(a) Senhor(a) poderá sentir-se desconfortável ao lembrar de algumas situações de sua vida e falar sobre elas ou sentir-se cansado ou desconfortável. Comprometo-me a fornecer-lhe todas as informações e esclarecimentos que o(a) Senhor(a) desejar sobre a pesquisa antes, durante ou após sua realização. Caso não deseje participar da mesma ou desista de participar em qualquer fase da pesquisa, asseguro-lhe que não haverá prejuízo algum para o(a) Senhor(a), sendo sua participação livre e voluntária. Os resultados da pesquisa poderão constar em publicações, periódicos e eventos científicos.

Desde já agradeço pela atenção e disponibilidade.

Pesquisadora: Alessandra M. G. C. Barbosa
E-mail: alessandramgcb@yahoo.com.br
Tel: (27) 8134-1690

Orientadora: Enf^a Dr^a Leila Massaroni
E-mail: massaroni@zipmail.com.br
Tel: (27) 3335-7119



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
RG/CPF nº _____ informo que, após ter sido convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora, concordo em participar da pesquisa de forma livre e espontânea. Estou ciente dos meus direitos como sujeito da pesquisa e declaro, também, estar recebendo uma cópia deste documento. Autorizo a utilização dos dados da entrevista por mim concedida para ser usada integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações.

Vitória, _____ de _____ de 2013.

Nome do pesquisado

Contato com Comitê de Ética do HUCAM/UFES:

Tel: 3335 7100

ANEXO I

Princípios norteadores sobre condutas diante do processo de morrer

British Medical Journal, 2000

1. Saber quando a morte está chegando e compreender o que deve ser esperado.
2. Estar em condições de manter controle sobre o que ocorre.
3. Poder ter dignidade e privacidade.
4. Ter controle sobre o alívio da dor e demais sintomas.
5. Ter possibilidade de escolha e controle sobre o local da morte (na residência ou em outro local).
6. Ter acesso à informação e aos cuidados especializados de qualquer tipo que se façam necessários.
7. Ter acesso a todo tipo de suporte espiritual ou emocional, se solicitado.
8. Ter acesso a cuidados paliativos em qualquer local, não somente no hospital.
9. Ter controle sobre quem está presente e quem compartilha o final da vida.
10. Estar apto a decidir as diretivas que assegurem que seus direitos sejam respeitados.
11. Ter tempo para dizer adeus e para ter controle sobre outros aspectos.
12. Estar apto a partir quando for o momento, de modo que a vida não seja prolongada indefinidamente.

ANEXO II

Os direitos do moribundo

DUDA, 1989

- 1 - Eu tenho o direito de ser tratado como um ser humano vivo até a morte.
- 2 - Eu tenho o direito de manter a esperança qualquer que seja a circunstância.
- 3 - Eu tenho o direito de ser cuidado por aqueles que sempre mantêm a esperança.
- 4 - Eu tenho o direito de expressar os meus sentimentos e emoções a respeito de morte próxima à minha maneira.
- 5 - Eu tenho o direito de participar das decisões sobre o meu caso.
- 6 - Eu tenho o direito de merecer atenção continuada médica e de enfermagem, mesmo que o objetivo de “cura” tenha sido mudado para o objetivo de “conforto”.
- 7 - Eu tenho o direito de não morrer solitário.
- 8 - Eu tenho o direito de não sofrer dor.
- 9 - Eu tenho o direito de ter as minhas perguntas respondidas com honestidade.
- 10 - Eu tenho o direito de não ser enganado.
- 11 - Eu tenho o direito de receber ajuda de e para a minha família na aceitação de minha morte.
- 12 - Eu tenho o direito de morrer em paz e com dignidade.
- 13 - Eu tenho o direito de reter a minha individualidade e de não ser julgado pelas minhas decisões, as quais podem ser contrárias às crenças de outros.
- 14 - Eu tenho o direito de discutir e de ampliar as minhas experiências religiosas e/ou espirituais, a despeito do que elas possam significar para os outros.
- 15 - Eu tenho o direito de esperar que a santidade do corpo humano seja respeitada após a morte.
- 16 - Eu tenho o direito de ser cuidado por pessoas sensíveis, carinhosas e inteligentes que tentarão compreender as minhas necessidades e que serão capazes de derivar alguma satisfação em ajudar-me a enfrentar a morte.

ANEXO III

Estrutura do estudo

A estrutura deste estudo foi construída de acordo com as normas estabelecidas pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional, do Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Pré-texto

- Capa
- Folha de Rosto
- Ficha catalográfica – verso da folha de rosto
- Folha de avaliação
- Dedicatória – opcional, mas usual
- Agradecimentos – opcional, mas usual
- Resumo – não ultrapassar uma lauda
- Abstract
- Lista de tabelas – usual quando mais de cinco
- Lista de abreviaturas e/ou siglas – usual
- Sumário

Texto

- Introdução
- Objetivos
- Metodologia na íntegra

Obs.: Toda parte inicial, ou seja, anterior ao tópico resultados devesse obedecer às normas da ABNT- 14724-17/03/11.

- **Resultados** em forma de Artigos de acordo com as normas da revista.

- **Artigo 1**
 - Título
 - Resumo em Português, Inglês
 - Descritores, Descriptors e Descriptores – descritores em Ciências da saúde (DeCS)
 - Introdução/Objetivos
 - Metodologia
 - Resultados e Discussão
 - Conclusões
 - Referências

- **Artigo 2 -**
 - Título
 - Resumo em Português, Espanhol e Inglês
 - Descritores, Descriptores e Descriptors – descritores em Ciências da saúde (DeCS)
 - Introdução/Objetivos
 - Metodologia
 - Resultados
 - Discussão
 - Conclusões ou Considerações Finais
 - Referências

Obs.: A construção do artigo deve respeitar as normas de Vancouver ou ABNT – Consultar normas da revista.

- **Conclusão ou Considerações finais** – do trabalho como um todo – ABNT
- **Referências da Dissertação** – Todas as referências usadas na dissertação devem respeitar as normas da ABNT
- **Apêndices**
- **Anexos**